

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS (UFT)  
ESCOLA SUPERIOR DA MAGISTRATURA TOCANTINENSE (ESMAT)**

**LUÍZA MARIA RODRIGUES**

**A EXECUÇÃO DE MEDIDA DE SEGURANÇA NA MODALIDADE INTERNAÇÃO  
APLICADA OS INIMPUTÁVEIS POR TRANSTORNOS MENTAIS  
NO ESTADO DO TOCANTINS**

Palmas-TO

2017

**LUIZA MARIA RODRIGUES**

**A EXECUÇÃO DE MEDIDA DE SEGURANÇA NA MODALIDADE INTERNAÇÃO  
APLICADA OS INIMPUTÁVEIS POR TRANSTORNOS MENTAIS  
NO ESTADO DO TOCANTINS**

Trabalho para Defesa final do programa de pós-graduação *stricto sensu* – Mestrado Profissional Interdisciplinar em Prestação Jurisdicional e Direitos Humanos, inserido na linha de pesquisa Efetividade das Decisões Judiciais e Direitos Humanos, realizado pela Universidade Federal do Tocantins (UFT) em parceria com a Escola Superior da Magistratura Tocantinense (ESMAT), como requisito para obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Professora Mestre Kathia Nemeth Perez

Palmas-TO

2017

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**  
**Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Tocantins**

---

R696e Rodrigues, Luiza Maria.

A execução de medida de segurança na modalidade internação aplicada aos inimputáveis por transtornos mentais no estado do Tocantins. / Luiza Maria Rodrigues. – Palmas, TO, 2017.

117 f.

Dissertação (Mestrado Profissional) - Universidade Federal do Tocantins – Câmpus Universitário de Palmas - Curso de Pós-Graduação (Mestrado) em Prestação Jurisdicional em Direitos Humanos, 2017.

Orientadora : Kathia Nemeth Perez

1. Inimputável transtorno mental. 2. Medida de segurança interativa. 3. Direitos fundamentais. 4. Dignidade humana. I. Título

**CDD 342**

---

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS – A reprodução total ou parcial, de qualquer forma ou por qualquer meio deste documento é autorizado desde que citada a fonte. A violação dos direitos do autor (Lei nº 9.610/98) é crime estabelecido pelo artigo 184 do Código Penal.

**Elaborado pelo sistema de geração automática de ficha catalográfica da UFT com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).**

LUÍZA MARIA RODRIGUES

**A EXECUÇÃO DE MEDIDA DE SEGURANÇA NA MODALIDADE INTERNAÇÃO  
APLICADA OS INIMPUTÁVEIS POR TRANSTORNOS MENTAIS  
NO ESTADO DO TOCANTINS**

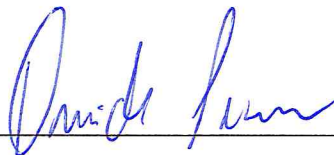
Trabalho de conclusão do programa de pós-graduação *stricto sensu* – Mestrado Profissional Interdisciplinar em Prestação Jurisdicional e Direitos Humanos, inserido na linha de pesquisa Efetividade das Decisões Judiciais e Direitos Humanos, realizado pela Universidade Federal do Tocantins (UFT) em parceria com a Escola Superior da Magistratura Tocantinense (ESMAT), como parte dos requisitos para sua conclusão.

Data da aprovação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Banca examinadora



Prof. Msc. Kathia Nemeth Perez



Prof. Dr. Oneide Perius



Prof. Msc. Eric José Migari

Palmas-TO

2017

Dedico este trabalho ao meu pai (*in memoriam*) e à minha mãe, exemplos de amor, dedicação, trabalho, compromisso, honestidade e lisura, por existirem na minha vida e por tudo o que fizeram por mim. (Luíza Maria Rodrigues).

“Em primeiro lugar, agradeço ao Criador do Universo, a quem credito a síntese da vida; agradeço aos meus pais, canais que me trouxeram à luz, pelo cuidado e dedicação; ao meu único irmão; aos meus amigos, que deixo de nominá-los por serem muitos, pelo carinho; ao Conselho Nacional de Justiça – CNJ, na pessoa da Senhora Presidente, Ministra Carmen Lúcia Antunes Costa; ao Tribunal de Justiça do Estado do Tocantins, na pessoa do Senhor Presidente, Desembargador Eurípedes do Carmo Lamounier, à Escola Superior da Magistratura Tocantinense, na pessoa do seu Diretor, Desembargador Marco Antoni Steves Villas Boas; à Universidade Federal do Tocantins – UFT, na pessoa do Senhor Coordenador do Programa de Mestrado, Tarsis Barreto, pelo compreensão e bom senso e pela forma magnífica, como tem conduzido os trabalhos; aos meus professores, pelos ensinamentos valiosíssimos, especialmente à minha Orientadora, Profa. Mcs Kathia Nemeth Perez, pela colaboração, atenção e paciência; à Secretária do Programa de Mestrado, Marcela Santa Cruz, pelo carinho, dedicação, solicitude e presteza dispensadas a todos os mestrandos; aos meus colegas mestrandos, pelo carinho, apoio e colaboração. Enfim, a todos que de alguma forma, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização e êxito deste Programa de Mestrado, os meus sinceros agradecimentos.” (Luíza Maria Rodrigues).

“Ao se adentrar às celas das unidades prisionais do Estado do Tocantins, depara-se com um pequeno contingente carcerário invisível aos olhos do Estado e da sociedade: são os inimputáveis por transtorno mental, que vivem esquecidos nos calabouços, em condições subumanas, como se ao cruzar o portão de um estabelecimento prisional se perdesse o caráter humano e ingressasse num processo de coisificação do ser. Em que pese serem indivíduos detentores de transtornos mentais e que se envolveram em situação conflituosa com a Lei Penal, não deixaram de ser pessoas, nem foram destituídos da proteção do manto constitucional. São detentores dos mesmos direitos que os demais e até de outros direitos específicos, dada a sua condição de inimputável, de irresponsável, de doente, que deve ser tratado e não “punido”. Doente mental necessita de tratamento e não de castigo, dada às suas limitações, até porque eles não tem condições de estabelecer uma correlação entre o ato por ele praticado e o castigo e, menos ainda, aprender com isso. (Luíza Maria Rodrigues. Neste ato.).

## RESUMO

Observa-se que, desde o início da utilização do instituto da prisão penal como ferramenta de controle dos transgressores de um determinado sistema legal, a problemática da presença dos inimputáveis por transtornos mentais sempre desestabilizou os interiores dos estabelecimentos de cumprimento da pena, tanto em sua acepção meramente punitiva quanto na faceta atual da tríade punição/retribuição/reeducação. Desde a abordagem mais brutal do doente até a aplicação das “modernas” medidas de segurança visualiza-se uma inadequação por parte do Estado ao custodiar o inimputável que, abandonado à própria sorte, é vítima de um sistema carcerário precário no qual sua dignidade já comprometida é destruída, seja pelos sujeitos ativos do sistema, funcionários que deveriam resguardar sua integridade física e mental, ou pelos demais custodiados que acabam sendo os executores das antigas práticas atrozes outrora exercidas nos extintos asilos; os famigerados manicômios judiciais. Nessa messe, analisamos a forma como se dá a execução das medidas de segurança na modalidade internativa no Tocantins, bem como a postura do administrador público para sua efetivação na rede prisional. A falta de estabelecimento próprio para o cumprimento das medidas de segurança levanta-se como omissão do Estado do Tocantins que, ao abandonar os doentes mentais que acabam por cometer crimes em razão de sua enfermidade, sentenciamos à sobrevivência num limbo social no qual não são criminosos cumprindo pena, mas também não são cidadãos cujos direitos e garantias fundamentais lhes são assegurados, passando a viver trancafiados ilegalmente em presídios onde se tornam vítimas das mais diversas formas de torturas e sofrimentos impingidos pelas dezenas de condenados que ali vivem em uma sociedade paralela na qual os inimputáveis são, novamente, brutalizados.

Palavras chave: Inimputável transtorno mental. Medida de Segurança Internativa. Direitos Fundamentais. Dignidade Humana. Lei 10.216\2001.



## ABSTRACT

It is observed that since the beginning of the use of the prison of penal prison as a tool of control of the transgressors of a certain legal system, a problematic always destabilized the interiors of the establishments of fulfillment of the sentence, in its punitive sense as well as in the modern facet Of the punishment / retribution / reeducation triad, which is the mental patient's treatment within prisons. From the primitive approach of animalization of the patient to the application of "modern" security measures, a clairvoyant disregard of the State is seen in the custody of the unworthy who, abandoned to his own fate, was a victim of the notorious judicial asylums and today is a victim of A broken prison system in which its already compromised dignity is destroyed, either by the active subjects of the system (officials who should safeguard their physical and mental integrity) or by the other custodians who end up being the executors of the old animal practices practiced in the extinct asylums. In this messe, we analyze the contemporary conditions of the unenforceable in the prison system of the State of Tocantins, from the beginning of the criminal prosecution, to procedural instruction, to the application of the security measure by judicial sentence, and finally, the methods adopted by the public administrator to carry out Of that in their prison network. The lack of proper establishment to comply with security measures arises as an omission by the State of Tocantins, which, in abandoning the mentally ill who end up committing crimes due to their illness, sentence them to survival in a social limbo in which they do not Are criminals serving sentences, but they are not citizens whose fundamental rights and guarantees are guaranteed to them, and they live illegally in prisons where the most diverse forms of torture and suffering are practiced by the dozens of convicts who live there in a parallel society in which The inimitable ones are again animalized.

Keywords: Unimportant mental disorder. International Security Measure. Fundamental rights. Human dignity. Law 10.216 \ 2001.

## **LISTA DE TABELAS**

<b>TABELA 1 – Quadro de Caracterização dos Casos.....</b>	<b>94</b>
---	-----------

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

<b>UFT</b>	<b>Universidade Federal do Tocantins</b>
<b>TO</b>	<b>Tocantins</b>
<b>UTPBG</b>	<b>Unidade de Tratamento Penal Barra da Grota</b>
<b>CF/1988</b>	<b>Constituição Federal de 1988</b>
<b>LEP</b>	<b>Lei de Execução Penal</b>
<b>CEPEMA</b>	<b>Centro Penitenciário e Medidas Alternativas</b>
<b>ESMAT</b>	<b>Escola Superior da Magistratura Tocantinense</b>
<b>CP</b>	<b>Código Penal</b>
<b>CPP</b>	<b>Código de Processo Penal</b>

## SUMÁRIO:

1. INTRODUÇÃO.....	12
2. A LOUCURA ATRAVÉS DOS TEMPOS .....	14
2.1. Pré-história.....	15
2.2. Antiguidade.....	16
2.3. Idade média.....	17
2.4. Renascença e Idade Moderna.....	19
2.5. Idade Contemporânea.....	20
3. A RELAÇÃO ENTRE DIREITO PENAL E TRANSTORNO MENTAL – ORIGEM E EVOLUÇÃO.....	24
3.1. Relação entre Medida de Segurança e Direito Penal.....	24
3.2. Medida de Segurança e pena – conceito.....	26
3.3. Distinção entre pena e medida de segurança.....	27
3.4. A medida de segurança e a pena a luz do ordenamento jurídico penal pátrio.....	29
3.4.1. Princípio da Legalidade.....	30
3.4.2. Princípio da Proporcionalidade.....	31
3.4.3. Princípio da Intervenção Mínima.....	32
3.4.4. Princípio da Dignidade da Pessoa Humana.....	32
4. O CRIME E O DOENTE MENTAL.....	33
4.1. Culpabilidade e verificação de inimputabilidade.....	35
5. INIMPUTABILIDADE E DOENÇA MENTAL.....	37
6. APLICAÇÃO DE MEDIDA DE SEGURANÇA.....	39
7. METODOLOGIA DE ANÁLISE EXPLORATÓRIA E QUANTI-QUALITATIVA.....	43
8. ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS: PROCESSOS CRIMINAIS.....	45
8.1. Estudo dos Autos Nº. 001– Paciente: L.F.S.A.:.....	45
8.2. Estudo dos Autos Nº. 002 – Paciente: J.B.S.....	46
8.3. Estudo dos Autos Nº. 003 – Paciente M.B.C.....	47
8.4. Estudo dos Autos Nº. 004 – Paciente: M.R.N.R.....	50
8.5. Estudo dos Autos Nº. 005 Paciente: O.P.P.....	60
8.6. Produto da análise dos relatórios obtidos no estudo dos Autos.....	69
9. UM POUCO DE HISTÓRIA SOBRE O TRATAMENTO MANICOMIAL NO BRASIL.....	71
9.1. O CIRCO DOS HORRORES EM BARBACENA-MG.....	71
9.2. ACONTECEU EM GUARARAPES-CE. ....	74
10. UM POUCO DE HISTÓRIA SOBRE A PRÁTICA ANTIMANICOMIAL NO BRASIL: DOS CAPS ÀS RESIDÊNCIAS TERAPÊUTICAS – EVOLUÇÃO HISTÓRICA NO BRASIL.....	76
11. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	85
12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	89
ANEXO 1 Caracterização dos casos estudados – Quadro demonstrativo	
ANEXO 2 – Estudo dos Processos Criminais estudados, AUTOS 01 a 05	

## 1. INTRODUÇÃO

Analisando o histórico dos transtornos mentais através dos tempos e sua relação com o direito penal ao longo dos séculos é possível visualizar que uma problemática comum persiste até a contemporaneidade. Encontrar um lugar no qual se buscasse a cura ou o tratamento das doenças que acometiam os enfermos psiquiátricos em qualquer sociedade sempre foi uma tarefa árdua e quase impossível, sejam eles autores de crimes ou não. Diante de fatos incontestáveis, quase sempre se observou que foram jogados à própria sorte ou foram objetificados, enclausurados e esquecidos por aqueles que o cercaram até que sua vida se esvaísse num turbilhão de sofrimento, dor e abandono.

O Estado Democrático de Direito, fundado no respeito à dignidade da pessoa humana e aos direitos essenciais é, em tese, o berço do fim de uma era de sombras, sofrimento e dor de uma pequeníssima parcela da sociedade que até então era marginalizada socialmente e pelo Estado, qual seja o sujeito acometido por transtorno mental.

O conceito de medidas de segurança e o paralelo firmado entre o crime e o doente mental, sob a tutela médica resultaram no estudo científico e na posterior relativização da culpabilidade para que, verificada a inimputabilidade do paciente acometido de enfermidade psiquiátrica, as medidas de segurança fossem aplicadas por meio da exclusão do convívio social até que fosse tratado para obter o controle da doença ao ponto de autorizar sua vida na coletividade.

Entretanto, a realidade é outra.

Desde tempos imemoriais até muito pouco tempo atrás poderiam se encontrar com certa frequência os enfermos psiquiátricos abandonados nas ruas das cidades ou áreas rurais, trancafiados pelas famílias em quartos escuros e sujos ou mesmo amontoados em asilos manicomial imundos nos quais eram tratados de forma desumana, permitindo-se, inclusive, a realização das mais diversas experiências médicas realizadas à margem da Lei e tratamentos grotescos que tão somente elevavam a doença mental a níveis inimagináveis (ARBEX, 2013).

No mesmo contexto habitavam esses enfermos que praticavam crimes (graves ou não) e que, por serem inimputáveis na forma da Lei, passavam a cumprir as medidas de segurança que lhes eram fixadas nos manicômios judiciais, instituições que se assemelhavam aos famigerados hospitais psiquiátricos asilares e que não contribuíam de qualquer forma para a recuperação daqueles, mas tão somente era terreno fértil para sua derrocada psíquica e social.

Trancafiados em celas infectas e privados de todas as garantias e direitos fundamentais que lhes são constitucionalmente assegurados, os inimputáveis eram extirpados da sociedade pelo Estado Juiz e jogados nesses centros de terror para cumprimento de medidas que acabavam por impor uma segregação perpétua, visto que a ausência de instalações e acomodações adequadas acabava por provocar a piora do quadro mórbido e, por consequência, a permanência indefinida nos quadros manicomiais, ou seja, vivia tal condição repetidamente em um ciclo vicioso da internação para cumprimento de medida de segurança sem prazo determinado, na qual o paciente permanecia aprisionado até o fim de seus dias, desamparado e esquecido por todos.

Em consequência do processo de democratização do país e do movimento da luta antimanicomial que mobilizou a sociedade, os trabalhadores e os familiares dos doentes mentais, ocorreu a transformação do modelo médico e asilar que tinha na internação e exclusão a única forma de tratamento. O vértice dessa mudança foi o advento da Lei 10.216/01, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, foi um marco de garantias legais no trato às pessoas portadoras de transtornos mentais e lhes possibilitou o acesso a um tratamento humanizado em dispositivos institucionais em meio aberto e alternativo ao manicômio como, por exemplo, as residências terapêuticas, as casas de acolhimento e os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS que se instalaram em substituição ao modelo suso referido.

Entretanto, o supracitado diploma legal serviu para que o Estado, mais uma vez, lançasse mão de sua inércia consciente quando fechou os asilos públicos, privados e os manicômios judiciais alegando o cumprimento da Lei, mas não se prestou a atendê-la quanto à criação de serviços especializados no trato dos doentes mentais, em especial daqueles que cometeram crimes e foram sentenciados a cumprir medidas de segurança.

Não há no Estado do Tocantins qualquer instituição pública ou privada qualificada e específica na qual os sentenciados que sofrem de transtornos mentais possam cumprir as medidas de segurança que foram fixadas em juízo, ou seja, o Poder Judiciário conclui seu papel julgador e impõe ao réu inimputável as medidas que visualiza necessárias para o devido tratamento visando a melhora de seu quadro psiquiátrico de forma que não venha a cometer novo delito, mas o Estado, omissivo, não oferece meios explicitamente definidos para tal fim.

Diante da prevaricação estatal o Poder Judiciário vê-se em uma “sinuca de bico” na qual tem a obrigação legal de afastar o inimputável transgressor do convívio social naquele momento para garantir sua segurança e a das demais pessoas de direito da sociedade, mas não

dispõe nem procura estabelecer parâmetros de atenção psicossocial em instituições com recursos e meios habilitados para recebê-lo, findando por deixá-lo trancafiado em estabelecimento prisional comum (prisões públicas ou presídios) ou sob os cuidados e responsabilidade de um familiar sem orientação, sendo que nenhuma das opções causar-lhe-á melhora do quadro de sua enfermidade, pelo contrário, servirá tão somente para estagná-la ou mesmo agravá-la.

Algumas atitudes estão sendo tomadas pelo Ministério Público e pelo Poder Judiciário no sentido de pôr fim à inércia dolosa do Estado, como, por exemplo, o ingresso e julgamento de Ações Civis Públicas – ACP nas quais a definição de um local adequado para o tratamento dos inimputáveis se torne obrigação judicial cujo descumprimento desemboca em crime de desobediência passível de prisão e, posteriormente, condenação penal.

Entretanto, muito ainda precisa ser feito para que os direitos e garantias fundamentais dos doentes mentais autores de condutas típicas sejam resguardados, visto que não são ações pautadas no dolo consciente, mas frutos de enfermidades psiquiátricas cujo tratamento é obrigação constitucional do Estado.

O intuito da pesquisadora, ao final da pesquisa, foi oferecer à comunidade científica e à sociedade alternativas viáveis para o acesso desse contingente de executados à tratamentos e cuidados humanizados compatíveis com a aplicação efetiva das previsões da supracitada lei, pelo Estado tocaninense, mediante a conscientização acerca dessa necessidade.

A presente dissertação apresenta uma leitura histórica acerca das condutas do Estado no tratamento dos inimputáveis e dos que sofrem de transtornos mentais, desde a pré-história até os dias atuais. Discorre sobre a relação entre direito penal e transtorno mental, abordando sua origem e evolução; sobre o crime e o doente mental; a inimputabilidade e a doença mental; a aplicação de medidas de segurança. O percurso metodológico foi fundado na análise exploratória e quanti-qualitativa de casos identificados dos executados que cumprem medidas de segurança na modalidade estacionária no Tocantins, a qual levou às conclusões e sugestões de implementação de recursos institucionais efetivos para a destinação desses pacientes.

## **2. A LOUCURA ATRAVÉS DOS TEMPOS**

Conceituar a loucura não é tarefa fácil, até porque ela está diretamente ligada ao homem desde o início da história da humanidade. Contudo, esse processo não se deu dentro de uma linearidade ou de forma encadeada, estrutural e harmônica, mas em razão dos

diferentes olhares, concepções, compreensões e análises influenciadas historicamente por elementos socioculturais, religiosos e científicos de uma determinada época, a loucura acaba sendo vista por vários ângulos e pelas mais variadas formas.

Em épocas distantes os loucos já foram vistos como seres especiais, divinizados e outrora merecedores de distinguido respeito, inclusive adoração. Depois, passaram a ser considerados como representantes dos conflitos racionais do homem e, em tempos mais obscuros, especificamente aquele da Idade Média, de sacralização do conhecimento, se retratavam como seres diabólicos, ensejando a segregação dos “impuros” daqueles tidos como “castiços”.

Aqueles que hoje são considerados como detentores de transtorno mental, conviveram em tempos sombrios com os criminosos, segregados da convivência social desde vários séculos, antes de serem objetificados como seres que deviam ser estudados nas mais diversas e aberrantes experiências, até serem classificados como sujeitos acometidos por uma patologia a ser diagnosticada e tratada.

Somente na modernidade com a evolução da Psiquiatria como uma especialidade médica no campo científico, a loucura passou a ser considerada patologia e o louco eleito objeto de estudo da então novel ciência, acoplada à noção de periculosidade com vistas à busca do bem-estar social, cuja visão patológica predomina até os nossos dias.

### **2.1. Pré-história e a distinção dos loucos por outras culturas**

A era Pré-histórica<sup>1</sup> tem como característica principal o desconhecimento da grafia, razão pela qual não se dispõe de fontes históricas escritas, o que dificulta, sobretudo, o conhecimento do ser não civilizado e de sua cultura, crenças e padrão de comportamento, de modo que o que se dispõe de informações até hoje foi obtido por meio da observação de fontes físicas (materiais), principalmente visuais, encontradas em sítios arqueológicos espalhados pelo planeta.

Desde os tempos primevos o homem tentava explicar fenômenos naturais e humanos buscando respostas para os problemas existenciais, que foi se transformando no decorrer dos séculos. Um modo de organizar esse pensamento nos tempos que antecederam a leitura e escrita foi através da mitologia, inclusive sobre a loucura.

Nesse sentido, várias culturas tratam de modo peculiar a questão da loucura, o louco era visto como um ser sagrado para os povos primitivos, a quem se dedicava respeito e

---

<sup>1</sup> Período que tem início com o aparecimento do homem na terra e perdurou até o surgimento da escrita, por volta do ano 4.000 a.c.



distinção e os seus atos eram vistos como manifestações da divindade: “Os índios americanos demonstravam respeito e veneração pelos perturbados mentais, preparando cerimônias religiosas em sua homenagem” (FUHRER, 2000: 16).

Como já foi afirmado anteriormente, essas distinções acerca da loucura projetavam esta como algo sagrado e o louco tido como ser sacro, divino, admirado, louvado e até mesmo adorado e cultuado. A anormalidade do seu comportamento era atribuída a influência das divindades e encaradas como efêmera, cuja libertação poderia ser obtida por meios miraculosos, através da ritualística.

## 2.2 Antiguidade

A Idade Antiga<sup>2</sup> traz uma ruptura abrupta do olhar outrora lançado sobre a doirdice e respectivas causas. Nesse momento da História todo louvor, glória e deificação que os loucos receberam na idade anterior (pré-história) é lançado por terra, embora o aspecto metafísico (sobrenatural) ainda se mantenha, mas, desta feita, é visto sob outro prisma, qual seja da malignidade, passando estes desarrazoados a serem vistos como influenciados por seres demoníacos.

Na antiguidade o louco não era objeto de preocupação do poder público, os quais eram vistos como praga ou castigo dos deuses, sendo, inclusive, objeto de vergonha social para os seus familiares que os confinavam nas cercanias do núcleo familiar e os desgarrados das famílias eram relegados à própria sorte, perambulando pelas ruas, dependendo da comiseração alheia, além de sofrerem discriminação, escárnio, zombaria e falta de respeito (MORAES FILHO, 2006).

Já na antiga Civilização Romana, tradicionalmente, os loucos eram entregues às suas famílias, responsáveis pela respectiva guarda. Todavia, quando os familiares não tivessem condições de exercer tal guarda e cuidar do sofredor, o Estado Romano tomava as rédeas da situação e o amparava, demonstrando, com isso, uma postura inovadora do poder público para o pensamento da época, muito embora essa preocupação seja justificada pelos interesses com o Direito Civil, especialmente, com a capacidade das pessoas, posto que a falta de razão constitua um óbice para a capacidade civil.

Nessa senda, diz ainda Maximiliano Ernersto Fuhrer:

Embora o Direito Romano tenha se preocupado quase que exclusivamente com os aspectos civis, em especial com a capacidade civil do louco, alguns

---

<sup>2</sup>Período assim denominado que se inicia no ano 4.000 a.c até 476 d.c.

institutos do Direito Penal moderno tiveram ali a sua origem. É daquela época a idéia de que a punição ao louco seria incabível, além de iníqua, pois a doença já se encarregara de puni-lo. O louco deveria ser contido com cuidado, acorrentado, se necessário, para preservar a segurança das pessoas. Já se preocupavam os doutos com a simulação da loucura e com a sua prova (FUHRER 2000: 1819)

Como se vê é inegável a influência exercida pelo Direito Romano sobre algumas concepções contemporâneas do Direito Penal no que tange ao tratamento jurídico da loucura, a exemplo da não responsabilização do louco, visto que a própria falta de razão constituía, por si, um castigo e a falta de discernimento e autodeterminação já excluía a culpa.

O estudo da loucura, enquanto terapêutica médica, surgiu na Grécia na tentativa de explicar racionalmente esse fenômeno, dentre os estudiosos, notabilizou-se Hipócrates, que procedeu a uma classificação das doenças mentais com ênfase na Epilepsia, por ele considerada um “mal sagrado”.

### **2.3 Idade Média**

Já na Idade Média<sup>3</sup> a loucura passou a ser vista sob dois prismas totalmente divergentes.

Inicialmente, na concepção de “loucura livre”, uma espécie de loucura simples, vista como fato do dia a dia, onde os loucos conviviam normal e naturalmente em sociedade, inclusive tomando parte em todos os fazeres sociais sem qualquer segregação.

Posteriormente, com a noção de exclusão calcada em princípios clericais, fruto de interpretações particularizadas dos textos sagrados que redundou na regressão do conceito da loucura, voltando esta a ser vista como algo malévolos e demoníacos.

Desse modo, aos loucos muitos males lhes eram impingidos em nome de Deus, desde a submissão desses aos castigos aviltantes, violentos e desumanos por seus desajustes, sob o aval da ideia preponderante de que a própria doutrina religiosa da exclusão teria efeito redentor desses sofredores, sobre os quais recaía, inclusive, a proibição de adentrarem aos templos e tomarem parte nas suas cerimônias, sob a alegação de indignos de estarem nas igrejas, sendo compelidos à retirada em caso de desobediência.

Esse foi um período obscuro e de pouca racionalidade, pois o clero não admitia qualquer tentativa de explicar as causas da loucura, bem como, diante da grande influência política exercida pela Igreja durante a Idade Média, quase não se teve êxito no processo de busca da compreensão do sofrimento mental.

---

<sup>3</sup>Período compreendido entre os anos de 476 a 1453.

Já no final dos tempos medievais, verifica-se o surgimento da prática social de exclusão permeada de grande crueldade e que traduzia a postura da sociedade ante a loucura, simbolizada pela “Nau dos loucos”.

Michael Foucault (2004) diz que os loucos eram levados nessas embarcações de uma cidade para outra, a uma existência facilmente errante, pois as cidades os expulsavam e deixava-se que corresse pelos campos distantes e inclusive eram confiados a grupos de mercadores e peregrinos.

É o Passageiro por excelência, isto é, o prisioneiro da passagem. E a terra à qual aportará não é conhecida, assim como não se sabe, quando desembarca, de que terra vem. Sua única verdade e sua única pátria são essa extensão estéril entre duas terras que não lhe podem pertencer. ... A loucura e o louco tornam-se personagens maiores em sua ambiguidade: ameaça e irrisão, vertiginoso desatino do mundo e medíocre ridículo dos homens. (FOUCAULT, 2004:17-18).

Com a construção de um imaginário literário, descreveu-se a existência desses barcos de segregação do convívio social, a todos os indivíduos que viviam à margem da sociedade, não se restringindo apenas aos sofrendores mentais, mas toda sorte de marginalizados, a exemplo de bêbados, desgarrados e desequilibrados os quais, segundo o pensamento vigente à época, eram destituídos de honra para viver em sociedade e, por isso, o mar era o seu exílio.

Até parece que a sociedade carrega latente a necessidade de manter a exclusão de determinados grupos ou segmentos, pois, segundo Foucault (2004), a erradicação da hanseníase, outrora denominada “lepra” lastreou novas formas de exclusão social. A princípio, os novos “excluídos” foram os portadores de doenças venéreas e, posteriormente, os que sofriam de transtornos mentais e para quem sobraram as agruras do tratamento dispensado aos denominados “tranqueiras”, ou seja, aqueles que para nada serviam.

Diz, ainda Michel Foucault:

A lepra se retira deixando sem utilidade esses lugares obscuros e esses ritos que não estavam destinados a suprimi-la, mas sim a mantê-la a uma distância sacramentada, a fixá-la numa exaltação inversa. Aquilo que sem dúvida vai permanecer por muito mais tempo que a lepra, e que se manterá ainda numa época em que, há anos, os leprosários estavam vazios, são os valores e as imagens que tinham aderido à personagem do leproso; é o sentido dessa exclusão, a importância no grupo social dessa figura insistente e temida que não se põe de lado sem se traçar à sua volta num círculo sagrado. (FOUCAULT, 2004: 6)

Numa visão atualizada essa herança, referida por Foucault, se verifica principalmente no que tange à estrutura física dos manicômios\asilos e se reporta às primeiras construções para alocar os desabrigados, quais sejam, os leprosários construídos entre os anos 1300 e 1400

nos quais as pessoas acometidas de lepra eram amontoadas e isoladas da sociedade e que são protótipos dos primeiros hospitais psiquiátricos e, secundariamente, no tocante à cultura de valores e imagem que abrange àqueles postos à margem do que era considerado “normal” de modo que o cenário é similar, apenas os atores e personagens são outros.

#### **2.4. Renascimento e Idade Moderna**

O Renascimento e a Idade Moderna<sup>4</sup> foram épocas marcadas pelo antropocentrismo e racionalismo, abandonando-se o fundamento mítico sobre a loucura, a qual passa a ser tratada cientificamente.

Justamente no Renascimento surgem importantes movimentos artísticos e literários, principalmente na Itália, tendo sido produzidas, inclusive, várias obras que abordaram a loucura como tema central, dentre elas, o “Elogio da Loucura”, de Erasmo de Roterdã, em cuja tessitura deifica a loucura, atribuindo-lhe um caráter benéfico e conferindo-lhe status de fator viabilizante da evolução humana em todos os aspectos.

Contudo, essa visão benéfica da loucura teve o seu declínio a partir do século XVI, quando, segundo relatos, a medicina interessou-se pelos loucos não com preocupação terapêutica, mas tão somente para fomentar o preconceito, o desrespeito e a segregação, cunhando-se o atributo de *doente mental* ao insano mental (FOUCAULT, 2004).

As unidades destinadas à segregação foram criadas para correção e educação dos acometidos por distúrbios mentais com a denominação de *hospitais gerais e santas casas*, traduzindo, assim, o interesse do Estado de privar do convívio social aqueles tidos como disseminadores de desordem e perturbação da paz social.

Sobre essa realidade, Ponte (2007) fala da prática da segregação adotada pelos hospitais gerais que foram instalados por ordem do rei a partir de 1656, com o decreto da criação do Hospital Geral de Paris, um gigantesco hospital que tinha por objetivo aprisionar não somente os insanos, mas a população pobre da cidade. O autor enfatiza que a partir de 1657 esse hospital concentrava mendigos, desocupados, criminosos e loucos. Na mesma época foram criados na Alemanha e Inglaterra instituições semelhantes, se justificava a sua existência através da manutenção pelas casas de caridades e sua finalidade extrapolava o asilo e confinamento de pobres e abandonados, pois eram destinados também aos devedores, sem critério coerente algum.

---

<sup>4</sup> Período compreendido entre 1.453 a 1.789.

No afã de se alcançar essa meta punitiva, adotava-se métodos violentos e cruéis de tratamento que redundavam em torturas dos segregados, com a utilização de instrumentos de contenção, quais sejam; prisões, celas e correntes de ferro.

### **2.5 Idade Contemporânea**

A Idade Contemporânea<sup>5</sup>, como a própria terminologia diz, vem até os nossos dias, tendo como uma das suas características, a valorização do conhecimento racional/experimental, saber-poder, inclusive, para realizar os mais diversos experimentos e torturas como formas de tratamento.

Graças aos ideais da Revolução Francesa de liberdade, igualdade e fraternidade, princípios incorporados, defendidos e disseminados por Voltaire, Rousseau e Montesquieu, e um conjunto de obras literárias, filosóficas e científicas que fomentaram a emergência de uma sociedade de direitos, despertou nas pessoas a necessidade de se valorizar o indivíduo, associado ao modo de produção econômica dominante, levou ao fim da monarquia Francesa, fato este de suma importância para o gênero humano, repercutindo positivamente sobre todos os segmentos da sociedade, ensejando o surgimento de novos olhares sobre os valores éticos e morais, inclusive, sobre a doença mental e gênese.

Essa nova visão pode ser percebida através da publicação, em 1801, do clássico *Tratado médico-filosófico sobre alienação ou mania*, de Philippe Pinel, que traz uma novel visão sobre a loucura.

As novas ideias atribuídas a esse médico francês na citada obra revolucionou as concepções da doença mental à época, fazendo tremar os alicerces nos quais se assentavam conceitos de insanidade, defendendo que era resultado de fatores como: pressões sociais e psicológicas, herança genética ou lesões fisiológicas.

Essa concepção de loucura era destituída de qualquer caráter mítico e, por Pinel acreditar nisso, passou a militar em favor do fim do tratamento violento dispensado aos “loucos” e a adotar medidas com o fito de abolir os instrumentos de contenção: correntes e camisas de força, bem como o banimento do tratamento calcado em sangria, purgantes, vesicatórios e vomitórios, defendendo a ideia de que as formas de tratamento dispensadas aos loucos repercutiam negativa e diretamente sobre a estrutura emocional destes, contribuindo, para o aumento ou diminuição de sua infâmia.

---

<sup>5</sup> Época que teve como marco inicial, a Revolução Francesa, em 1.789.

Voltando um pouco no tempo, lembramos que somente no final do século XVII, surge a necessidade de se abrigar os portadores de transtornos mentais em unidades destinadas à internação, em que pese a ideia de isolamento já ter sido pensada em épocas mais remotas.

Essas ideias chegaram ao Brasil no final do século XIX e, com o advento da primeira Lei dos Alienados, como resultante de um movimento revolucionário liderado por Jean Étienne Dominique Esquirol, que, inclusive, criou cursos para tratamentos de doentes mentais, ensejou a construção, no Rio de Janeiro, do primeiro hospício brasileiro, denominado “Hospício Pedro II” (MORAES FILHO, 2006).

O tratamento asilar foi estabelecido de forma hegemônica até meados dos anos de 1970 do século XX. Somente com o advento da luta pela reforma psiquiátrica como movimento que busca a dignidade e libertação do doente mental, traz uma nova visão dos procedimentos de cuidados que incluem o tratamento psicológico, desta feita, entra em declínio a defesa dos tratamentos manicomiais até então existentes, e fomenta enfaticamente a necessidade de efetivar uma aproximação entre os responsáveis pelo tratamento, o paciente e familiares no escopo de inibir a exclusão social e, com isso, viabilizar a interação entre aquele que sofre de transtornos mentais e a coletividade, considerando-o como um ser integrante desta.

A esse respeito, relata Antônio Carlos da Ponte:

No curso dos anos sessenta, a psiquiatria entra em crise, especialmente no que se refere ao modelo hospitalar e as internações prolongadas. As críticas provêm do campo da própria psiquiatria (Laing, Cooper, Esterson, Berk na Inglaterra, Basaglia na Itália, Szasz nos Estados Unidos, Deleuze e Guatarri na França) e da sociologia (Goffman e Scheff). Os primeiros –como expoentes da chamada ‘antipsiquiatria’ – questionam todas as bases da psiquiatria tradicional, a instituição psiquiátrica, e defendem o louco em face da sociedade”. (PONTE, 2007: 17) apud Alfred Jorge Kraut (1997: 311)

Como se vê, dada à sua complexidade, em que pese todo o progresso verificado nas áreas das ciências psicológicas e farmacológica, a loucura ainda não seria desvendada por completo pela ciência, estando, portanto, muitos pontos submersos na obscuridade.

Preleciona Michel Foucault:

Se a loucura conduz todos a um estado de cegueira onde todos se perdem, o louco, pelo contrário, lembra a cada um sua verdade; na comédia em que todos enganam aos outros e iludem a si próprios, ele é a comédia em segundo grau, o engano do engano. Ele pronuncia em sua linguagem de parvo, que não se parece com a da razão, as palavras racionais que fazem a comédia desatar no cômico: ele diz o amor para os enamorados, a verdade da vida aos

juvens, a medíocre realidade das coisas para os orgulhosos, os insolentes e os mentirosos (FOUCAULT, 2004:14)

Nos dizeres de Foucault a ideia de doença mental deve ser pensada e repensada cautelosa e cuidadosamente, dada a tenuidade da linha que separa a sanidade da insanidade, tornando, pois, praticamente impossível o estabelecimento de um marco que separe a loucura da lucidez. E essa impossibilidade demarcatória é fundamental para o Direito, especialmente para o Direito Penal, diante da suscitação de vários questionamentos levantados, tendo por objeto a definição de normalidade, suas características ou sintomas e seus limites de atuação.

No Brasil, os cenários propiciadores da emergência do movimento reformista, antes de eclodir na década de 1990 com a perspectiva da instalação do modelo de atenção psicossocial, adentrou intensa tradição de importação de modelos e sofreu poucas alterações entre o primeiro período de instalação dos hospitais psiquiátricos no final do século XIX e o final do período da ditadura militar (1964-1985), esse modelo tão difundido no seu transcurso histórico é vigorosamente criticado, surgindo, então, o movimento da luta antimanicomial, decorrente de mobilizações diversas, como afirma Rosa & Feitosa (2008: 139-140): “este movimento inicialmente ganha uma dimensão de contestação e denúncia, relacionadas a violação de direitos humanos das pessoas com transtorno mental; abordagem da loucura como fonte de lucro”, os autores retratam que este movimento se posicionou contrário a instalação em curso de uma verdadeira indústria da loucura, associada a condições precárias de trabalho nos hospitais psiquiátricos. Esse movimento era heterogêneo em seu interior, com várias tendências políticas que lutavam pela hegemonia e duas vertentes confrontaram-se no seu interior.

Essas tendências enfatizadas por Rosa e Feitosa (2008), de distinguem pelas formas de luta onde uma radicaliza pela extinção da estrutura hospitalocêntrica e manicomial, de modo mais intransigente e entendendo que seria impossível atuar e defender os direitos das pessoas com transtorno mental no interior destas instituições, onde somente a partir dos espaços de cuidados externos – ambulatoriais e outros espaços acolhedores deveriam ser tratados como cidadãos. Já a segunda convergia para a inserção dos profissionais nos espaços asilares/hospitalares e, a partir deles, as mudanças no modelo assistencial seriam realizadas.

De acordo com Rosa & Feitosa (2008), apud Amarante (1994), as duas perspectivas apoiam-se na experiência italiana, da “tradição basagliana” que se contrapõe ao modelo biomédico, construindo o seu modo de atuação baseado na consideração da complexidade da

“existência-sofrimento”, conforme a perspectiva apontada de Franco Rotelli (1990), articulada com os determinantes sociais do processo saúde-doença.

Sintonizada com os debates internacionais da época (Organização Panamericana de Saúde, Organização das Nações Unidas) que reforçam a tendência ao reconhecimento da pessoa com transtorno mental na condição de sujeito detentor de direitos e a necessidade da melhoria da assistência, a Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde lança várias portarias ministeriais ao longo dos anos de 1992 a 2006, cujos resultados consolidam mudanças concretas no modelo assistencial, com o financiamento e normatização para a criação de serviços de base comunitária, ambulatorial e a implementação dos Centros de Atenção Psicossocial, os CAPS.

Essas unidades de caráter multidisciplinar, com base territorial, de distintos níveis de complexidade e de caráter substitutivo às internações psiquiátricas, assumem um papel estratégico na articulação e na construção da rede de atenção em saúde mental. O novo modelo que prioriza a assistência em unidades de CAPS em todo o país foi largamente disseminado até os anos de 2006, onde se viu surgir mais de 1000 unidades (ROSA; FEITOSA, 2008), sem contar outros dispositivos institucionais da Rede de Atenção Psicossocial, como as Residências Terapêuticas, que no Tocantins jamais foram implementadas.

Como a gestão desses recursos para a instalação das unidades ficaram a cargo dos municípios em sua maioria, uma pulverização circunscrita ao modo como se efetivou o cuidado potencializou a abertura de espaços de orientações extremamente dinâmicas em alguns locais, na proposta de um novo modelo, mas também ofereceu margem de um conservadorismo onde predomina a ‘retórica’ antes da efetividade. Porém, em quase todo o território nacional ocorreu uma transformação significativa, oportunizando novas possibilidades de vida para a pessoa com transtorno mental.

Naquelas situações onde a cronicidade imperava, a questão dos portadores de transtornos mentais sentenciados e outros sujeitos que necessitavam de uma atenção mais integralizada e total, por parte do Estado, foram deixados a míngua e sem alternativas institucionais que os acolhessem. Rosa & Feitosa (2007:156-157) apontam que em variadas situações: “vivenciamos inúmeras contradições envoltas, muitas vezes em um amontoado de boas intenções, no mínimo inócuas do ponto de vista de uma real transformação”.

Assim, se vislumbra vários desafios para a construção de uma nova política de saúde mental e novos serviços que transforme a relação entre a sociedade e a loucura, passando pelas discussões e ações em defesa da cidadania, a igualdade entre as pessoas e o



reconhecimento das suas diferenças. Mas, onde será apontado um novo lugar social para a loucura fora dos espaços confinados e na conquista de um processo crescente de dignidade humana? A questão ainda carece de respostas e configurações firmes e este trabalho tem em vista lançar mais questionamentos para o objeto de suas reflexões e apontamentos.

### **3 – A RELAÇÃO ENTRE DIREITO PENAL E TRANSTORNO MENTAL – ORIGEM E EVOLUÇÃO**

#### **3.1. A vinculação entre Medida de Segurança e Direito Penal e seu processo histórico:**

No princípio, existia somente a pena, que era imposta às pessoas que cometiam crimes e, segundo o entendimento da época, mereciam ser condenadas.

Posteriormente, surge a medida de segurança como forma de sanção penal para integrar o ordenamento jurídico, juntamente com a pena. Isso, graças ao desenvolvimento dos estudos sobre transtornos mentais, através da Psiquiatria Forense, trazendo, desta forma, a noção de imputabilidade, de modo que, para os estudiosos da época, não seria mais justo punir a todos indistintamente. A partir daí, a punição, enquanto pena, deixou de existir para aqueles considerados inimputáveis, e recebeu a denominação de medida de segurança.

A primeira Medida de Segurança de que se tem notícia, conforme os registros históricos, surgiu com os jurisconsultos romanos, tendo como impositores: Marco Aurélio e Lucius Verus, por ocasião do julgamento de um indivíduo acusado de haver matado a própria mãe, cujo veredicto rezava: *"Ele já foi suficientemente punido pelo seu furor; acorrentai-o, não para castigá-lo, mas para sua própria segurança e de seus parentes"* (MORAES FILHO, 2006)

Desse modo, em 1893, surgiu o Projeto do Código Penal Suíço de Stoops, que pela primeira vez trouxe a medida de segurança, enquanto conjunto sistemático de providências de cunho preventivo individual, para os casos de irresponsabilidade penal, por inexistência de culpabilidade pessoal.

Todavia, antes desse momento suso referido, em que se deu o surgimento da medida de segurança, já existia determinadas medidas aplicadas a irresponsáveis penais visando à defesa social, inclusive, com prescrição legal.

Dessa forma, verifica-se que a noção de inimputabilidade surgiu, a partir do momento que os povos antigos passaram a acreditar na existência de pessoas portadoras de uma disfunção psíquica, mais ou menos acentuada.

Como se vê, muitos dos crimes praticados eram explicados por meio da análise do desenvolvimento mental do acusado, daí surge a Psiquiatria Forense, capaz de colaborar com as ciências jurídicas, no que tange a verificação da saúde mental do acusado, para aplicação da correta sanção penal, isto é, pena para os criminosos normais, considerados imputáveis e medida de segurança para os criminosos doentes, considerados inimputáveis ou semi-imputáveis (artigo 26 e 96 e seguintes do Código Penal).

No Brasil, historicamente, as Ordenações Filipinas rezavam que não se poderia imputar fato ilícito àquele que não poderia obrar com dolo ou culpa, visto ser louco, insensato ou doente.

Já o Código Penal do Império prescrevia que os loucos deveriam ser entregues a suas famílias ou internados nas casas destinadas para tal, enquanto os menores de quatorze anos que houvessem agido com discernimento, seriam recolhidos às casas de correção.

Também o Código Penal de 1890, seguindo as diretrizes do Código de 1830, previa a entrega daqueles doentes a seus familiares ou à internação em hospícios.

Foi, entretanto, no Projeto Sá Pereira que o instituto surgiu com o nome de “medidas de defesa social”, que, posteriormente, foi substituído pelo de “medida de segurança”, quando o Projeto foi revisto pela subcomissão legislativa. Alcântara Machado também as previu em seu Projeto, com a mesma denominação.

Como escreve Ataliba Nogueira, comentando acerca dessa inovação das medidas de segurança: “É a maior novidade, a mais profunda modificação ao sistema penal anterior, a introdução, no novo código, do instituto das medidas de segurança. Nenhum outro assunto sobreleva a este, nenhuma novidade é maior do que esta.” (NOGUEIRA, s/d)

Finalmente, a reforma penal de 1984 não admite mais medida de segurança para o imputável, reservando a este, exclusivamente, a pena, conforme dispõem os artigos 96 e seguintes do Código Penal Brasileiro.

É cediço que o fato do juiz considerar o criminoso-doente inocente pelo crime praticado, não o deixará impune. Ao contrário, esse sujeito cumprirá a punição que lhe prescreve a lei, sob uma roupagem terminológica de Medida de Segurança, no estabelecimento adequado, até que cesse a sua periculosidade e, o que é mais importante, a sociedade estará protegida desse indivíduo durante esse período. Todavia, esse indivíduo inimputável também é sujeito de direito e, como tal, goza da tutela constitucional, penal e

normativa internacional, de modo que o processo de execução da medida de segurança deve se dá com observância aos preceitos fundamentais, com ênfase especial à supremacia do Princípio da dignidade da Pessoa Humana.

### **3.2. Medida de segurança e pena – conceitos, naturezas jurídicas e finalidades:**

A medida de segurança é a reação do Direito Penal com a finalidade de coibir o ato delituoso e de prevenir para que ele não venha a ocorrer novamente. Assim sendo é uma forma da sociedade responder pelo injusto penal cometido e tornar possível a reinserção do enfermo no meio social.

Segundo Regis Prado, “as medidas de segurança são consequências jurídicas do delito, de caráter penal, orientadas por razões de prevenção especial” (PRADO, 2004: 688) Esta resposta é uma forma de dar assistência social, de terapia àqueles que não são penalmente responsáveis, e, garantir o tratamento para o doente (COHEN, 2006: 127).

Muitos doutrinadores sustentam que a Medida de Segurança não tem uma natureza jurídico-penal e sim administrativa. Para tanto, sustentam ainda, que não deveria ter sido normatizada na parte geral do Código Penal, inclusive, próxima do tema da aplicação e fixação da pena.

São requisitos do delito: fato típico, ilícito e culpável. Consoante a isso, não existe crime sem culpa e, portanto, o injusto penal cometido por autoria do agente inimputável deve ser absorvido e não há que se falar em penas uma vez que as últimas têm caráter retributivo-preventivo e as medidas de segurança têm natureza jurídica de modo eminente preventiva.

Enfatiza DOWER (2000: 122) que “medida de segurança não é pena. A pena é uma sanção baseada na culpabilidade do agente. O louco age sem culpa. Por tanto a medida de segurança se fundamenta na periculosidade do agente”.

Ressalta-se que no Brasil, conforme previsto no artigo 32 do atual Código Penal, as penas podem ser privativas de liberdade, restritivas de direitos e, multa.

A medida de segurança não é entendida como pena, mas a sua aplicação de fato quando se trata de internação manicomial parece ser a acumulação entre restrição de direitos e privação de liberdade.

Tem como função o tratamento e cura daquele que praticou o fato ilícito. Nestas hipóteses o agente deve ser isento da pena, conforme salienta o art. 26 da Lei de Execuções Penais. O professor Gustavo Octaviano Junqueira explica que a medida de segurança tem função preventiva especial, uma vez que visa evitar que o infrator inimputável volte a praticar

ato criminoso. Função, esta, de inocuidade. No segundo plano, a medida teria finalidade de prevenção geral negativa, no sentido de coibir reações públicas ou privadas arbitrárias.

A finalidade das medidas de segurança é levar o suposto tratamento ao enfermo mental e, além disso, têm natureza preventiva especial. Para tanto, o inimputável será sujeito ao tratamento em um estabelecimento hospitalar (detentivo) ou será submetido a tratamento ambulatorial (restritivo).

Já quanto à pena, Abbagnano (2007: 749) a conceitua que *“é a privação ou castigo previsto em uma lei positiva para quem se torne culpado pela prática de uma infração.”*

Acrescenta ainda o pensador: *“O conceito de pena varia conforme as justificações que lhe forem dadas e tais justificações ariam segundo os objetivos que se tem em mente: 1º. Ordem de justiça, 2º. Salvação do réu, 3º. Defesa dos cidadãos. (ABBAGNANO 2007: 749).*

A pena é imposta por autoridade pública e depende de leis e julgamentos prévios. Desta forma, ela depende da evolução política da e que, gradativamente, passou a se organizar em grupos e, por fim, Estados.

Como se vê, a pena pressupõe a existência de uma sociedade politicamente organizada, que retira o condenado do tempo e do espaço do convívio social e o segrega em um tempo e espaço próprio, institucional. Nos dizeres de Messuti (2003), a prisão seria uma contenção do sujeito humano em um espaço delimitado por algum tempo *“um lapso de tempo”* esclarece. De igual forma, essa dinâmica separatista também ocorre com a aplicação da medida de segurança na modalidade restritiva, divergindo, apenas quanto à terminologia empregada: *“condenado”* para aquela e *“paciente”* para essa.

A pena possui natureza jurídica bipartida, ou seja, possui caráter punitivo e retributivo. O caráter punitivo consiste em castigar o sentenciado pelo crime que cometera de forma a desencorajar nova prática criminosa e o caráter retributivo está determinado nas ações de ressocialização que devem ser adotadas durante o cárcere a fim de que o indivíduo segregado retorne à sociedade com capacidade de reintegração e sem qualquer necessidade de nova transgressão, bem como para que não ocorra a institucionalização do preso junto ao sistema prisional, fato que prejudica sua reinserção na coletividade.

### **3.3. Distinções entre Pena e Medida de Segurança:**

É importante, também, trazer a diferença entre pena e medida de segurança. Esta tem natureza preventiva e tem como fundamento a periculosidade, atingindo inimputáveis e semi-imputáveis por tempo indeterminado até que cesse o fim da periculosidade. Aquela tem

caráter retributivo/preventivo com fundamento na culpabilidade, atingindo os indivíduos são mentalmente por tempo determinado.

A pena está voltada para o passado (crime-culpabilidade-retribuição), enquanto que as medidas miram para o futuro (cura-prevenção).

A distinção fundamental entre pena e medida de segurança situa-se na visão do respeitável doutrinador André Estefan:

pena é a sanção prevista em nosso ordenamento jurídico aos imputáveis, ao passo que a medida de segurança é reservada aos inimputáveis ou 'semi-imputáveis' em virtude de doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado (ESTEFAN, 2012: 317).

Paulo Queirós (2005) questiona se há distinção real entre as penas e as medidas de segurança elegendo cinco critérios, a saber:

1. Que a pena pressupõe culpabilidade e as medidas de segurança pressupõem periculosidade, por isso que a ausência de culpabilidade não impede a aplicação de medida de segurança, pois ela é substituída pelo juízo de periculosidade; também por isso a culpabilidade seria pressuposto da pena e não elemento ou requisito do crime, uma vez que, para a aplicação da medida de segurança, bastariam a tipicidade e a ilicitude da conduta;
2. as penas têm natureza retributiva/preventiva e as medidas de segurança são preventivas;
3. as penas são proporcionais à gravidade da infração e a proporcionalidade das medidas de segurança fundamenta-se na periculosidade do sujeito;
4. as penas são por tempo determinado e as medidas de segurança, indeterminado; e
5. as penas são aplicáveis aos imputáveis e as medidas de segurança aos inimputáveis.

O autor não considera correta essa argumentação, entendendo a inexatidão da simples substituição do juízo de culpabilidade pelo juízo da periculosidade, porque somente esta última não seria bastante para ensejar a aplicação da medida de segurança, em se excluindo a culpabilidade e punibilidade previstas no artigo 96 do Código Penal. Também alega que

se o juiz constatar que o réu inimputável agiu sob coação moral irresistível, obedeceu à ordem não manifestamente ilegal, incorreu em erro de proibição inevitável seria totalmente ilegal a aplicação de medida de segurança e restaria a imposição da absolvição pura e simples de acordo com o CPP, art. 386, III e IV. Além disso, não caberia dizer que as penas possuem

uma natureza retributiva preventiva e as medidas de segurança apenas a preventiva, devido a ambas pressuporem fato típico, ilícito, culpável e punível, o que levaria a identificação de uma retribuição a uma infração penal punível para as medidas de segurança, algo descabido na sua constituição. Se as medidas de segurança buscam os mesmos fins assinalados à pena como a prevenção de reações públicas ou privadas arbitrárias contra o criminoso inimputável (prevenção geral negativa) e prevenir a reiteração de crimes (prevenção especial), então a finalidade da intervenção jurídico-penal seria uma proteção subsidiária de bens jurídicos relevantes em ambos os casos.

Para Queirós (2005):

“No que tange à indeterminação do prazo máximo das medidas de segurança, herança do positivismo criminológico, cabe redarguir que, em homenagem aos princípios da igualdade, proporcionalidade, humanidade e não-perpetuação das penas, não se justifica, numa perspectiva garantista, que tais sanções, diferentemente das penas, possam durar indefinidamente, enquanto “não for averiguada, mediante perícia médica, a cessação da periculosidade” (CP, art. 97, §1º), razão pela qual jamais deverão exceder ao tempo de pena que seria cabível na espécie. Ademais, devem ser minimamente aflitivas para o criminoso inimputável, pois encerram, ordinariamente, dupla violência: hospital e cárcere”.

Concluindo o autor que não pode haver distinção ontológica entre penas e medidas de segurança mediante a perseguição dos mesmos fins e de pressupostos idênticos acerca da punibilidade: fato típico, ilícito, culpável e punível, havendo unicamente a distinção nas suas consequências, onde os imputáveis estariam sujeitos a pena e os inimputáveis à medida de segurança, sob critérios de exclusiva conveniência político-criminal, adequação da resposta penal.

A despeito disso, Queirós (2005) fundamenta por meio de outros estudos o impedimento da aplicação da medida de segurança em casos quando houver a presença de excludentes de criminalidade ou de culpabilidade, enfatizando a incongruência em substituir o juízo da culpabilidade pelo da periculosidade, alegando que esse tratamento estaria violando o princípio da isonomia uma vez que a ausência de imputabilidade torna inadmissível o questionamento da culpabilidade e ainda da medida de segurança aplicável ao imputável, não poderia ter o mesmo fundamento que a medida de segurança têm para servir a proteção dos bens jurídicos, destinando-se a prevenir a prática de crimes.

### **3.4. A medida de segurança e a pena à luz do ordenamento jurídico penal pátrio:**

No ordenamento jurídico penal pátrio Sanção Penal é gênero, enquanto a pena e a medida de segurança são espécies, que são impostas pelo Estado-Juiz. Se vivemos num Estado Constitucional Democrático de Direito, na aplicação da medida de segurança devem ser observados os princípios constitucionais que norteiam e garantias individuais que fundamentam a aplicação das sanções penais, inclusive, da pena.

Nesse sentido, preleciona Cezar Roberto Bittencourt (2012) que, “não só a pena privativa de liberdade mas, também a medida de segurança são formas similares de controle social, (...) constituem formas de interferência do Estado na liberdade das pessoas”, motivo pelo qual todos os princípios constitucionais e garantias individuais que são aplicados à pena, também o são no caso das medidas de segurança.

Segundo Luiz Flávio Gomes (2007), penas e medidas de segurança criminais são formas de controle social, ou seja, funcionam como um sistema de freios e contrapesos, razão porque devem ser devidamente regulamentadas, inclusive, suas limitações, por tratar-se de interferência na liberdade das pessoas, de modo que todas as garantias constitucionais vigentes que tutelam os apenados também devem tutelar o inimputável e o semi-imputável, não devendo, portanto, o profissional do Direito abdicar da análise dos princípios constitucionais afetos à sanção penal.

Os princípios mais importantes aplicáveis às medida de segurança são o da legalidade, da proporcionalidade, da intervenção mínima e da dignidade da pessoa humana.

#### 3.4.1. Princípio da Legalidade:

Tido como um dos mais importantes para o Direito Penal ao lado do Princípio da Anterioridade da Lei, o Princípio da Legalidade inserto no art. 2º do CPB e art 5º, inc. XXXIX da CF/88.

Esclarecendo sobre o Princípio acima, diz Eduardo Reale Ferrari (2001: 93) que “*o princípio da legalidade nada mais é do que o estabelecimento de rígidos limites ao direito de punir do Estado, que se traduz pela exigência de lei formal, a fim de se garantir a conservação dos valores do Estado Democrático de Direito*”. Por tratar-se de espécie de sanção, que priva ou restringe bens jurídicos individuais, a observância ao princípio da legalidade é imperativa, visando, com isso, limitar a ação do Estado-Juiz, de modo que não venha esse a agir por seu livre arbítrio.

Sobre o referido Princípio, Muñoz Conde (1988: 99) afirma que o princípio da legalidade, entre as exigências do Estado de Direito, seria o fundamental alcance cominado

ao exercício do direito do Estado de penitenciar, assegurando uma série de garantias individuais, a fim de garantir que o Estado aja dentro dos limites legais.

Ainda sobre o Princípio da Legalidade, diz Norberto Bobbio (1992), numa breve análise à luz da Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão de 1789, que “*nenhum indivíduo pode sofrer acusação, prisão ou detenção fora das situações previstas em lei, etc.*”, restando, assegurado, desta forma, o ‘garantismo’, ‘*nulla poena sine lege*’.

Assim, sobre a indeterminação do período de internação dos inimputáveis por transtorno mental, cuja liberdade está condicionada à cessação da periculosidade destes (art. 97, § 1º., CPB), à luz princípio da legalidade, no nosso entendimento, este dispositivo é inconstitucional, pois a aplicação da medida de segurança por tempo ilimitado, sem teto máximo pré-definido fere frontalmente o aludido princípio. Todavia, na tentativa de se resolver essa situação de indefinição, ultimamente tem se buscado a imposição de uma limitação para a aplicação da medida de segurança, tomando-se por base a pena máxima cominada em abstrato à conduta delituosa.

#### 3.4.2. Princípio da Proporcionalidade:

Inserido de forma implícita no art. 59 do CPB, o princípio da proporcionalidade, também denominado de Princípio da proibição do excesso, norteia a fixação da pena-base no sentido de se aplicar tão somente o quantum mínimo necessário e suficiente para a reprovação e prevenção do crime. Essa noção de mínimo estritamente necessário de fixação de pena, atualmente consubstanciada no artigo de lei suso referido, tem sua gênese no início no séc. XVIII, com Beccaria e os iluministas.

No que concerne a este princípio, preleciona Beccaria (2002), “um dos maiores freios aos delitos não são as penas cruéis, mas a certeza de que os criminosos serão punidos, ou seja, a infalibilidade destas, ainda que leves, o que requer vigilância dos juízes e a severidade de um julgador inexorável, cuja utilidade está condicionada a uma legislação suave. (BECCARIA, 2002: 91-92)

Ao se falar em Princípio da Proporcionalidade, fala-se de equilíbrio, ou seja, tenta-se estabelecer uma correspondência entre a pena e a conduta praticada, na medida da gravidade desta, de modo que ela não seja tão branda de forma a estimular a vingança privada, redundando, com isso, no avanço da impunidade, nem tão severa ao ponto de exceder os limites da culpabilidade do agente.



É graças a este Princípio que surge a necessidade da fixação de um teto máximo (limite superior) de duração da Medida de Segurança, visando, com isso, evitar excesso *jus puniendi*.

Nessa esteira, diz ainda Beccaria: o interesse comum não é apenas no sentido de que não se cometa mais crimes, mas também no sentido de que eles sejam mais raros na proporção do mal causado à sociedade, de modo que os obstáculos que afastam os homens dos delitos sejam mais fortes na proporção que contraiam o bem comum, de acordo com nível da pulsão que os leva à delinquência. (BECCARIA, 2002: 50).

Esse lastro doutrinário e legal constitui um imperativo para a fixação de um limite temporal (teto máximo) na aplicação das medidas de segurança.

#### 3.4.3. Princípio da Intervenção Mínima:

Em síntese, o princípio da intervenção mínima consiste na ocupação do direito penal apenas nos casos estritamente necessários (*Suma Ratio Legis*).

Segundo Eduardo Reale Ferrari (2001), com espeque no Princípio da Intervenção Mínima, sugere a aplicação do instituto da transação penal aos portadores de transtorno mental que se envolverem numa situação de conflito com a lei, por conduta de menor potencial ofensivo regulamentado pela Lei 9.099/95, representado pelo seu curador e advogado, antes mesmo da constatação da sua inimputabilidade ou semi-imputabilidade, por entender que é inadmissível, por ser injusto e não equitativo, que sob a etiqueta da anormalidade, estes pacientes venham a cair nas malhas do sistema penal, sendo-lhe negado o direito de acordar, num total desrespeito ao direito de igualdade e à equidade.

Nesta seara, diz ainda Ferrari (2011) que há uma relação direta entre os princípios da intervenção Lima e o da proporcionalidade, já que a aplicação daquele depende da avaliação do nível do mal causado, cuja avaliação deve passar pelo crivo do Princípio da Proporcionalidade, de modo que venha a intervenção do Estado venha a intervir na medida do estritamente necessário e suficiente, com vista a utilização de meios alternativos e menos onerosos no afã de se abdicar da interferência estatal desnecessária.

#### 3.4.4. Princípio da Dignidade da Pessoa Humana

A Constituição Federal de 1988 coloca o princípio da dignidade da pessoa humana como um dos fundamentos da República Federativa do Brasil, no seu art. 1º. O princípio da dignidade da pessoa humana deve estar presente em todas as fases do processo penal e da aplicação da sanção penal, incluída nesta a medida de segurança. Atualmente, a situação dos

presídios e hospitais judiciários brasileiros atentam contra a mínima parcela de dignidade do detento.

Segundo Eduardo Reale Ferrari (2001), “o princípio da dignidade da pessoa humana exige que as autoridades administrativas confirmem ao delinqüente-doente condições mínimas a tratamento, destacando-se, essencialmente, salubridade no ambiente institucional, presença de profissionais habilitados laborando na instituição, progressividade terapêutica, individualização na execução da medida de segurança criminal e, especialmente, transmissão de valores essenciais à convivência em uma livre sociedade político-pluralista”. (FERRARI, 2001: 123)

Para Marco Polo Levorin (2003), empilastrado nesse Princípio, os executados de medida de segurança devem ter efetivados todos os seus direitos e preservadas todas as garantias individuais, inclusive, o estabelecimento de um teto máximo de duração da internação, no afã de se evitar a crueldade e minimizar ao máximo o sofrimento desses pacientes. (LEVORIN, 2003).

#### **4. O CRIME E O DOENTE MENTAL**

Para iniciar as discussões acerca da punibilidade ou não do agente de um crime, deve-se, primeiramente, definir o que seja crime. A doutrina majoritária contemporânea defende a divisão tripartida.

Rogério Greco (2016), César Roberto Bitencourt (2012) e Guilherme Nucci (2011) defendem essa divisão, assim, consideram crime como fato típico, antijurídico (ilícito) e culpável (em sentido lato sensu). Apesar de haver na doutrina discussões em relação a esse conceito de crime, neste trabalho, segue-se essa linha de raciocínio, em que a culpabilidade é considerada como elemento do crime. Esse posicionamento se justifica porque a culpa *“representa o aspecto subjetivo do ilícito, isto é, a vontade de delinquir ou o entendimento do indivíduo acerca da prática criminosa e a capacidade de determinar-se nesse sentido”* (MALCHER, 2009: 1).

Quando não há a intenção de se estar agindo criminosamente e não havendo a consciência da ilicitude – agente inimputável – não faz sentido a conduta ser considerada criminosa, assim, não sendo passível a reprovação ou a censura. Dessa forma, a culpabilidade deve ser analisada como elemento do crime.

Nesse sentido, levando-se em consideração a divisão tripartida de crime – fato típico, antijurídico e culpável –, se ausente a culpa, não há crime, e sim ilícito de natureza diversa (NUCCI, 2011). Portanto, para um fato típico e antijurídico praticado por um inimputável, a sanção penal recomendada é a medida de segurança, e não a pena.

Depois de definido o crime, importa analisar, sob o ponto de vista do ordenamento jurídico penal, o que ocorre com o agente de ilícito considerado doente mental ou que seja portador de desenvolvimento mental incompleto ou retardado. O artigo 26 do Código Penal brasileiro dispõe:

*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.*

*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.*

Interpretando-se o referido artigo, o doente mental ou o indivíduo com desenvolvimento mental incompleto ou retardado – que não goza de suas capacidades mentais ao tempo da ação e omissão, e não tem discernimento para entender o caráter ilícito do fato ou não tem condições de se autodeterminar – não é imputável.

Como exemplos de doenças mentais, podem-se citar: epilepsia, histeria, neurastenia, psicose maníaco-depressiva, melancolia, paranoia, alcoolismo, esquizofrenia, demência, psicose carcerária e senilidade (NUCCI, 2014).

No Brasil, o indivíduo considerado imputável que comete um crime, em regra, deve sofrer uma punição, por meio de uma pena – privativa de liberdade, restritiva de direitos, multa –, que culmina, muitas vezes, na mais grave: privação da liberdade. Já aos inimputáveis, como os doentes mentais, aplicam-se medidas de segurança, desde que o crime cometido seja punido com pena privativa de liberdade. Isso porque, se o agente do ilícito penal não possui sua maturidade intelectual em decorrência de doença mental, não pode ser punido como as pessoas que a possuem.

Cezar Roberto Bittencourt (2012) cita quatro principais diferenças entre a pena e a medida de segurança: as penas têm caráter retributivo/preventivo, as medidas de segurança têm natureza eminentemente preventiva; o fundamento da aplicação da pena é a culpabilidade, a medida de segurança fundamenta-se exclusivamente na periculosidade; as

penas são determinadas, as medidas de segurança são por tempo indeterminado, findando-se quando cessar a periculosidade do agente; as penas são aplicáveis aos imputáveis e semi-imputáveis, as medidas de segurança são aplicadas aos inimputáveis e, excepcionalmente, aos semi-imputáveis, quando estes necessitarem de especial tratamento curativo.

A medida de segurança, baseada no *jus puniendi* do Estado, consiste em uma imposição ao agente inimputável ou semi-imputável (exceção) que pratica um fato típico e ilícito, tendo como fundamento o grau de periculosidade do indivíduo (NUCCI, 2014). Assim, é uma reação criminal, detentiva ou não, baseada em sua periculosidade. Sua finalidade é a adequada reintegração social de um indivíduo considerado perigoso para a própria sociedade.

As medidas de segurança – internação em hospital de custódia ou tratamento ambulatorial (art. 96, CP) – amparam os doentes mentais, ajudando em seu tratamento psíquico e, ao mesmo tempo, protegendo a sociedade da potencialidade criminal que estes possuam.

Para que essas medidas possam ser aplicadas, precisa-se comprovar a doença mental. Isso ocorre por meio de exame técnico, realizado por peritos capacitados que emitem parecer sobre, se no momento da prática do crime, o agente já era doente. O juiz, então, analisará e o absolverá, se incapaz, mediante a chamada sentença absolutória imprópria, impondo-lhe a medida de segurança devida.

#### **4.1. Culpabilidade e verificação da inimputabilidade:**

O Direito Penal brasileiro, para sancionar uma pena, rege-se pelo princípio da culpabilidade, em que *nullum crimen sine culpa* (não há crime sem culpa). Em outras palavras, só se pode apenar aquele que cometeu um fato típico e ilícito, agindo ou se omitindo, de forma dolosa ou culposa, com juízo de reprovação.

O Código Penal Brasileiro prevê como elementos da culpabilidade a imputabilidade, a potencial consciência da ilicitude e a exigibilidade de conduta diversa. Vejamos esses três elementos mais detalhadamente.

A imputabilidade penal consiste na “condição ou qualidade que possui o agente de sofrer a aplicação de pena. E, por sua vez, só sofrerá pena aquele que tinha ao tempo da ação ou da omissão capacidade de compreensão e de autodeterminação frente ao fato” (LIMA, 2009: 1).

Sendo assim, resume-se na capacidade de o agente, no momento da ação ou da omissão, entender o caráter ilícito do fato (compreensão das coisas) e de determinar-se frente a ele (capacidade de dirigir sua conduta considerando a compreensão que anteriormente teve).

Então, “o agente deve reunir condições físicas, psicológicas, morais e mentais que lhe confirmam capacidade plena para entender o ilícito” (MALCHER, 2009: 1), além de ter a livre vontade de praticar a ação, o controle sobre a sua própria vontade. Dessa forma, há o aspecto intelectual – consistente na capacidade de entendimento –, e outro volitivo – a faculdade de controlar e comandar a própria vontade.

A legislação brasileira pressupõe a imputabilidade – em princípio, todos são imputáveis – e, de forma extraordinária, o legislador lista hipóteses de exclusão da imputabilidade.

Já a potencial consciência da ilicitude consiste no conhecimento inequívoco do agente criminoso em relação à tipicidade e à ilicitude de sua conduta. Para tanto, “é essencial que disponha de sanidade mental plena e discernimento, que possam auferir-lhe a possibilidade de saber que praticou algo errado ou injusto” (MALCHER, 2009: 1). Se não tinha como saber que o fato era ilícito, inexistia a potencial consciência da ilicitude, logo, esse erro exclui a culpabilidade (CAPEZ, 2014).

O terceiro elemento da culpabilidade é a exigibilidade de conduta diversa, ou seja, o crime deve ser praticado em condições normais e em situação não-adversa, em que “era possível exigir do autor conduta diversa da criminosa, isto é, o agente criminoso teve a chance de praticar comportamento diverso do adotado, todavia, optou pelo caminho do crime” (MALCHER, 2009: 1).

Assim, consiste na expectativa social de um comportamento diferente daquele que foi adotado pelo agente. Trata-se de causa de exclusão da culpabilidade, fundada no princípio de que só podem ser punidas as condutas que poderiam ser evitadas.

No caso, “a inevitabilidade não tem a força de excluir a vontade, que subsiste como força propulsora da conduta, mas certamente a vicia, de modo a tornar incabível qualquer censura ao agente” (CAPEZ, 2014). O ordenamento jurídico brasileiro traz como causas que levam à exclusão da exigibilidade de conduta diversa a coação moral irresistível e a obediência hierárquica.

Dos três elementos da culpabilidade aqui citados, interessa-nos a imputabilidade e a potencial consciência da ilicitude, posto que se relacionam diretamente ao tema da inimputabilidade por doença mental.

Vistos esses conceitos básicos, importa analisar como o ordenamento jurídico pátrio reconhece a imputabilidade penal por doença mental.

No Brasil, adotou-se o princípio do livre convencimento motivado, em que o juiz julga de acordo com o seu arbítrio, desde que fundamente sua decisão. Já o Código

de Processo Penal rege o princípio da não hierarquia entre as provas processuais, assim, em um mesmo patamar valorativo, estão a prova científica e a testemunhal (MALCHER, 2009).

Mesmo que o julgador tenha o livre arbítrio para julgar de acordo com o seu convencimento, em relação à inimizabilidade por doença mental, a lei processual penal determina a verificação da saúde mental do agente por diagnóstico de perícia médica, obrigatoriamente. Deve, então, o juiz instaurar o incidente processual de insanidade mental do acusado, conforme artigos 149 a 154 do Código de Processo Penal. Isso porque o legislador entendeu que o juiz não é suficientemente apto para verificar e atestar a inimizabilidade do agente, pois isso necessita de profissional com conhecimentos específicos, os quais, em regra, os magistrados não possuem.

Seguindo o estabelecido no Código de Processo Penal, o acusado deve ser submetido a exame médico-legal. Sendo considerado inimizável ao tempo do crime, nomeia-se um curador, ou seja, um representante legal no processo. Caso o exame aponte que a doença mental sobreveio ao crime, o processo será suspenso até que o acusado se restabeleça.

Os artigos 158 a 184 do CPP preveem os exames de corpo de delito e as perícias médico-legais. Sua finalidade consiste em produzir provas científicas que demonstrem um. Os sistemas vinculatorio e liberatório regem a avaliação da perícia pelo juiz: no primeiro, o juiz está subordinado às conclusões periciais; no segundo, tem a prerrogativa de rejeitar o laudo pericial ou de acolhê-lo no todo ou em parte (PONTE, 2007).

O Brasil adotou o sistema liberatório, embora, para acatar ou rejeitar um laudo que ateste a inimizabilidade do acusado, o juiz seja obrigado a fundamentar sua decisão de forma precisa e coerente, pois não pode ignorar a perícia sem embasamento científico. Caso considere o laudo pericial falho, genérico ou incompleto, pode requisitar a retificação, mas não afastá-lo como se não existisse (MALCHER, 2009).

Os laudos produzidos pelos órgãos ou entidades públicas oficiais gozam de presunção relativa de veracidade e idoneidade, até que se prove o contrário. Com o laudo, o juiz analisa o caso concreto e determina ou não a inimizabilidade penal do agente.

## **5. INIMIZABILIDADE E DOENÇA MENTAL**

No Código Penal brasileiro, estão previstas causas excludentes de culpabilidade, as quais se dividem em dois grupos: relativas à pessoa do agente e ao fato criminoso. Quanto ao agente, podem ser por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado

(art. 26, caput, CP), por menoridade (art. 27, CP) e, ainda, por embriaguez decorrente de vício (art. 28, II, § 1º, CP)

Interessa-nos, neste trabalho, o art. 26, que isenta de pena o indivíduo que pratica ato típico e ilícito quando, no momento da ação/omissão delitiva, era portador de doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, e era completamente incapaz de compreender a ilicitude de sua conduta ou de determinar-se de acordo com ela.

De acordo com a legislação brasileira, a inimputabilidade não pode ser presumida, pois tem de ser provada por meio de perícia e em condições de absoluta certeza. Existem três os sistemas de aferição da inimputabilidade: biológico, psicológico e misto ou biopsicológico. No Brasil, adotou-se o sistema misto ou biopsicológico (art. 26, CP), segundo o qual não basta a existência da doença para isentar o agente da pena.

Para que o agente de um fato ilícito seja considerado inimputável, o elemento biológico, de natureza patológica, que é a enfermidade mental, é essencial. Se presente a enfermidade, verifica-se se o agente era capaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com essa consciência na época do crime – elemento cronológico/temporal, ou, caso o fosse, não conseguiu controlar o impulso delitivo. Isso significa que, além de presente a enfermidade mental, o agente, ao tempo da ação/omissão, em razão desta, precisa apresentar “um estado de anormalidade psíquica que o torne incapaz de entender o sentido ético-jurídico de sua conduta ou, caso tenha esse entendimento, ter a doença e seu estado de perturbação psíquica eliminado sua capacidade volitiva” (MALCHER, 2009, p. 2).

Assim, a inimputabilidade deve existir na ocasião do delito, na época do crime, porque a ocorrência de enfermidade mental depois do cometimento do crime não exclui a culpabilidade.

Observa-se que o parágrafo único do art. 26 do CP reconhece a hipótese da imputabilidade parcial ou semi-imputabilidade. Nela, o agente possui meia consciência da ilicitude ou da liberdade de agir. São os casos fronteiraços, em que o agente tem sua capacidade diminuída.

Esse sistema criado pelo Código Penal chama-se sistema de culpabilidade diminuída, o que acarreta diminuição da pena somente. Na situação apresentada, ou seja, se verificada a semi-imputabilidade, o julgador pode reduzir a pena de 1/3 a 2/3, ou impor medida de segurança. No entanto a aplicação de medida de segurança não exclui a imputabilidade do agente, pois haverá sentença condenatória, o que não acontece com os inimputáveis, cuja

medida aplicável é a absolvição imprópria. Essa escolha de redução da pena ou aplicação das medidas depende de decisão do juiz, quando analisa o laudo pericial e este assim recomenda.

Há controvérsias quanto ao conceito de doença mental, pois para alguns doutrinadores deve ser analisado em sentido lato, abrangendo tanto as doenças de origem patológica, como as de origem toxicológica (NUCCI, 2011). No entanto, neste trabalho, devido ao foco inicial, não será aprofundada a discussão.

Diante do exposto, há três requisitos essenciais para que a inimputabilidade possa ser reconhecida devido ao fator doença mental, quais sejam a causal – doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado –, o cronológico – ao tempo da ação ou da omissão – e o consequencial – inteira incapacidade de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com ele.

Assim, o inimputável não comete crime, mas pode sofrer sanção penal (medidas de segurança), baseada na periculosidade do agente, e não na sua culpabilidade. A finalidade consiste em se evitar que o agente inimputável que tenha praticado a infração penal, mostrando periculosidade, não cometa outro crime e receba o tratamento adequado.

## **6. APLICAÇÃO DE MEDIDAS DE SEGURANÇA**

Anteriormente já foi definido que Medidas de Segurança são espécies de sanções penais aplicadas ao agente que, no momento da prática do ato comissivo ou omissivo não gozava da integridade de suas faculdades mentais.

Para que sejam aplicadas essas medidas, deve-se pressupor a pena que seria dada ao agente com plena faculdade mental no momento do cometimento do ilícito penal, a qual será, então, substituída por medida de segurança adequada a cada caso. Sua aplicação, em substituição à pena de reclusão convencional dada aos criminosos sãos, consiste em tratamento de saúde que for mais adequado ao infrator que sofra de qualquer distúrbio mental. Assim, a medida de segurança visa a ampará-lo, no mesmo tempo que protege a sociedade da potencialidade criminal que o doente mental possua.

Essa substituição pode decorrer de sentença absolutória imprópria, sentença condenatória ou de aparecimento de insanidade mental durante o cumprimento da pena. Para tanto, se houver dúvida quanto à sanidade mental do agente, poderá ser instaurado um Incidente de Insanidade Mental. Então, procede-se a exame técnico para a constatação ou não de sua insanidade mental.



Constatando-se que o agente era incapaz no momento da ação de conduta ilícita, o juiz proferirá uma sentença absolutória imprópria – em que se impõe privação ou restrição da liberdade – impondo-lhe uma medida de segurança. No caso de semi-imputável, a sentença será condenatória, podendo a pena ser reduzida ou substituída por medida de segurança. Caso sobrevenha, durante o cumprimento da pena, uma doença mental, o réu será transferido a estabelecimento adequado para tratamento (BRITO, 2006).

Conclui-se que, em todos os casos citados anteriormente, as medidas de segurança têm, assim como a pena privativa de liberdade, finalidade preventiva.

O Código Penal brasileiro prevê duas espécies de medidas de segurança, conforme disposto no artigo 96, quais sejam, “primeira modalidade - internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou em outro estabelecimento adequado, em caso de inexistência daquele e, segunda - sujeição a tratamento ambulatorial”.

O que distingue ambas as espécies de medidas é o tipo de crime cometido pelo agente: quando a pena prevista para o ilícito for de reclusão, a medida de segurança adequada será a internação em hospital de custódia (inciso I, artigo 96, CP); já quando a pena prevista para o ilícito for de detenção, a medida de segurança aplicável será o tratamento ambulatorial (inciso II, art. 96, CP).

Não é pacífico o entendimento doutrinário de que as medidas sejam aplicadas conforme a pena prevista de reclusão ou detenção, a saber: alguns doutrinadores consideram que não há obrigatoriedade de internação nos casos de crimes apenados com reclusão nesses casos, devendo o juiz analisar o caso concreto e decidir pela medida mais adequada inimputável (BRITO, 2006). Já outros consideram que a periculosidade do agente é presumida pelo ato comissivo ou omissivo definido como ilícito penal. Sendo assim, se o crime recebe sanção penal de reclusão, enquanto não realizado o exame de cessação de periculosidade, existirá a possibilidade da prática de novo fato punível, devendo o indivíduo sofrer a internação (MARCÃO, 2009).

Também há jurisprudências em ambos os sentidos – quanto à obrigatoriedade da internação no caso de crimes apenados com reclusão, e outras no sentido de que a determinação da espécie de medida de segurança deve ser pautada pelo laudo pericial.

Quanto ao prazo de duração das medidas de segurança, o Código Penal brasileiro o disciplinou em seu art. 97, § 1º, que “a internação, ou tratamento ambulatorial, será por tempo indeterminado, perdurando enquanto não for averiguada, mediante perícia médica, a cessação de periculosidade. O prazo mínimo deverá ser de 1 (um) a 3 (três) anos.” (Redação dada pela Lei nº 7.210, de 11.7.1984).

Observa-se que, a rigor, não há prazo fixado para a medida de segurança, pois a cessação da medida será sempre condicional à cessação da periculosidade.

O que ficou estabelecido foi o prazo mínimo (de um a três anos), que deve ser fixado pelo juiz, mas não tem prazo máximo estipulado.

Questiona-se nesse dispositivo legal o fato de o inimputável poder ficar internado indefinidamente, e o Brasil não prevê penas perpétuas (inciso XLVII, art. 5º, CF). Destaca-se que o artigo 75 do CP limita a pena privativa de liberdade a 30 anos.

Portanto, a doutrina majoritária entende que a medida de segurança deve obedecer a essa restrição analogicamente, ou durar o máximo da pena cominada ao aplicada para aquele delito em questão.

Porém, em favor do dispositivo está o fato de a medida de segurança não ser uma pena, e sim uma espécie de sanção penal, e ter por objetivo ajudar no tratamento curativo e terapêutico desses criminosos que padecem de enfermidades mentais. Sendo assim, enquanto perdurar a doença, o agente deve ficar submetido à internação e permanecer em tratamento.

Depois de definida a medida de segurança adequada ao caso concreto, ou seja, transitada em julgado a sentença, é expedida a guia para a execução, sem a qual ninguém poderá ser internado ou ser submetido a tratamento ambulatorial (art. 171 e 172, Lei de Execuções Penais – LEP), cujo conteúdo está disciplinado no art. 173 da referida Lei.

Pela leitura do referido dispositivo legal, nota-se que é necessária a ciência do Ministério Público sobre a guia e da sujeição ao tratamento. Importa salientar a necessidade também de ser feito exame de forma periódica no internado com o objetivo de se verificar a real necessidade de sua permanência no tratamento. Dessa forma, caso seja necessária ser prorrogada ou suspensa a medida, essa guia deverá ser retificada.

O ordenamento jurídico brasileiro silencia em relação à progressão em regime de medida de segurança, mas a doutrina entende ser possível. Já houve experiência de progressão no Brasil, ocorrida no Hospital de Franco da Rocha, no final da década de 1980, em que foi experimentada uma progressividade da medida segurança, por meio de novas dependências hospitalares, realização de atividades de trabalho, bem como a possibilidade do regime “hospital-noite. O paciente-delinquente poderia permanecer o dia fora e voltar para a internação no período noturno (FERRARI, 2001).

Assim, segundo a doutrina, o inimputável ou semi-inimputável terá direito à progressão na medida de segurança, pois é um a garantia constitucional subjetiva de qualquer cidadão. Caso essa progressão não seja admitida, seria um contrassenso às finalidades do tratamento (FERRARI, 2001).

Reforça-se que o doente mental não sofre juízo de culpabilidade, e sim de periculosidade, então, enquanto perdurar a situação em que ele represente perigo à convivência social harmoniosa, não cessará a medida de segurança.

Um exame pericial deverá ser feito para que se comprove a cura ou o fim da periculosidade do internado, realizado sempre no fim do prazo mínimo de duração da medida, ou a requerimento do interessado, conforme artigos 175 e 176 da Lei de Execuções Penais, *in verbis*:

*Art. 175. A cessação da periculosidade será averiguada no fim do prazo mínimo de duração da medida de segurança, pelo exame das condições pessoais do agente, observando-se o seguinte:*

*I – a autoridade administrativa, até um mês antes de expirar o prazo de duração mínima da medida, remeterá ao juiz minucioso relatório que o habilite a resolver sobre a revogação ou permanência da medida;*

*II – o relatório será instruído com o laudo psiquiátrico;*

*III – juntado aos autos o relatório ou realizadas as diligências, serão ouvidos, sucessivamente, o Ministério Público e o curador ou defensor, no prazo de três dias para cada um;*

*IV – o juiz nomeará curador ou defensor para o agente que não o tiver;*

*V – o juiz, de ofício ou a requerimento de qualquer das partes, poderá determinar novas diligências, ainda que expirado o prazo de duração mínima da medida de segurança;*

*VI – ouvidas as partes ou realizadas as diligências a que se refere o inciso anterior, o juiz proferirá a sua decisão, no prazo de cinco dias.*

*Art. 176. Em qualquer tempo, ainda no decorrer do prazo mínimo de duração da medida de segurança, poderá o juiz da execução, diante de requerimento fundamentado do Ministério Público ou do interessado, seu procurador ou defensor, ordenar o exame para que se verifique a cessação da periculosidade, procedendo-se nos termos do artigo anterior.*

Apesar de o artigo 176 mencionar a questão de requerimento do Ministério Público ou do interessado, o juiz pode, mesmo sem ele, pedir a antecipação desse exame de ofício se chegar ao seu conhecimento fato relevante que indique a necessidade do exame.

Caso os exames confirmem que a periculosidade do agente cessou, o juiz decreta extinta a medida de segurança e libera o agente. Essa liberação é condicional, ficando o inimputável em observação por um ano, após a desinternação ou liberação do tratamento. Nesse prazo, o agente não poderá praticar ato indicativo de persistência de sua periculosidade, sob pena de regredir à situação anterior (BRITO, 2006).

Esse acompanhamento tem por finalidade constatar, por meio da conduta desse agente, se a periculosidade cessou ou não. Assim, se o internado não praticar nenhum ato que determine que sua periculosidade não cessou, o juiz determinará a extinção da medida de segurança.

Ao contrário, se for constatado por meio dos exames que a periculosidade não cessou, determina-se nova data para que seja realizado outro exame no prazo máximo de um ano.

Dessa forma, diante do exposto neste trabalho, procurou-se demonstrar que a determinação de medida de segurança aos inimputáveis por doença mental visa a não só proteger a sociedade devido à periculosidade do agente infrator, mas, principalmente, ajudá-lo em sua recuperação, quando possível, para que possa conviver em sociedade de forma harmoniosa e com respeito à dignidade da pessoa humana, o que na prática não ocorre, consoante será demonstrado nas partes II e III, a seguir.

Todavia, no mundo sensível, a execução de medida de segurança estacionária se processa de forma diversa. Para ilustrar a forma como se dá a execução de medida de segurança nessa modalidade, trazemos à baila relatos da literatura que dão conta das barbáries e atrocidades cometidas contra os seres humanos outrora trancafiados nos manicômios, dos quais merecem destaque, não por possuir qualquer aspecto positivo, mas pela negatividade que permeava as práticas manicomialis, os relatos de Daniela Arbex, materializados na obra *Holocausto Brasileiro*, e o *Caso Damião Ximenes*, aos quais dedicaremos os dois Capítulos seguintes.

## **7. METODOLOGIA DE ANÁLISE EXPLORATÓRIA E QUANTI-QUALITATIVA**

No escopo de atingir os objetivos deste trabalho, no processo de desenvolvimento, dada a natureza deste, realizamos uma pesquisa exploratória, inicialmente, pelo levantamento da quantidade de inimputáveis que cumprem medida de segurança na modalidade detentiva no Estado do Tocantins-TO., a saber, onze (11) inimputáveis, consoante Of. Nº. 2121/2015, datado de 03/11/2015, da Diretoria da Administração e Infraestrutura Prisional e Penitenciária do Estado (doc anexo).

De posse desse dado quantitativo, utilizamos o critério amostragem, e selecionamos cinco casos importantes como objeto de estudo, que por sua vez, representam 45% da

demanda, o suficiente para representar a situação de degradação em que se encontram os inimputáveis ergatstulados nas unidades prisionais do Estado.

O critério “amostragem” se justifica por ser a seleção dos 05 casos suso referidos suficientes para abarcar, retratar e demonstrar a situação em que se dá a execução de medida de segurança na modalidade detentiva no Tocantins, de modo que os 05 casos remanescentes, apesar das peculiaridades de cada um, não acrescentaria nenhuma informação nova com força de alterar o resultado do estudo, apenas constariam para efeitos quantitativos de análise da demanda na sua totalidade.

Conforme já dito anteriormente, como já havíamos relatado os processos relativos aos casos remanescentes, podemos assegurar que as informações neles contidas não acrescentariam nenhuma informação relevante para o resultado da nossa pesquisa, com vista o nosso objeto de estudo e a proposta deste trabalho.

Selecionados os casos, passou-se a análise de cada um deles, com o fim de se demonstrar a situação de ilegalidade da execução de medida de segurança estacionária daqueles que, em razão da sua potencial periculosidade ou da não localização de familiares para recebê-los e lhes dar suporte em tratamento aberto, ou seja, ambulatorial, e ainda tem aqueles, cujos familiares não querem recebê-los e os abandonam à própria sorte, levando estes a permanecerem trancafiados nos estabelecimentos prisionais destinados a presos comuns que foram organizados em um quadro demonstrativo (ANEXO 1).

Assim, com foco direcionado para os pontos centrais abaixo, a pesquisa se desenvolveu a partir da análise caso a caso de 05 (cinco) processos judiciais envolvendo-os em diversas Comarcas do Tribunal de Justiça do Estado do Tocantins – TJ/TO., e dos quais se conseguiu auferir de forma positiva e/ou negativa as seguintes informações: a) as condições físicas e administrativas existentes no Estado do Tocantins para o cumprimento das medidas de segurança fixadas pelo Poder Judiciários aos inimputáveis por transtornos mentais que cumprem medida de segurança na modalidade internativa; b) o contexto social, filosófico e político da aplicação e do cumprimento das medidas de segurança pelas autoridades tocantinenses; c) a postura dos Juízes, Desembargadores e Autoridades Executivas do Estado do Tocantins no cumprimento das medidas de segurança estacionárias; d) a dinâmica de cumprimento das medidas de segurança no Estado do Tocantins e; e) as ferramentas de transformação da atual situação quanto ao trato dos inimputáveis e ao cumprimento das medidas de segurança que lhe são impostas.

## **8. INTERPRETAÇÃO E ANÁLISE DOS PROCESSOS CRIMINAIS ESTUDADOS:**

Passamos agora a demonstrar e pontuar caso a caso os resultados da pesquisa realizada nos acervos do TJ/TO dentro do diapasão da metodologia supracitada. Cada caso foi analisado, tendo por base informações diversas que foram anotadas e o “caso” teve a renomeação do sentenciado com suas iniciais, pois se pretende destacar o conteúdo extraído e a respectiva análise.

### **8.1. Estudos dos Autos Nº. 001– Paciente: L.F.S.A.:**

Extrai-se dos autos deste CASO de Execução de Medida de Segurança, ocorrido em 2015/Araguaína-TO.: **L.F.S.A.** ‘prevalecendo-se das relações domésticas, mediante agressões físicas, matou a sua genitora, consoante se infere o laudo cadavérico respectivo’. O autor foi preso em flagrante na mesma data pela Polícia Militar após ter empreendido fuga. Seis (6) meses após a recaptura deste, foi submetido a Exame Criminológico cujo termo está anexado aos autos e que apresenta a conclusão a seguir transcrita: “[omissis] Após 03 avaliações do paciente, em diversas situações, inicialmente sem medicação e totalmente alterado, em um segundo momento menos agitado, porém com pensamento totalmente desagregado e com conteúdo delirante, e na terceira entrevista medicado com quetiapina, onde ele apresenta embotamento afetivo, informou sobre o fenômeno de sonorização do pensamento, delírios de referência. Pelo exame e antecedentes do réu, nota-se que ele apresenta doença mental, esquizofrenia (doença que o usuário de maconha tem 40 vezes mais chance de apresentar) e a época do fato não tinha qualquer condição de entender o caráter ilícito do fato. [omissis]”.

Indagado sobre a periculosidade do paciente, o senhor perito respondeu: [omissis] **Sim, ele é perigoso se não receber tratamento psiquiátrico com as medicações adequadas.** [omissis]. (vide Evento nº 26 dos autos eletrônicos). (grifos da pesquisadora). Foi observado que somente após mais cinco (5) meses é que foi prolatada sentença pelo M.M Juiz responsável, na qual foi determinada a medida de segurança de “*internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou em outro estabelecimento adequado, pelo prazo mínimo de um ano, observando o disposto no artigo 97, § 2º, do Código Penal.*” Passados, portanto, mais cinco (5) meses, o autor foi submetido a novo exame pericial para aferição da cessação de sua periculosidade, tendo a perícia chegado à seguinte conclusão: “[omissis] o Paciente é esquizofrênico crônico, estava sem o tratamento adequado, ele pretende não usar as medicações, não recebe visitas de familiares, é um paciente que se colocado em liberdade ele terá um alto risco de praticar atos violentos contra a pessoa. E, nada mais havendo a

*constar, lavrou-se esse laudo, que segue devidamente assinado no dia 07\09\2016. (as) Marcos Vinicius Alves de Oliveira – Médico Psiquiatra legista lotado no IML de Araguaína – TO.” (vide Evento nº 26 dos autos eletrônicos). [...]Explicamos a Vossa Excelência que este Hospital, em razão de sua natureza assistencial, bem como pela capacidade instalada para execução de suas atividades não tem condições de atuar como clínica de recuperação de transtornos psíquico/mentais, tal procedência desencadearia desconfortes, riscos e inviabilizaria os demais atendimentos ora ofertados. Ademais, é notório que o HRA, por atender a Macro-Região de Araguaína, bem como o sul do Pará e Maranhão está sobrecarregado, inexistindo, sem comprometimento da sua rotina, qualquer possibilidade de atendimento à pacientes em caráter ambulatorial. [omissis]”. A permanência de qualquer paciente de alta médica ou que não tenha tratamento nesta unidade de saúde interfere na qualidade dos serviços prestados pela instituição, sendo que hoje bloqueiam mais de 70% (setenta por cento) das vagas da psiquiatria. Ressaltamos, por oportuno, que esta unidade de Pronto Socorro tem como objetivo apenas tirar o paciente do surto e não realizar tratamento terapêutico prolongado. Diante do exposto, no momento não temos leito disponíveis na ala psiquiátrica do HRA para ser ocupado. Passados mais 45 dias, por via de ofício destinado ao Juízo da Execução, emitido pelo diretor da Unidade prisional de Araguaína, informando a Ocorrência interna lavrada pelo Gerente Operacional da Unidade, relatando acerca da desobediência, injúrias e desordem na sala da enfermaria da referida Unidade pelo sentenciado L.F.S.A. e a ficha de atendimento do paciente na Unidade de Pronto atendimento – UPA daquela urbe. Considerando as razões supra, um mês e 5 dias após a comunicação da ocorrência, o Juízo da Execução, determinou que fosse oficiada à residência Terapêutica de Araguatins, para que informe sobre a existência de vaga para o paciente suso referido para o recebimento deste, no prazo de 48 (quarenta e oito) horas e em cuja determinação ainda pende de cumprimento pela Serventia respectiva desde 16\12\2016, data do proferimento do r. Despacho.*

## **8.2. Estudo dos Autos Nº. 002 – Paciente: J.B.S.**

Em agosto de 2016 o Juiz Presidente procedeu à reunião dos autos de três processos das Ações Penais movidas em desfavor do paciente J.B.S., todas instauradas para apuração de crime de furto e, por ocasião da realização da audiência de instrução e julgamento, após ouvir as vítimas, testemunhas e interrogar o paciente e, acatando o requerimento das partes formulado em suas alegações finais, prolatou a r. Sentença de Absolvição imprópria do paciente supramencionado e aplicou-lhe Medida de Segurança consistente em tratamento

ambulatorial. O paciente cometeu, em tese, outro crime mas foi absolvido acobertado pela excludente da ilicitude - furto famélico. O paciente estava cumprindo a pena de dois anos de reclusão e 10 dias multa, consoante r. Sentença condenatória pelo crime de furto (Evento 01 – documento 04), cuja execução penal foi convertida em medida de segurança, a pedido da Defesa, que alegou ser o paciente portador de esquizofrenia simples e patologia não especificada, consoante Declaração Médica Psiquiátrica, e laudo pericial. Quatro meses depois, em 09\12\2016, o Juízo da Execução decidiu manter J.B.S. em tratamento Ambulatorial, *“O mesmo deverá ser submetido a uma perícia médica de ano em ano, conforme previsto no artigo 97, §2 do CP a fim de analisar eventual cessação de Periculosidade. Aguarde-se fato novo.* Já em março de 2017, por ocasião da audiência de instrução e julgamento, sob um novo processo, em 19\12\2016 o paciente foi posto em liberdade. O paciente é pessoa calma, pacífica, inexistindo nos autos qualquer informação sobre ato de violência ou ameaça à pessoa. Tanto é que os crimes atribuídos ao paciente são todos contra o patrimônio. Não há informação sobre a prática de crime contra a vida, nem contra a integridade ou incolumidade física, consoante se infere da Certidão de Antecedentes Criminais acostada aos autos (Ev. 2 – doc. 05). Inexiste nos autos prova de mau comportamento carcerário. (Relatório completo no Apêndice 1).

### **8.3. Estudo dos Autos Nº. 003 – Paciente MBC:**

Em julho de 2011, pela Defensoria pública local foi pedida a conversão da Medida de Segurança detentiva em tratamento ambulatorial, sob alegação de o ergastulamento do paciente na cela da cadeia pública de Porto Nacional – TO constituía violação de normas legais e constitucionais. Em 19\06\2011 o Ministério Público Estadual havia se manifestado desfavorável ao referido pedido da defesa, sob a alegação de que o paciente é detentor de periculosidade e, cuja liberdade colocaria em risco todas as crianças de Porto Nacional – TO, pugnando, naquela oportunidade, pela realização de exame pericial para aferição de cessação de periculosidade. Em 12\08\2011, o pedido da defesa suso referido foi indeferido pelo MM. Juiz, que, acatando o parecer ministerial, manteve a medida de segurança na modalidade internação, determinou a submissão do paciente a exame pericial para fins de aferição da cessação da periculosidade deste, o qual foi levado a efeito em 14\10\2011, cujo laudo teve a seguinte conclusão: *“O exame psíquico atual revela que o periciando encontra-se estabilizado e pode retornar ao convívio sócio-familiar desde que permaneça em acompanhamento psiquiátrico ambulatorial, constante e regular (CAPS), além de receber a devida Assistência social. O risco é algo inerente à sociedade [omissis].*



Em 24\11\2011 a pedido da Defesa foi convertida a medida de segurança estacionária em ambulatorial ao paciente MBC, o qual foi posto em liberdade e entregue ao seu genitor e responsável legal, mediante o compromisso de acompanhá-lo no tratamento ambulatorial a ser realizado via CAPS da cidade e Porto Nacional – TO.

Paciente teve acompanhamento da equipe multiprofissional do CAPS de Porto Nacional – TO. Entretanto, em 22\05\2012, o paciente foi preso em flagrante pela suposta prática do crime previsto no art. 157 do Código Penal Brasileiro – CPB, sendo preso novamente, em flagrante em 10\06\2012, pela prática dos crimes capitulados nos artigos 157, § 2º, I, e art. 213, do CPB. Em 24\02\2016, o paciente foi submetido, novamente, a exame para aferição da cessação de periculosidade, cuja conclusão foi a seguinte: *[omissis] Descarta-se a psicopatia, porém, aponta-se a presença de transtorno esquizofrênico. Observa-se um indivíduo com muita dificuldade de se adaptar a novas situações e com grande dificuldade de estabelecer relações interpessoais. Considera-se de extrema importância propor tratamento adequado ao reeducando, com acompanhamento psicológico e psiquiátrico, utilizando-se os serviços da rede de saúde pública de saúde, principalmente o Centro de Atenção Psicossocial – CAPS. O uso contínuo da medicação faz-se necessário, sendo uma maneira de evitar novas crises\surtos. O acompanhamento da família desse reeducando é algo imprescindível.*

Em 17\10\2016, o paciente foi submetido ao exame pericial para verificação da cessação de periculosidade, consoante laudo respectivo, o qual concluiu pela cessação da periculosidade deste, afirmando, inclusive a que a liberdade do paciente não representa risco de reiteração criminosa e que este tem condições de se submeter a tratamento ambulatorial.

Em 14\12\2016, invocando o art. 182 do Código de Processo Penal, o Juiz da Execução afasta a conclusão dos peritos lançada no evento 206 e, acolhendo parecer do Ministério Público, manteve o ergastulamento do paciente MBLC, bem como determinou a submissão deste a nova perícia, sob o fundamento da reiteração do crime de estupro e roubo, nas duas vezes em que foi posto em liberdade. Em 16\01\2017, segundo informação da Casa de Prisão Provisória de Porto Nacional – TO, o paciente MBC tentou perfurar seu colega de cela Willian Nogueira com um “chunço” (chucho) de 42 cm, só não conseguindo êxito por interferência dos plantonistas, informando também que o referido paciente já foi realocado na cela 02 (seguro) por atentar contra a vida de outro reeducando. Naquela oportunidade, devido à superlotação da referida unidade prisional e ao fato de não haver mais nenhum local adequado para recolhimento do mencionado paciente, solicitou a remoção deste para outra unidade prisional ou mesmo uma instituição psiquiátrica adequada para o devido

acompanhamento do supramencionado. Em 25/01/2017, o Ministério Público, se manifestando sobre os fatos supra, requereu que fosse providenciado, em caráter de URGÊNCIA, a transferência do internado MBC para um estabelecimento adequado, requerendo, ainda, fosse solicitada uma vaga na comarca de Palmas, Gurupi e Araguaína, bem como o encaminhamento de cópia do expediente do diretor da unidade prisional para a Delegacia de Polícia de Porto Nacional, a fim de que se proceda a apuração dos fatos definidos como crime. Em 27/01/2017, portanto, após os fatos supra-reverenciados, a Defensoria Pública, ao tomar conhecimento de que o interno MBC. Vítima de violência física durante a revista realizada na Casa de Prisão Provisória de Porto Nacional – TO, no dia 25/01/2017, oportunidade em que foi agredido na região da orelha, salientou que MBC é inimputável e encontra-se recolhido em local inadequado e sem qualquer acompanhamento médico, em franca violação a seus direitos fundamentais e, invocando o artigo 5º, inciso XLIX da Constituição Federal requereu imediato encaminhamento do interno ao Instituto Médico Legal e em seguida a atendimento médico/hospitalar. Naquela oportunidade, pediu, ainda, vista dos autos para manifestação sobre o pleito ministerial constante do evento 247. Em 27/01/2017, o Juízo da execução proferiu a seguinte decisão: “[...]o interno MBC tem sido motivo de constante preocupação deste juízo, do Ministério Público e Defensoria Pública, haja vista que insiste em adotar conduta inadequada, ora facilitando a entrada de drogas no estabelecimento prisional, ora entrando em conflito com os demais detentos, revelando que não está apto a ser reinserido na sociedade e que necessita com urgência da atenção do Estado. É sabido que o inimputável não deve ser responsabilizado pela falta de manutenção de estabelecimentos adequados ao cumprimento da medida de segurança, por ser essa responsabilidade do Estado. Por outro lado, por repetidas vezes, quando posto em liberdade, o internado voltou a delinquir praticando roubos e estupros. Logo, é imperiosa a necessidade de mantê-lo recolhido. Em outras oportunidades este juízo informou às autoridades competentes sobre a gravidade do problema, contudo, nada ainda foi feito. Pelo exposto, determino ao cartório as seguintes providências: a) oficie-se à Secretaria de Estado da Defesa Social informando sobre o caso e solicitando com a maior urgência possível que seja providenciada a internação do sentenciado em estabelecimento adequado, nos termos do parecer do MP; b) Intime-se o diretor da CPP desta cidade para que conduza os detentos envolvidos no fato até a delegacia de polícia civil para que seja lavrado o devido boletim de ocorrência, bem como conduza o internado Maurício Bonfim ao IML, como requer a Defesa. Porto Nacional - TO, 27/01/2017.

Consoante se infere dos autos, o paciente MBC que se encontra recolhido no estabelecimento prisional local, sofreu parcial perda auditiva, atribuída, em tese, a agressões sofridas no interior da referida unidade prisional, razão porque o Juízo da Execução requisitou ao Ministério Público providencias pertinentes em relação às agressões à pessoa do referido paciente no interior da Casa de Prisão Provisória suso referida.

Em 10\12\2016 a Defensoria Pública local impetrou Habeas Corpus em favor do paciente MBC, no qual em 23\03\2017 foi proferido o Acórdão a seguir transcrito: “[...] *ACÓRDÃO: Sob a Presidência do Excelentíssimo Senhor Desembargador RONALDO EURÍPEDES, a 1ª CÂMARA CRIMINAL do Egrégio Tribunal de Justiça do Estado do Tocantins, por unanimidade de votos, com fulcro nos artigo 96, inciso I, do Código Penal, artigo 319, inciso VII, do Código e Processo Penal e art. 196, da Constituição Federal, CONCEDEU PARCIALMENTE A ORDEM REQUESTADA, acolhendo o parecer da Cúpula o Ministério Público, para que o Paciente seja internado em Hospital Psiquiátrico apropriado, ou, na impossibilidade deste, para um estabelecimento adequado para seu tratamento na condição de interno, seja em unidade pública u particular, dentro ou fora desta Unidade Federativa, compelindo o Estado do Tocantins, através das Secretarias da Justiça e dos Direitos Humanos e da saúde, para que promovam no prazo de 30 dias, referida internação. Determinou a Notificação das Secretarias de Justiça e dos Direitos Humanos e da Saúde o Estado do Tocantins, para que, após a ciência desta decisão, adotem as medidas necessárias para o cumprimento no prazo estabelecido autoridade impetrada para que preste as informações sobre o caso, nos termos do voto do Relator. [...]* (Ev. 32 dos autos de HC) Voto do Relator anexo (Ev. 27). Relatório constante do Apêndice 3).

#### **8.4. AUTOS Nº. 004 – Paciente: M.R.N.R.:**

Emerge dos autos que no dia 08/10/2008, por volta das 09h para 10h, na Fazenda Cantagalo, zona rural de Dianópolis – TO, o paciente **M.R.N.R.** e vítima estavam ingerindo bebida alcoólica e tiveram um e enfrentamento recíproco, algumas horas depois, o referido paciente desferiu vários golpes de machado na vítima Valdivino Pereira de Oliveira, enquanto esta dormia, causando-lhe a morte. Consoante se infere dos autos, após os fatos o aludido paciente permaneceu bastante calmo, se evadiu do local e foi preso, posteriormente, na casa da avó dele.

Em 26\02\2009, às 15h50min foi realizado Exame de Insanidade mental na pessoa do paciente **M.R.N.R.**, cuja conclusão foi que o paciente está acometido de esquizofrenia não especificada associada a transtorno psicótico em razão do uso de álcool (CID X F20.9; F10.5).

Ao quesito que trata sobre a possibilidade de reinserção social do paciente, respondeu: “[...]É improvável que isso possa ocorrer, pois além da cronicidade, pois além da cronicidade da própria Esquizofrenia, o periciando não tem rede social de apoio para manter tratamento (família) e sempre que fizer uso de etílico haverá possibilidade de recrudescimento de todos os sintomas, inclusive, com alta probabilidade de reincidência no mesmo tipo de infração.[...]” (Ev. 01 – doc. 4).

Em 26\02\2009, o paciente foi submetido a exame de insanidade mental para aferição da higidez mental deste. O Laudo de Exame de Incidente de Insanidade Mental diagnosticou que o periciando é portador de: F20.9 Esquizofrenia não especificada com comordidade com F10.5 transtorno psicótico devido ao uso de álcool e responderam que por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado era o réu, aos tempo da ação, inteiramente incapaz de entender o caráter criminoso do fato ou de se determinar de acordo com esse entendimento. (Evento 01 – doc. 4).

Em 26\04\2009, o paciente foi absolvido sumariamente da imputação a ele atribuída, em razão da sua inimputabilidade, com fulcro no artigo 415, IV, parágrafo único do Código de Processo Penal, c/c. o artigo 26, caput, do Código Penal, sendo-lhe aplicada medida de segurança consistente na internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico por tempo indeterminado, mantendo-se, temporariamente, o paciente na Casa de Prisão Provisória de Dianópolis – TO – CPPD. Por ocasião da prolação da sentença foi determinada a expedição de ofício ao Secretário de Segurança Pública do Tocantins e Secretário Estadual de Saúde para informarem ao Juízo no prazo de (10) dez dias sobre a existência, neste Estado, de hospital de custódia e tratamento psiquiátrico para cumprimento da medida de segurança imposta ao paciente suso referido, asseverando que, em caso positivo, fosse providenciado o encaminhamento do paciente à unidade de tratamento respectiva. (Evento 01 – doc.05).

Em 22\05\2009, via Of. 3582\2009 (fls. 32 e 37) o Senhor Secretário de Saúde informou ao Juízo do processo da inexistência no Estado do Tocantins de serviço psiquiátrico do tipo *Manicômio Judiciário*. No entanto, informou que em setembro de 2008 foi assinado um TAC junto ao Ministério Público Estadual no qual a Secretaria de Saúde, Cidadania e Justiça e Segurança Pública comprometeram-se a produzir assistência em saúde mental aos reeducando inimputáveis na CPP de Palmas, onde mantinha uma equipe especializada no atendimento a esses reeducandos composta de: médico psiquiatra, médico clínico, psicólogo, assistente social, enfermeira, odontólogo, auxiliares técnico de enfermagem e reeducandos que trabalham como agentes de saúde no interior do presídio e finalizou sugerindo que fosse contactada a Superintendência de Administração Penitenciária e Prisional da Secretaria da

Cidadania e Justiça para remoção do réu a CPP de Palmas, onde receberia tratamento médico e acompanhamento de equipe multiprofissional.

Os integrantes do mutirão carcerário do Conselho Nacional de Justiça passaram pela Comarca de Dianópolis – TO., e tomaram conhecimento de que o paciente estava cumprindo a medida de segurança na Casa de Prisão Provisória daquela urbe (fl.35 v").

Em 01\06\2009, via Of. 1422009, o Superintendente da Polícia Civil informou que não há hospital psiquiátrico no Estado do Tocantins (fl. 38).

Em 03\06\2009, via Of. 373\09 (à fl. 40) o Secretário da Cidadania e Justiça informou que o Estado do Tocantins não dispõe de hospital de custódia e tratamento psiquiátrico e acrescentou que os atendimentos aos inimputáveis estão sendo realizados em unidades do CAPS, ambulatórios e rede de pronto socorro.

Em 09\06\2009, via Of. Nº. 57309 (fl. 41) o douto Juiz da 4 a Vara Criminal oficiou que na CPP de Palmas não havia vaga para o reeducando por não ser lugar de loucos e a estes só hospital serve.

Em 03\06\2009, via Of. 737\09, (fl. 55) a Defensoria Pública requereu autorização para o reeducando ser submetido à avaliação médica, o pedido foi deferido (fl.56). O coordenador do CAPS informou a avaliação e o acompanhamento do reeducando pela equipe que trabalha nesta unidade de saúde (fl.59), além dos dias em que o mesmo seria atendido para os acompanhamentos psicológicos (fl. 62). Evento 01- doc. 09).

Em 20\08\2010, via Of. 260\210 (fl. 70) a Escrivã da Vara da Família e Cível informa o Juízo da Execução sobre o despacho do Juiz respectivo nos autos nº 2009.12.9323-5 de Ação Civil Pública e cópia da inicial. Na parte inferior do referido ofício foi exarado despacho do Juízo do processo determinando a solicitação de vaga para o reeducando na Clínica São Francisco da Cidade de Araguaína – TO. (Evento 01- doc. 09).

Em 28\07\2010 (fl. 71) consta despacho solicitando ao Excelentíssimo Senhor Secretário de Segurança Pública do Tocantins informação sobre a existência, neste Estado, de hospital de custódia para tratamento psiquiátrico de medida de segurança. Evento 01- doc. 09).

Em 06\08\2010, via Of. 36910, (fl. 72) o Senhor Secretário de Segurança Pública informa da inexistência de hospital de custódia do Estado, mas que a Clínica de Repouso São Francisco situada na cidade de Araguaína – TO procede ao tratamento psiquiátrico de medida de segurança, a qual atende pelo SUS. (Evento 01- doc. 09).

À fl. 73 o douto juiz da Vara Cível e Família postergou a apreciação da liminar na Ação Civil Pública após resposta do Estado, cuja cópia da inicial da Ação Civil Pública,

protocolizada em 14/12/2009, nos anais da esfera cível da Comarca de Dianópolis – TO, foi carreada para os autos (fls.74-89). (Evento 01- doc. 09).

Em 20/09/2010, via Of. 238/10, fls. 95, o Chefe da Casa de Prisão Provisória informa ao Juízo da Execução o seguinte; “[omissis] Considerando que o reeducando MANOEL DO ROSÁRIO NUNES RIBEIRO é preso por medida de segurança; Considerando que o referido preso/ mesmo sendo acompanhado pela equipe do CAPS desta cidade, continua apresentando alterações psíquicas; Considerando que o mesmo já se encontra preso nesta CPPD desde 18/10/2010; Considerando outras ocorrências já encaminhadas, onde o reeducando tentou suicídio (enforcamento, cortes peio corpo), bem como quando empreendeu fuga juntamente com outros reeducando. Considerando que esta Unidade Prisional não possui condições para ergastular o preso com possíveis distúrbios mentais. Informamos que na atual situação, o reeducando aparenta perturbado mentalmente, se recusando a tomar a medicação, estando com mania de perseguição pelos outros reeducandos e tentando se tatuar, escrevendo em seu braço, causando ferimentos leves, trazendo assim transtornos para esta Unidade Prisional, a qual já se encontra com número reduzido de agentes e com super lotação. Encaminhamos ocorrência interna nº 22/2010 para conhecimento e providências que julgar necessária.[omissis]”. (Evento 01 – doc. 10).

Relatório da Autoridade Prisional de Dianópolis, em atendimento a determinação judicial, sobre o estado do paciente Manoel do Rosário, a seguir transcrito:” Aos vinte e nove dias do mês de setembro do ano de dois mil e dez (29/09/2.010), a pedido do MM Juiz de Direito da Vara Criminal desta Comarca, relato que: O reeducando MANOEL DO ROSÁRIO NUNES RIBEIRO 7 preso por medida de segurança, é um ergastulado que vem causando problemas esta Unidade Prisional, pois o mesmo aparentemente possui distúrbios mentais, como podemos verificar pelas ocorrências internas anexas e depoimentos anexas de alguns colegas de cela, a seguir: O reeducando, onforme consta em nosso cadastro (cópia anexo), foi preso em 23/12/2006 e m 22/02/2007 recebeu alvará de soltura. Em 08/10/2008 fora recolhido novamente e em 16/10/2008 recebeu alvará de soltura. Em 18/10/2010 fora recolhido novamente. Em 17/03/2010 empreendeu fuga sendo recapturado e recolhido em 19/03/2010 onde se encontra até a data de hoje. Em sua história clínica, o que podemos e temos documentalmente é que em 26/02/2009 foi submetido a Exame de Insanidade Mental, É acompanhado pelo Caps desta cidade desde 12/05/2009 e medicado constantemente, conforme orientação aquele órgão. Em 16/05/2009 o mesmo tentou suicídio, conforme relatado em ocorrência interna nº 011/09 anexo passando em 18/05/2009 por exame de corpo de delito no IML de Natividade-TO. Em 23/09/2009 o mesmo passou por exame de

*incidente de insanidade mental no IML de Palmas. A partir de 14/12/2009 passou a ser acompanhado semanalmente por profissionais do Caps, conforme ordem judicial e que continua sendo assistido e medicado até os dias de hoje. Em 17/03/2010 empreendeu fuga juntamente com outros reeducando. Ultimamente, com alterações visivelmente psíquicas alteradas, se comportando conforme relatado em ocorrências internas nº 22 e 23/2010 anexas. Caso é que este reeducando tem causado transtornos nesta Unidade Prisional, sendo que constantemente vem sendo narrados fatos de perturbação do referido reeducando aos outros que dividem ou já dividiram a cela com o mesmo, como consta em depoimentos anexos dos reeducandos Erivaldo dos Santos, Genilson Ribeiro Costa e Pedro Aurélio Márquez, bem como tem manifestado interesse pessoal pelos profissionais que o assistem, defensora pública, terapeuta e psicóloga. É o Relatório. Dianópolis, 29 de setembro de 2010. (as.) Luciana Aparecida Bonifácio Chefe da Casa de Prisão Provisória.” (Evento 01 – doc. 10).*

Em 31\10\2010, via Of. 03710 (fl. 113) consta relatório do Médico do CAPS informando o acompanhamento médico do reeducando. (Evento 01 – doc. 10).

Em 12\10\2010, à fl. 129, expediente s/n, o Diretor Técnico da Clínica de Repouso São Francisco informa que não possui condições físicas e técnicas para atender réus presos com histórico criminal de alta periculosidade que necessitam, além do tratamento adequado, de vigilância policial.

Em 03\11\2010, às fls. 130-132 constam informações complementares referente ao exame de incidente de insanidade mental nº. 11.0005.02.09 no seguinte teor: "Embasado no exame psiquiátrico anterior, no atual e na sua curva vital, bem como nas características do delito que lhe é imputado, concluiu-se que o Sr. M.R.N.R. é portador de doença mental grave (esquizofrenia paranóide - CID10 F 20.0) de cura improvável e que no momento, não está adequadamente controlada. Nesse contexto não se pode admitir a cessação da periculosidade".

Em 16\11\2010, às fls. 134\136, a pedido da Defensoria Pública e do parecer do Representante do Ministério Público despachou-se solicitando vaga para o paciente no hospital de custódia e tratamento no município de Salvador-BA, o diretor, desta unidade de saúde informa que não há vaga para o internamento do paciente (fl. 141).

A Defensoria Pública afora pedido de liberdade provisória do réu (fls. 145-17), sendo o parecer do Representante do Ministério Público desfavorável (fls. 148-150) e o pleito indeferido, oportunidade em que pelo Juízo da Execução foi determinado que fossem enviadas cópias da decisão à Excelentíssima Senhora Presidente do Egrégio Tribunal de Justiça deste Estado, à Excelentíssima Senhora Corregedora Geral de Justiça deste Estado, ao

Excelentíssimo Senhor Secretário de Segurança Pública deste Estado, ao Excelentíssimo Senhor Secretário de Saúde deste Estado, ao Excelentíssimo Senhor Juiz da Vara Cível, desta Comarca a fim de informar a este Juízo o resultado da Ação Civil Pública aforada pela Defensoria Pública.

Consta ofício informando a existência de vaga na Clínica de Repouso São Francisco situada em Araguaína – TO, assinado pelos responsáveis da Subsecretaria da Justiça e cidadania (fl. 160).

Em 20\07\2011, à fls. 164 o Diretor Técnico informa que na Clínica de Saúde São Francisco não possui condições físicas e técnicas para atender aos pacientes presos com histórico criminal de alta periculosidade que necessitam, além do tratamento psiquiátrico, da vigilância policial. (Evento 01 – doc. 13).

Em 03\08\2011, a pedido do Ministério Público fora determinada a expedição de ofício a Secretaria de Segurança Pública dos Estados de Goiás, Minas Gerais e São Paulo, solicitando informação sobre a existência de vaga, nestes Estados, para receber o reeducando que está cumprindo medida de segurança (Evento 01 – doc. 13 - fls. 165-166).

Em 04\07\2011, via Of. 5210\11, a fl. 167, o Secretário Interino da Saúde oficiou noticiando que o reeducando não tem condições de estar numa clínica psiquiátrica considerado de alta periculosidade, com revisão da cessação da periculosidade negada. Ponderou que segundo informações do Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Justiça está realizando um mutirão para rever as medidas de segurança, refazendo os exames de cessação de periculosidade e que Tocantins está incluso. Acrescentou que a Casa de Prisão Provisória de Palmas possui um programa de saúde prisional com acompanhamento psicológico e psiquiátrico. (Evento 01)

Em 10\11\2011, via Of. 1999\2011, à fl. 174 a Agência de Goiânia do Sistema de Execução Penal, através do seu presidente e por determinação do Secretário de Segurança Pública e Justiça informou que o Estado de Goiás não dispõe de hospital de custódia para tratamento psiquiátrico para cumprimento de Medida de segurança. (Evento 01 – doc. 13)

A Superintendência de articulação Institucional e Gestão de Vagas de Belo Horizonte – MG informou que não existe vaga para o reeducando.

Em 03\01\2012, consta a Ocorrência Interna nº 002\2012, consignando os seguintes fatos: paciente ateou fogo em um colchão; paciente desferiu uma mordida no colega de cela, a vítima da mordida desferiu um soco no olho direito e uma pesada nas costas do paciente. Este diz está com taquicardia e é levado para o hospital, ao retornar, o paciente teve que ficar no



corredor, porque os demais detentos não queriam que ele ficasse na sua cela. (Evento 01 – doc. 14).

Em 05\10\2011, às fls. 170\178 de acordo com o provimento nº 03/2008, da Corregedoria Geral deste Estado e consoantes as diretrizes fixadas pelo Conselho Nacional de Justiça no provimento nº 47/2007, de 18 de dezembro de 2007 foi realizada a inspeção carcerária mensal Pelo Dr. Ciro Rosa de Oliveira e o Dr. Luiz Francisco de Oliveira, então Juiz da Execução e Promotor de Justiça com atuação na referida Vara e elaborado o respectivo Relatório no qual ficou consignado o seguinte: “[...] o reeducando MR.N.R. vem causando, diuturnamente, transtornos na cela em que se encontra com outros nove detentos. O referido reeducando se recusa a ingerir a medicação prescrita pelo médico psiquiatra, ameaça de morte os presos com os quais convive na cela. Já foi feito o remanejamento do referido condenado em todas as celas desta CPPD, no entanto os detentos se recusam a ficar com o mesmo; pois teme por sua vida, uma vez que o M.N.R.N. os ameaça de morte. No dia 03 do corrente mês e ano ateou fogo em um colchão em frente a cela 05 onde ele se encontrava ergastulado. Nesse momento ele foi contido pelos agentes os quais retiraram o colchão que estava pegando fogo em frente a cela 05, a fim de evitar maiores danos e colocado no pátio do banho de sol, nessa oportunidade o detento M.R.N.R. entrou em luta corporal com o detento Rafael Aires, sendo que os próprios presos que se encontrava na cela separaram a briga. Logo em seguida o citado detento, por se encontrar bastante agressivo foi levado ao Hospital Regional de Dianópolis-TO., por volta das 02h40min da madrugada, onde foi medicado, no entanto ao retornar a Casa de Prisão Provisória foi posto no corredor da carceragem, uma vez que se encontrava sob o efeito de medicamentos. Posteriormente, ou seja, às 14 horas foi encaminhado, novamente, ao Hospital Regional de Dianópolis - TO, onde a Dra. Simone Pereira Keller, que atende no CAPS desta Cidade, e também, foi medicado por essa profissional. Depois de medicado, novamente, retomou com esse reeducando a Casa de Prisão Provisória e colocou na cela 02. Face a esses fatos, fica patente que a CPPD não tem estrutura nem servidores aptos a trabalhar com detentos que cumprem medida de segurança, dessa forma solicitamos a essa Douta Corregedoria e Douta Presidente do Egrégio Tribunal de Justiça deste Estado, no sentido e envidar esforço para transferir o reeducando M.N.R.N., que se encontra cumprindo medida de segurança nesta unidade prisional para um manicômio judicial, a fim de preservar a integridade física dele e dos demais detentos que e encontram cumprindo pena na Casa de Prisão Provisória de Dianópolis - TO. Durante a inspeção o preso E.R.C. disse que o coração estava doendo e batendo forte (taquicardia), que imediatamente o preso foi retirado na cela e levado para o

*Hospital Regional de Dianópolis - TO para atendimento médico. Que o reeducando M.N.R.N. foi retirado da cela e posto na sala da Chefe da CPPD, onde na presença do Juiz Ciro Rosa de Oliveira, do Promotor de Justiça Luiz Francisco de Oliveira, da Chefe Substituta da Casa de Prisão Provisória Rozineire Silva de Oliveira, conhecida como ROSE e o do Agente Penitenciário José Joaquim Carlos Carvalho ameaçou de morte o juiz Dr Ciro Rosa de Oliveira e afirmou: "QUE AMA: ROZINEIRE SILVA DE OLIVEIRA, CONHECIDA COMO ROSE; 2- ELISA MARIA PINTO – DEFENSORA PÚBLICA QUE TRABALHOU NA VARA CRIMINAL DESTA COMARCA; - NAPOCIANE PEREIRA PÓVOA – DEFENSORA PÚBLICA QUE TRABALHOU NA VARA CRIMINAL EM SUBSTITUIÇÃO AUTOMÁTICA; 4- SÁABAH MELO RINCO EX-CONVIVENTE DE MANOEL DO ROSÁRIO; 5- LUCILENE AMARO DOS SANTOS CONHECIDA COMO LUCIELENE. Afirmou, ainda, que assim que sair da Casa de Prisão Provisória irá matar todas essas pessoas que ele ama E QUER COMER OS OLHOS, O CORAÇÃO, ORELHA DE QUAISQUER PESSOAS. Observação: ROZINEIRE SILVA OLIVEIRA conhecida como ROSE autorizou a levar ao conhecimento da Presidência e da Corregedora um papel escrito pelo reeducando MANOEL DO ROSÁRIO onde consta os seguintes dizeres: "MANOEL AMA ROSE E LUCILENE PARA SEMPRE - JESUS". Esclarece que ROSE é casada, tem dois filhos e, atualmente, está gestante de seis meses. Foi juntado, também, outros escritos da lavra do Manoel do Rosário e entregue ao Promotor de Justiça onde ele diz QUE AMA ELISA MARIA PINTO DE SOUSA – NEGO DE ELÍZA GOIÁS – DESENHO DE UM DRAGÃO COM VÁRIOS ESCRITOS E MANOEL DE SABA. Dianópolis, 05 de janeiro de 2012. (As.)Rozineire Silva de Oliveira - Chefe Substituta da CPPD; (as.)Ciro Rosa de Oliveira - Juiz de Direito; (as.) Luiz Francisco de Oliveira – Promotor de Justiça; (as.) Fábio Gomes Bonfim – Escrivão Criminal; (as.) José Joaquim Carlos Ramalho – Agente Penitenciário.” Anexo cópias dos manuscritos do paciente (fls. 183\187).*

Em 05\01\2012 o paciente imprimiu fuga, mas foi recapturado na mesma data. (Evento 01 – doc. 14 – fls. 180\181)

Nesse contexto, em 26\04\2012, o Juiz da Execução em estudo, a fim de cumprir determinações do Conselho Nacional de Justiça- CNJ que não admite o cumprimento de medida de segurança em local inapropriado, determinou a expedição de ofício com cópia de todo o processo de Execução Penal e encaminhamento à Douta Presidente do Egrégio Tribunal de Justiça deste Estado para conhecimento e providências cabíveis; expedição de ofício com cópia de todo processo de Execução Penal e encaminhado à Douta Corregedora Geral de Justiça do Egrégio Tribunal de Justiça deste Estado para conhecimento e

providências cabíveis; expedição de ofício à Coordenadoria de Saúde da Secretaria de Administração Penitenciária/SAP em São Paulo solicitando vaga para o reeducando cumprir a medida de segurança que lhe fora imposta. (Evento 01 – doc. 16 – fls. 213\216).

Em 29\10\2010, o inimputável Manoel do Rosário foi submetido a exame para aferição de cessação de periculosidade, cuja conclusão foi a seguinte: *“Embasado no exame psiquiátrico anterior, no atual e na sua curva vital, bem como nas características do delito que lhe é imputado, concluiu-se que o Sr. Manoel do Rosário Nunes Ribeiro é portador de doença mental grave (Esquizofrenia Paranoide –CID 10 F20.0), de cura improvável e que no momento, não está adequadamente controlada. Nesse contexto não se pode admitir a cessação de periculosidade.”* (evento 1 – doc. 14)

Em 15/04/2012, via Of. nº. 010/Dape/2012, datado de 15/04/2012, a Dra. Adenilda de Sousa Borges – Psicóloga integrante da Equipe Psicossocial, solicitou ao Diretor do CEPSE – Saúde Mental do Estado de Minas Gerais a viabilização de recebimento do inimputável Manoel do Rosário Nunes Ribeiro para tratamento pelo tempo necessário (Evento 01 – doc. 18 – fl. 247)

Em 29/05/2012, a Clínica Jardim América Ltda., através do então Diretor Dr. Miguel Augusto Rios, em resposta à solicitação de vaga para internação do paciente Manoel do Rosário Nunes Ribeiro, feita pela Sra. Adenilda de Sousa Borges – Psicóloga integrante da Equipe Psicossocial, informou da inexistência de suporte para receber o referido paciente em razão da tendência para o suicídio demonstrada por este, ante as várias tentativas relatadas, além da detenção de libido exacerbada, constantes do seu histórico, e que a supramencionada clínica não possui segurança prisional. (Evento 01 – doc. 18: fl. 246).

Em 15/04/2012, via Of. nº. 010/Dape/2012, datado de 15/04/2012, a Dra. Adenilda de Sousa Borges – Psicóloga integrante da Equipe Psicossocial solicitou ao Diretor do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico PROF. ANDRÉ, de Franco da Rocha - SP a viabilização de recebimento do inimputável Manoel do Rosário Nunes Ribeiro para tratamento pelo tempo necessário (Evento 01 – doc. 18 – fl.248).

Em 15/04/2012, via Of. nº. 010/Dape/2012, datado de 15/04/2012, a Dra. Adenilda de Sousa Borges – Psicóloga integrante da Equipe Psicossocial, solicitou ao Diretor do Instituto de Psiquiatria de São Paulo -SP a viabilização de recebimento do inimputável Manoel do Rosário Nunes Ribeiro para tratamento pelo tempo necessário (Evento 01 – doc. 18 – fl.249).

Em 15/04/2012, via Of. nº. 010/Dape/2012, datado de 15/04/2012, a Dra. Adenilda de Sousa Borges – Psicóloga integrante da Equipe Psicossocial, solicitou ao Juízo da Vara de

Execuções Criminais de Barra Funda – SP a viabilização de recebimento do inimputável Manoel do Rosário Nunes Ribeiro para tratamento pelo tempo necessário (Evento 01 – doc. 18 – fl.250).

Em 15/04/2012, via Of. nº. 010/Dape/2012, datado de 15/04/2012, a Dra. Adenilda de Sousa Borges – Psicóloga integrante da Equipe Psicossocial, solicitou ao Diretor do Hospital Psiquiátrico Água Funda, em São Paulo – SP a viabilização de recebimento do inimputável Manoel do Rosário Nunes Ribeiro para tratamento pelo tempo necessário (Evento 01 – doc. 18 – fl. 251).

Em 17/04/2012, via Of. 069/2012-DTDS, a Sra. Cláudia Farah Kotait Bucha Tsky, então Diretora Técnica de Departamento de Saúde – CAISM em resposta à solicitação supra, informou que os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico do Estado de São Paulo são subordinados à Secretaria da Administração Penitenciária, pelo que sugeriram contato com o referido órgão. (Ev. 01 – doc. 18 – fl. 254).

Em 02/05/2012, em atendimento à solicitação feita pelo Juízo de Direito da Vara Criminal da Comarca de Dianópolis - TO a então Juíza de Direito da 5ª. Vara de Execuções Criminais, Drª. Ana Paula Achôa Mezher Gibson informou que o gerenciamento de vagas para recebimento de pacientes é de responsabilidade da Coordenadoria da Saúde do Sistema Penitenciário do Estado e adota a antiguidade de solicitação como critério preferencial, conforme disposto na Portaria DECRIM nº. 14/06, daí a impossibilidade de recebimento do paciente naquela oportunidade, por questão de ordem cronológica, posto que a lista de espera contava, à época, com aproximadamente 1000 (mil) nomes aguardando vaga para internação. (Evento 01 – doc. 18 – fl. 255).

Em 15/04/2012, via Of. nº. 010/Dape/2012, datado de 15/04/2012, a Dra. Adenilda de Sousa Borges – Psicóloga integrante da Equipe Psicossocial, solicitou ao Diretor do Instituto Jacqui Schiff, em Salvador – BA a viabilização de recebimento do inimputável Manoel do Rosário Nunes Ribeiro para tratamento pelo tempo necessário (Evento 01 – doc. 18 – fl. 252).

Em 15/04/2012, via Of. nº. 010/Dape/2012, datado de 15/04/2012, a Dra. Adenilda de Sousa Borges – Psicóloga integrante da Equipe Psicossocial, solicitou ao Diretor do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico D. Arnaldo A. Ferreira, em Taubaté – SP a viabilização de recebimento do inimputável Manoel do Rosário Nunes Ribeiro para tratamento pelo tempo necessário (Evento 01 – doc. 18 – fl. 253).

Em 15/06/2012, via Of. 1547GabSec/2012, o Sr. Nilomar dos Santos Farias, então Secretário de Estado e Segurança Pública do Tocantins, solicita ao Secretário de Saúde do

Município de Dianópolis – TO, Camerino Costa Batista, consulta psiquiátrica com laudo médico constando o CID, nível de periculosidade, possível internação ou não para viabilização de vaga na Clínica de Repouso São Francisco, em Araguaína – TO. (Evento 01 – doc. 18 – fl. 256).

Diante disso, a Superintendência do Sistema Penitenciário e Prisional, por meio da Diretoria de Assistência ao Preso e ao Egresso, oficiou a vários hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico de outros Estados da Federação e entrou em contato com várias clínicas especializadas, tanto públicas quanto privadas, solicitando vaga para internação e não logrou êxito, pois ao tomarem conhecimento do histórico do paciente se negam a recebê-lo em razão de sua alta periculosidade.

Nessas circunstâncias a Secretaria busca tratamento para os portadores de transtornos mentais através da Central de Regulação do Município preconizado através da rede SUS, solução pautada na Lei 10.2016/2001, Portaria Interministerial nº. 1.777/2003, Resolução nº. 05/2004, 04/2010 do CNPCP e Resolução Nº. 113/2010-CNJ.

Na oportunidade o então Secretário instruiu a sua resposta com cópia das recomendações resultantes da Audiência Pública promovida pela Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão, realizada em 20/06/2011 para discutir a aplicação da Lei 10.2016/2001.

#### **8.5. AUTOS Nº. 005 Paciente: O.P.P.:**

Em 01/06/2011, por volta das 07h20min, o paciente OZINO PEREIRA PIRES, utilizando-se de um instrumento perfuro-cortante e com *animus necandae*, sem qualquer diálogo prévio, matou o seu irmão Antonio Carlos Pereira da Silva a golpes de faca em razão de um comentário de que este levaria a genitora de ambos da casa em que ela morava com o paciente para morar consigo a fim de se evitar o sofrimento que o paciente impingia àquela. Após o cometimento do fato o paciente evadiu-se do local, só tendo sido preso em 07/02/2011.

Em 01/06/2011, por força da portaria 1/2011 (fls.18,19 e 20) foi instaurado incidente de insanidade mental a fim de que o referido paciente fosse submetido a exame psiquiátrico para aferição de sua higidez mental, cujo exame foi realizado em 18/08/2011, às 11h50min., pelos médicos legistas do Instituto Médico Legal – IML de Palmas – TO, consoante Laudo respectivo nº . 11.0022.08.11 (fls. fls nº 27, 28, 29 e 30), cuja conclusão segue transcrita: “[omissis] VII – CONCLUSÕES 1. Diagnóstico: Esquizofrenia hebefrênica. (CID 10: F 20.1) 2. Considerações psiquiátrico-forenses: as pessoas esquizofrênicas tem dificuldade no teste da realidade e apresentam idéias de referencia, alucinações auditivas, idéias delirantes de

*controle e percepções sendo estes os principais sintomas positivos. O caso em análise apresenta uma exuberância de sintomas positivos caracterizando o quadro de esquizofrenia. O delito imputado ao periciando está dentro do chamado "homicídio anormal" e perpetrado contra o membro da família. Neste contexto a perícia conclui que o Sr. Ozino Pereira Pires é portador de esquizofrenia hebefrênica com grave desorganização comportamental e que há evidente nexos de causalidade entre a doença mental e o delito que lhe é imputado, sendo, portanto, considerado inimputável.[...]. Que a patologia é permanente e progressiva. [...] Que há necessidade de tratamento Psiquiátrico contínuo. [...] O examinando é destituído das noções de bem jurídico tutelado; de ilicitude (de conduta em geral); de dano efetivo ou potencial; de reprovabilidade; de imoralidade; de sentimento de piedade; de remorso; de causalidade (relação "causa-efeito"); de reações psíquicas a resultados (alegria, tristeza, repulsa, regozijo etc.); de proporcionalidade entre ação e repulsa; de presença de liberalidade.[omissis]".(Evento 01 – doc.11).*

O paciente Ozino Pereira Pires foi absolvido sumariamente na forma do art. 415, inciso IV, do Código de Processo Penal combinado com o artigo 26, "caput" do referido *Codex*, sujeitando-o à Medida de Segurança de Internação por tempo indeterminado até averiguação da cessação de sua periculosidade fls. nº 54 e 55.

Em 07/12/2011, o Paciente Ozino Pereira Pires foi internado na extinta Clínica de Repouso São Francisco, em Araguaína – TO.

Posteriormente, sobrevieram pareceres oriundos da Direção do estabelecimento de saúde psiquiátrica, solicitando a sua transferência para outra instituição, uma vez, que, segundo os médicos psiquiatras daquela instituição, ele (paciente) apresenta alta periculosidade e a clínica não possui estrutura adequada para continuar com sua internação ante a falta de segurança para os demais pacientes internos e funcionários.

Diante dessa circunstância o Juízo da Execução determinou a realização de novo exame de sanidade mental para verificar se há a possibilidade de retorno de Ozino Pereira Pires à Unidade de Tratamento Penal Barra da Grota ou a necessidade de transferência para manicômio judicial. (Evento 01- fl. 65).

Após avaliação médica foi constatado que Ozino Pereira Pires *"é portador de um transtorno mental denominado Esquizofrenia, doença que apresenta um curso crônico e que exige uso constante de medicação anti-psicótica. Após um pequeno período (28 a 31 de maio/12) em que o mesmo tornou-se agressivo e ameaçador, deixando todos os funcionários desta Clínica de Repouso receosos e preocupados com suas integridades físicas, o paciente Ozino vem se apresentando cooperativo e sociável, dentro dos limites impostos pelas*

*sequelas de sua doença. Portanto, no momento, entendo que o paciente O. pode ser transferido para Unidade prisional e poderia até continuar o tratamento no seio de sua família. No entanto, fico preocupado quando percebo uma rejeição da família que nunca o visitou e que não o quer em sua companhia. O paciente O.P.P.deve fazer uso contínuo de medicação anti-psicótica, tendo acompanhamento psiquiátrico mensal e receber o amor e a atenção das pessoas que forem cuidar dele para que ele responda da mesma forma. [omissis]"*, consoante relatório médico circunstanciado (Evento 01 - fl. 67).

Em 14/02/2013, atendendo a requerimento ministerial, consoante Relatório da lavra da Servidora Bernadete Galdino Iunes, então Psicóloga Forense lotada na Central de Execução de Penas e Medidas Alternativas - CEPEMA de Araguaína – TO, foram realizadas visitas aos familiares do paciente suso referido, em cujo Relatório informa que “[omissis] Diante dos relatos dos familiares de 1º grau que foram localizados (mãe e irmãos) verificou-se a alegação, por parte de todos os irmãos, de que não apresentam condições de receber o reeducando e manter vigilância e cuidados para com ele [omissis]”.

A Psicóloga Forense lotada no CEPEMA chamou a atenção para o paradoxo verificado no diagnóstico dos dois médicos psiquiatras que examinaram o supramencionado paciente, senão vejamos:

*“[omissis] Entretanto, analisando o contexto dos autos, foi verificada uma discordância de opiniões entre os profissionais psiquiatras, pois conforme fls. de nº 57 datado de 31/05/12 o médico psiquiatra da Clínica de Repouso São Francisco informa que "Desde o primeiro dia de internação o paciente nunca apresentou quadro psiquiátrico que levasse ao diagnóstico de Esquiosfrênia Hebefrênica"(laudo anterior), mas foi considerado como paciente de alta periculosidade pelo mesmo. O ofício de fl. nº 63 datado de agosto/2012 da Assistente Social da referida clínica solicita a desinstitucionalização do reeducando relatando que o mesmo se encontra em condição de alta desde 07/12/2011 para transferência à Manicômio Judiciário ou Unidade Prisional. Outro relatório médico circunstanciado de fls. nº 67 a mesma instituição atesta ser o paciente portador de Esquiosfrênia e que "necessita de uso constante de medicação e de receber amor e atenção das pessoas que forem cuidar dele, para que ele responda da mesma forma". Segundo a classificação no CID 10 F 20.1 – Esquiosfrênia hebefrênica é uma forma de esquizofrenia caracterizada pela presença proeminente de uma perturbação dos afetos; as ideias delirantes e as alucinações são fugazes e fragmentárias, o comportamento é irresponsável e imprevisível; existem frequentemente maneirismos. O afeto é superficial e inapropriado. O*

*pensamento é desorganizado e o discurso incoerente. Há uma tendência ao isolamento social.[omissis]”.*

Quanto à desinstitucionalização do paciente, afirma a profissional PSI:

*“[omissis] Frente a possibilidade de Desinstitucionalização do Sr. O.P.P. NÃO foi encontrado no seio familiar alguém que se responsabilizasse por acolhê-lo dispensando-lhe cuidados necessários com o acompanhamento em relação à medicamentos que não podem ser interrompidos. Inquestionavelmente, o sistema prisional não é local adequado para o reeducando, pois a ausência do tratamento e medicamentos apropriados em ambientes de carceragem em atenção especial à sua situação de transtorno mental é entendido como uma grave agressão à dignidade da pessoa humana, um tratamento cruel e desumano. Por outro lado os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) no Brasil, segundo pesquisas, não oferecem estrutura e a qualidade dos serviços prestados são precárias sendo seu panorama atual confuso e multifacetado. Ressaltando que no Estado do Tocantins não há HCTP ou similar para encaminhamentos. A desinstitucionalização e efetiva reintegração de doentes mentais grave na comunidade é uma tarefa preocupante e que o SUS vem se dedicando com muito empenho nos últimos anos. Juntamente com outros programas, existe o Serviço Residencial Terapêutico (SRT) ou residência terapêutica que são casas localizadas no espaço urbano, constituídas para responder às necessidades de moradia de pessoas portadoras de transtornos mentais graves, institucionalizadas ou não e que considera a singularidade de cada um dos moradores e onde acontece o processo de reabilitação psicossocial buscando a inserção da pessoa na rede de serviços, organizações e relações sociais da comunidade. Os SRT possuem sua regulamentação na lei federal nº 10.216/2001, na Lei 10.708/2003 na Portaria nº 106/2000 do Ministério da Saúde.[omissis]”.* (Evento 01 – doc. 13).

Consoante relatório supra verifica-se que nenhum parente manifestou o desejo de receber Ozino, vez que todos os familiares encontrados disseram não possuir condições de acompanhar seu tratamento, fiscalizar o uso contínuo de medicação anti-psicótica e manter os cuidados necessários ao seu bem estar, o Ministério Público requereu fosse oficiado à Secretaria de Saúde do Estado do Tocantins, solicitando informação sobre a existência desse programa residencial terapêutico na Comarca de Araguaína – TO ou em outra Comarca do Estado e, em caso afirmativo, informar se existe vaga para abrigar o paciente suso referido. (Evento 01 – doc. 13- fl. 74/77).

Em 09/04/2013, em cumprimento a determinação do Juízo da Execução o Dr. Luiz Carlos de Oliveira, Médico Psiquiatra da Clínica de Repouso São Francisco em Araguaína –



TO informou que foi internado na referida Clínica desde o dia 07/12/2011 e se encontrava de alta desde o dia 02/02/2012, sendo essa condição de ser transferido para unidade prisional ou hospital de custódia e tratamento psiquiátrico comunicada ao Juízo de Direito da Comarca de Miracema do Tocantins – TO, então Juízo da Execução. Em 31/05/2012 a aludida Clínica reiterou ao Juízo da Execução a referida transferência. (Evento 01 – doc. 13).

O Dr. Luiz Carlos de Oliveira diz ainda em seu Relatório:

*“[omissis] A partir de 30/01/2012, passei a ser o médico assistente do paciente Ozino. E em 31/05/2012, enviei outra carta ao juiz supracitado, solicitando a transferência do paciente Ozino para outro local, Hospital de Custódia ou para uma unidade prisional.*

*A minha avaliação do paciente O.P.P., após acompanhá-lo durante 11 (onze) meses, é o seguinte: o paciente O.P.P. é portador de um transtorno mental denominado Esquizofrenia, doença que apresenta um curso crônico e que exige uso constante de medicação anti-psicótica. Após um pequeno período (28 a 31 de maio/2012) em que o mesmo tornou-se agressivo e ameaçador, deixando todos os funcionários desta Clínica de Repouso, receosos e preocupados com suas integridades físicas, o paciente O. vem se apresentando cooperativo e sociável, dentro dos limites impostos pelas seqüelas de sua doença. Portanto, no momento, entendo que o paciente O. pode ser transferido para Unidade Prisional e poderia até continuar o tratamento no seio de sua família. No entanto, fico preocupado quando percebo uma rejeição da família que nunca o visitou e que não o quer em sua companhia. O paciente zino Pereira Pires deve fazer uso contínuo de medicação antipsicótica, tendo acompanhamento psiquiátrico mensais e receber o amor e a atenção das pessoas que forem cuidar dele, para que Le responda da mesma forma. Lembrando sempre: "onde existir o homem, existe perigo". portanto, no momento, o paciente, O.P.P., encontra-se em condições de seguir tratamento fora do ambiente hospitalar. A falta de seqüência ao tratamento, iniciado no hospital, vai levar a uma série de reinternações e produzir, no paciente, traumas que poderiam ser evitados, com um tratamento ambulatorial correto. Sendo o que tinha para o momento, apresento-lhe minhas saudações. [omissis]”.*(Evento 01 – doc. 13).

Em 05/12/2012, via Of. 930/12, a requerimento ministerial, foi solicitada ao Diretor da Clínica de Repouso São Francisco, a realização de novo exame psiquiátrico na pessoa do mencionado paciente, a fim de se verificar a possibilidade de retorno deste à Unidade de Tratamento Penal Barra da Grota – UTPBG ou transferência para manicômio judiciário (Evento 01 – doc. 15 – fl. 87).

Em 10/06/2013, via Of. nº. 4377/2013, da Secretaria Estadual de Saúde, em atendimento a requisição judicial, que a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do Estado do Tocantins ainda encontra-se em Processo de fortalecimento e implementação e que ainda não dispõe de Serviço de Residência Terapêutica, bem como que o paciente deverá ser atendido no CAPS II de Araguaína – TO. (Evento 01 – fl. 98).

Em 16/07/2013, às 11h, o paciente O.P.P. empreendeu fuga da Clínica de Repouso São Francisco, em Araguaína – TO onde estava internado e que este estava nas cercanias da cidade de Miracema do Tocantins – TO em 19/07/2013, ameaçando a família, conforme Certidão da lavra da Sra. Suzane Cristine Wiziack, servidora do CEPEMA (Evento 01 – doc. 16 – fl. 98).

Em 30/08/2013, conforme Relatório da Assistente Social do CEPEMA, a Sra. Daniela Fonseca Cavalcante, Servidora da Escrivania Criminal da comarca de Cristalândia – TO informou-a de que o paciente O.P.P. estava internado no Hospital daquela cidade após, segundo informações de populares, ter percorrido, a pé, o trajeto entre as cidade de Miracema do Tocantins – TO e Cristalândia – TO, que tinha recebido alta naquele dia (30/08/2013) e não estava em condições de ser recolhido na unidade prisional daquela urbe, pedindo, naquela oportunidade, que o paciente fosse transferido com urgência para Araguaína – TO. (Evento 01 – doc. 16 – fl. 100).

Na data acima, o paciente supramencionado foi recapturado em cumprimento ao respectivo mandado de prisão expedido contra a pessoa deste e recolhido à Cadeia Pública de Cristalândia – TO, conforme Of. 060/2013 da autoridade prisional daquela localidade, sendo posteriormente recambiado para a Unidade de Tratamento Penal Barra da Grota, em Araguaína – TO. (Ev. 01 – doc. 16 – fl. 101).

Posteriormente, considerando que ficou acordado a realização de 05 (cinco) avaliações ambulatoriais pelo Município, o Juízo da Execução determinou a realização de avaliação psiquiátrica de O.P.P.

O Secretário Municipal de Saúde respondeu informando que o acordo determinou a realização de 05 (cinco) consulta mensais por médico psiquiatra da Rede SUS Municipal no Ambulatório de Especialidades Municipal e que os laudos periciais seriam realizados pela Secretaria Estadual de Saúde do Estado, deixando, assim, agendada algumas consultas ainda para o mês de novembro de 2013 no Ambulatório de Especialidades Municipal.

No início do ano de 2014 o Juízo da Execução oficiou à Secretaria Municipal de Saúde para que informasse se Ozino Pereira Pires tinha sido submetido à avaliação

psiquiátrica e, caso positivo, que se encaminhasse o laudo, contudo, não foi encontrada nos autos qualquer resposta.

Assim, o cartório da CEPEMA entrou novamente em contato com a Coordenação da Central de Regulação de Araguaína/TO e agendou nova consulta psiquiátrica para o mês de julho de 2014 no Hospital Municipal, entretanto, não consta nos autos se referida consulta foi realizada e nem mesmo qualquer laudo psiquiátrico atualizado.

Diante dessa situação, em 05/11/2014, o Ministério Público pugnou pela requisição ao Ambulatório das Especialidades Médicas do Município de Araguaína – TO e ao Município respectivo para que remetessem, em 72 horas, o laudo psiquiátrico de O.P.P., sob pena de incorrer em crime de desobediência e, em caso negativo, pugnou por nova avaliação Psiquiátrica do paciente e requereu fosse oficiado os seguintes órgãos: a Secretaria Municipal de Saúde para que determine, com a máxima urgência, a realização de avaliação psiquiátrica para confecção do laudo pericial; à Secretaria Municipal de Saúde para que informasse sobre a periodicidade das consultas psiquiátricas, justificando, em caso de irregularidades, o motivo da não realização das 05 (cinco) consultas mensais e, no caso de estarem sendo realizadas, informasse quais as medidas terapêuticas adotadas para o tratamento do reeducando; requerendo, por fim, fosse tentada a manutenção de contato com a família de O.P.P. para verificar a possibilidade de o receberem e fornecerem o tratamento ambulatorial adequado, caso este seja suficiente. (Ev. 05). O referido requerimento ministerial foi deferido pelo MM. Juiz. (Evento 07).

Em 12/12/2014, foi informado que o paciente continua ergastulado na Unidade de Tratamento Penal Barra da Grota – UTPBG, e que, consoante contato mantido via telefone, tomou conhecimento de que a genitora daquele faleceu em 02/04/2014 e que os irmãos e seus demais parentes vivos continuam inflexíveis sem querer recebê-lo, apontando, como única alternativa de desinstitucionalização, sua inserção no Programa Residencial Terapêutico – PRT que ainda está em processo de implementação na cidade de Araguaína – TO, o qual, por informação da Sra. Ana Terra, servidora lotada na Secretaria de Saúde Mental, informou sobre a abertura do Serviço Residencial Terapêutico naquela urbe, já tendo inclusive, local para sediá-lo, pois há aproximadamente um ano o nome do paciente O.P.P. foi inserido na lista para integrar o mencionado serviço. Contudo, como fruto do descaso para com esses pacientes, tal empreendimento ainda não se concretizou. (Evento 12).

Em 17/02/2016, foi realizado exame na pessoa do paciente O.P.P., pelos Médicos Legistas do Instituto Médico Legal de Araguaína – TO para aferição da cessação de periculosidade deste, o qual, materializado no Laudo nº. 11.0021.02.16, apresentou a

conclusão a seguir transcrita: “[omissis] Discussão e Conclusão: Trata-se de psicose crônica do tipo esquizofrenia, codificado como F20.5 no CID 10, o tratamento não parece regular, não recebe apoio da família, mesmo não apresentando agressividade, o tratamento não é adequado. Atesto que não houve diminuição da periculosidade, o que indica manutenção da medida de segurança.[omissis]”. (Evento 59).

Em 17/03/2016, por ocasião da inspeção ao estabelecimento prisional UTPBG, em Araguaína – TO por parte do Magistrado da Execução, do Promotor de Justiça e do Defensor Público com atuação na respectiva Vara, foi realizada audiência de informação e requerimento na qual a Defensoria Pública pediu a liberação do paciente e a entrega deste aos respectivos parentes, bem como o acompanhamento assistencial extramuros. O Ministério Público manifestou-se desfavorável ao deferimento do pedido, alegando a não cessação da periculosidade daquele, consoante laudo pericial respectivo. Pelo Magistrado, foi proferida a seguinte decisão: “[omissis] Em análise acurada dos autos, percebe-se que o reeducando encontra-se, segundo laudo psiquiátrico, impossibilitado de deixar a UTPBG diante da não cessação de periculosidade. Ocorre que, a UTPBG não é o local mais adequado para que inimputáveis permaneçam, entretanto, diante da situação determino que a Equipe de Psicólogos da UTPBG semanalmente apresentem relatórios médios acerca da capacidade psíquica do reeducando. Determino, ainda, que uma vez por semana o reeducando seja levado ao CAPS para tratamento psiquiátrico, devendo o médico psiquiatra informar qual o tratamento e a medicação mais adequada para o inimputável Após, o prazo de 03 (três) meses deverá ser realizado novo exame de cessação de periculosidade. Os laudos do CAPS e da UTPBG Médicos deverão ser remetidos ao Juízo da Execução Penal. Oficie-se o Município de Araguaína para que informe o porquê não foi instalada a residência terapêutica, no prazo de 48 horas. Oficie-se a Secretaria de Justiça para que, no prazo de 05 (cinco) dias, disponibilize em alguma Unidade da Federação Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico para o inimputável. Saem os presentes intimados. Cumpra-se”.[omissis]”.(Evento 68).

Em 22/03/2016, consoante Relatório da lavra da Assistente Social do CRES (Umanizare) da cidade de Araguaína – TO, Sra. Eliza Maria da Silva, analisando o histórico carcerário do reeducando, observou que o paciente “possui bom comportamento carcerário; cumpre as normas disciplinares que lhe são impostas, assumindo uma postura esperada para com as autoridades e funcionários da UTPBG; estabelece relações interpessoais e amistosas e, na condição de “amarelinhos” encontra-se em observação, apesar de que tem se mostrado feliz, demonstrando conformação com o afastamento e ausência dos familiares e durante a

*entrevista não demonstrou interesse em reencontrá-los, nem demonstrou gesto de felicidade diante da possibilidade de um dia sair da unidade prisional em que se encontra.”* (Evento 79).

Em 31/03/2016, a referida Assistente informa da dificuldade de localização dos familiares do paciente, enfatizando a necessidade deste de residir temporariamente na Residência Terapêutica, ainda inexistente naquela urbe, em decorrência de problemas burocráticos do Estado. (Evento 81).

Em 20/06/2016, o paciente O.P.P. foi, novamente, submetido a exame pericial para verificação da cessação da periculosidade, o qual, materializado no laudo nº. 11.044.06.16, apresenta a seguinte conclusão: “[omissis] *Discussão e Conclusão: Nota-se que o paciente já está mais calmo, tem um melhor contato coma realidade, pode seguir tratamento ambulatorial, desde que tenha familiar para o acompanhar, pois ele não deve ficar sem medicação para a esquizofrenia.[omissis]*”.

Em 17/11/2016, em avaliação psicológica e social, o paciente não consegue informar telefones dos seus familiares, o que tem dificultado a localização destes. Não soube informar sobre a doença que o acomete nem os nomes da medicação que toma, apresentando-se confuso, sem noção de tempo nem espaço, consoante Relatório Psicossocial do CRES/UMANIZARE. (Evento 109).

Em 13/12/2016, atendendo ao requerimento ministerial, o Juízo da Execução determinou a Bernadete Galdino Iunes – então Psicóloga Forense lotada na CEPEMA, para tentar localizar parentes do paciente em apreço a fim de que estes possam recebê-lo, mediante o compromisso de velar por seu tratamento ambulatorial (Evento 113).

Em 03/02/2017, a Sra. Bernadete Galdino Iunes informa que não mais integra os quadros da CEPEMA, razão porque não pode cumprir tal mister, juntando, naquela oportunidade, o Relatório supramencionado, salientando que a situação parental do acusado continua praticamente sem alteração, à exceção da morte da genitora deste ocorrida no ano de 2015. (Evento 115).

Em 03/03/2017, o Ministério Público reitera os termos da sua cota lançada no evento 111, no sentido de que a CEPEMA envie esforços no sentido de localizar parentes do paciente para recebê-lo.

Em 18/04/2017 os autos de Execução de Medida de Segurança foram conclusos ao Juiz para deliberação, estando conclusos até a presente data. (Evento 121).

Da análise dos autos, observa-se que OP.P., por longo período, fez da instituição de saúde psiquiátrica sua moradia, devido à ausência de condições sociais, afetivas e financeiras

que permitissem seu retorno ao convívio social. Ele ficou internado na Clínica de Repouso São Francisco por falta de alternativa que viabilize sua reinserção na comunidade, uma vez que apesar de ter sido declarada pelo médico psiquiatra a possibilidade de seu retorno ao convívio social mediante acompanhamento familiar, isso não ocorreu.

Os familiares outrora contatados não quiseram recebê-lo. E, as últimas tentativas de localização destes restaram infrutíferas, consoante relatórios alhures mencionados.

Desse modo, o paciente O. não possui qualquer apoio fora da referida instituição de saúde para velar e zelar por seu tratamento ambulatorial, razão pela qual continua ergastulado na Unidade de tratamento penal Barra da Grota – UTPBG em Araguaina – TO, aguardando deliberação do Poder Judiciário nesse sentido.

Assim, visando atender à necessidade da reestruturação do modelo de atenção ao portador de transtornos mentais no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, à necessidade de garantir uma assistência integral em saúde mental e eficaz para a reabilitação psicossocial, à necessidade da humanização do atendimento psiquiátrico no âmbito do SUS, com fincas já reduzidas e mal distribuídas e à necessidade da implementação de políticas de melhoria de qualidade da assistência à saúde mental, objetivando a redução das internações em hospitais psiquiátricos foi que o Ministério da Saúde editou a Portaria no 106, de 11 de fevereiro de 2000, resolvendo instituir os Serviços Residenciais Terapêuticos. Dispõe o artigo 1º:

*“[omissis] Criar os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental, no âmbito do sistema Único de Saúde, para o atendimento ao portador de transtornos mentais. Parágrafo único. Entende-se como Serviços Residenciais Terapêuticos, moradias ou casas inseridas, preferencialmente. Na comunidade. Destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuam suporte social e laços familiares e, que viabilizem sua inserção social.[omissis]”.*

Diante desta situação, tendo em vista, de um lado, a possibilidade de desinstitucionalização de Ozino Pereira Pires e, de outro lado, a ausência de suporte familiar para recebê-lo, vê-se como alternativa para sua reabilitação psicossocial a sua inserção ao programa de Serviço Residencial Terapêutico, ainda inexistente no Estado.

#### **8.6. Análise dos relatórios obtidos do estudo dos autos**

Quanto às condições físicas e administrativas existentes no Estado do Tocantins para o cumprimento das medidas de segurança estacionária fixadas pelo Poder Judiciário aos inimputáveis por transtornos mentais resta clarividente que o Estado não possui qualquer tipo de suporte aos Hospitais Públicos Regionais administrados pelo governo estadual ou mesmo

uma estrutura própria apta a receber os pacientes psiquiátricos objetos de medidas de segurança de internação ou congêneres, sendo as informações prestadas pelo Diretor Geral do de um desses hospitais e demais servidores públicos envolvidos nos casos um reflexo direto de uma realidade perturbadora que escacha as reais condições de tratamento concedidas aos inimputáveis pela administração pública tocantinense.

A confusão administrativa que envolve os programas existentes e impede a implantação dos demais serviços componentes da Rede de Atenção Psicossocial que tivessem o condão de resolver o abandono dos inimputáveis observados até então converge de forma entrópica para um problema que se arrasta por anos e que não possui qualquer vislumbre de resolução, ainda que essa ocorresse de forma paliativa.

A falta de boa vontade na resolução dos problemas estruturais e humanos e a postura omissiva dos gestores públicos reflete o escárnio da classe política na administração do sistema saúde e do sistema prisional tocantinense que, nas medidas de segurança, fundem-se e alargam todas as mazelas advindas do abandono e da inércia dolosa da classe política do Estado do Tocantins.

Não existe qualquer protocolo ou dinâmica que vise o fomento aos tratamentos dos doentes psiquiátricos sentenciados ao cumprimento de medidas de segurança, seja da parte do sistema de saúde, seja da parte do sistema de justiça colocando, da forma como o problema é tratado hoje, milhares de pessoas em risco de vida iminente, visto que aqueles ficam internados em serviços sem infra estrutura adequada e hospitais superlotados e sem qualquer condição material e/ou humana de conter eventuais surtos críticos com impulsos de risco à própria vida ou a de outrem que possam voltar a ocorrer.

A situação analisada evidencia a necessidade de reformulação da política de saúde pública do Estado do Tocantins para que o abandono e o descaso atualmente visualizados sejam superados por uma nova gestão humanizada e dinâmica que direcione recursos políticos, financeiros e humanos para que um olhar específico seja lançado sobre a necessidade da criação de protocolos assistenciais viáveis para o tratamento de doentes mentais e que atenda, irrestritamente, as disposições da Lei 10.216/01.

Até porque, a referida Lei não veda quaisquer recursos assistenciais inclusive os hospitalares. Ela rechaça a feição manicomial com o fito de evitar a institucionalização, e fomentando a articulação de variados mecanismos substitutivos que ofereçam resoluções factíveis para cada caso.

Não estamos falando na criação de manicômios judiciais, até porque os estudos teem demonstrado que na atualidade tais experiências não são indicadas, ao contrário, os asilos

serviram por muito tempo de palco para carnificina e toda sorte de mazelas, tanto, que poderíamos denomina-los de “*circo dos horrores*”, conforme atesta o relato sobre o Hospital *Colônia*, de Barbacena-MG., no qual o desrespeito e variadas atrocidades outrora observadas poderiam voltar a acontecer, mas estamos falando de uma estrutura na qual a integridade física e mental dos pacientes fosse respeitada\preservada e, acima de tudo, tratada para que eles pudessem receber cuidados e tratamento adequado às suas necessidades de atenção psicossocial e médica, evitando que casos como o de Damião Ximenes Lopes, noticiado pelos jornais da época<sup>6</sup>, no ano de 2009, que sofreu várias internações e permaneceu em condições desumanas e degradantes que culminaram na morte deste, durante sua internação na Casa de Repouso Guararapes no Ceará, a respeito do qual trataremos no Capítulo 10.

Ao falarmos das atrocidades cometidas nos manicômios, não poderíamos deixar de fazer referência a Colônia do Juqueri em São Paulo e ao maior Hospício do Brasil, denominado “O Colônia”, outrora situado na cidade de Barbacena-MG., felizmente extinto, que serviu de palco para o cometimento de terríveis crimes contra a humanidade (genocídio – 60 mil mortes) e outras práticas não menos horripilantes, que são retratados de forma magistral pela Repórter Daniela Arbex em sua obra intitulada “*Holocausto Brasileiro*”(ARBEX, 2013), sobre o qual falaremos no próximo Capítulo.

## **9. UM POUCO DE HISTÓRIA SOBRE O TRATAMENTO MANICOMIAL NO BRASIL**

### **9.1 O circo dos horrores em Barbacena-MG**

Daniela Arbex, em sua obra *Holocausto Brasileiro*, descreve um dos maiores genocídios cometidos no interior de uma instituição social, revestida de caráter religioso, que serviu de palco para o cometimento de atrocidades dantes nunca vistas contra homens, mulheres e crianças, os quais, ao adentrarem aos portões, eram destituídos da sua condição humana e inseridos num processo de objeção, tornando-se alvo das piores barbáries, onde o número de mortes chegou a 60.000, fruto de uma grande violação aos direitos humanos.

O Colônia, assim denominado o Pavilhão Afonso Pena, considerado o maior hospício do mundo não obrigava apenas pessoas portadoras de doenças ou transtornos mentais, mas toda sorte de pessoas que constituíam incômodos sociais. (ARBEX: 2013).

---

<sup>6</sup> De acordo com o Site da Corte Interamericana de Direitos Humanos:  
[HTTP\corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec\\_149\\_por.pdf](http://corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_149_por.pdf)



Desta forma, sob influência da teoria eugenista, para lá eram levados indivíduos situados numa posição social de desvantagem, a exemplo de moradores de rua, vadios, ébrios, prostitutas, homossexuais, mocinhas que tinham sido estupradas por seus patrões, cujo estupro havia resultado em gravidez, moças que haviam sido defloradas antes do casamento, esposas que haviam sido levadas por seus maridos, a fim de que estes pudessem morar com as amantes, outras apenas por serem tímidas ou por se sentirem tristes, angustiadas, outros somente por inviabilidade de identificação, em razão do extravio dos seus documentos de identidade, dentre outros motivos, enfim, para o referido abrigo eram conduzidos todos aqueles que, de alguma forma, incomodavam os poderosos e representavam a escória e a vergonha sociais.(ARBEX: 2013).

Segundo os relatos em tela, a população não era constituída somente de adultos, "pelo menos 33 eram crianças". (ARBEX 2013).

Segundo a autora, os abrigados do Colônia (homens, mulheres e crianças), na tentativa de se alimentar, comiam ratos e ingeriam água de esgoto, inclusive, excrementos, dormiam sobre capim, sofriam violações e espancamentos. (ARBEX 2013).

E, segundo ela, o "circo dos horrores" não parava por aí, pois, nas noites gélidas, típicas da Serra da Mantqueira, os abrigados eram jogados ao ar livre, despidos (nus) ou cobertos apenas por andrágios, prática esta que se dava em forma de revezamento entre eles (abrigados), na tentativa de que todos sobrevivessem, todavia alguns não resistiam às baixas temperaturas e iam a óbito. (ARBEX 2013).

Diz ainda Daniela, que as mortes ocorrentes no Colônia não se davam apenas por hipotermia, haja vista que haviam outras causas, como fome, doença, eletrochoque. Inclusive, há notícias de que, em determinados dias os eletrochoques eram tão potentes e em grande número que a rede distribuidora de energia do Município não suportava e desligava naturalmente, ressaltando que em tempos de maior população as mortes chegavam a 16. (ARBEX 2013).

Foram milhares de mortes ocorridas no Colônia, desde a abertura das suas portas em 1903, contabilizando-se 60.000 mortos, consoante se infere dos túmulos encontrados no Cemitério da Paz: "Esse é o local onde são mantidos os 60 mil mortos do Colônia." (ARBEX 2013).

O número de mortes ocorridas no Colônia excede o total acima, cuja contabilização foi baseada no número de sepulturas existentes na necrópole suso referida, pois, conforme relatado na obra em comento, muitos corpos não foram sepultados: "Os subterrâneos da razão provocaram tantos óbitos, que os corpos somavam pilhas de cadáveres. Nem todos, porem,

foram enterrados.” (ARBEX 2013).

Essas mortes não se limitavam simplesmente um fato natural sem reflexos. Não representavam apenas o fim de uma vida, mas tinham implicações de ordem financeira. Por incrível que possa parecer, “[...]no período de 1969 a 1980, 1.853 corpos de pacientes do manicômio foram vendidos para faculdades de medicina do país, sem qualquer questionamento. Em épocas de grande oferta e pouca procura, os corpos eram postos em ácido para dissolução dos tecidos moles, cuja ossada era objeto de mercancia. Esse processo era desenvolvido no pátio do hospício, na presença dos abrigados. (ARBEX 2013).

A realidade cotidiana do Colônia causava pavor em muitos dos que lá estiveram. Daniela faz referencia a algumas colocações daqueles, conforme abaixo se vê.

No final de 1970, ao denunciar o Colônia, pedindo o fechamento deste, Ronaldo Simões Coelho, diz: *desumanidade e crueldade planejada são práticas constante no Colônia, ao adentrarem ao hospício, os abrigados são despidos do caráter humano, deixando de ser gente, permitindo-se-lhes andar sem roupas (nu) e comer bosta, sendo-lhe negado, contudo, o direito de protestar.* (ARBEX 2013).

Franco Basaglia, Psiquiatra Italiano, que esteve no Brasil em 1979, ao conhecer o Colônia, convocou uma coletiva de imprensa, na qual declarou: *"Estive hoje num campo de concentração nazista. Em lugar nenhum do mundo, presenciei uma tragédia como esta."* (ARBEX 2013).

O Fotógrafo Luiz Alfredo que, após conhecer o Colônia, no início dos anos 60, ao voltar para a redação da revista "O Cruzeiro", declara ao Chefe: *Aquilo não é um acidente, mas um assassinato em massa.* (ARBEX 2013).

As referencias ao inferno dantesco não param por aí, Daniela continua:

"Em 1961, a rotina do hospício foi contada na revista O Cruzeiro pelo Fotógrafo Luiz Alfredo e pelo Repórter José Franco, com o título "A sucursal do inferno". Em 1979, o Repórter Hiram Firmino e a Repórter Jane Faria publicaram a reportagem "Os porões da loucura", no Estado de Minas. O documentário "Em nome da Razão", um símbolo da luta antimanicomial." (ARBEX 2013).

Conforme se vê, a exclusão social dos abrigados pelo Colônia transcende a morte, traduzida na violação e desrespeito aos seus restos mortais: “Seus túmulos veem sendo depredados ao longo do tempo, e nem mesmo os ossos revelados conseguiram reverter o descaso imposto aos excluídos sociais.” (ARBEX 2013).

Dessarte, ao longo do tempo a história tem demonstrado que a experiência manicomial

não tem dado certo, transformando os internados em seres objetivos, expostos a práticas atrozes indignas de seres humanos.

Logo, não é crível que nos dias hodiernos o tratamento dispensado a esses seres marginalizados pela sociedade seja diferente, pois os mecanismos subjacentes do sistema de verificação que legitimaram essas práticas odiosas atentatórias aos direitos humanos retromencionadas ainda subsistem, mantendo atualizada essa postura de exclusão social.

Desse modo, qualquer tentativa de retorno à execrável prática manicomial seria um retrocesso na escala evolutiva do pensamento humana.

## **10. ACONTECEU EM GUARARAPES-CE.**

1) Como o universalismo e o relativismo manifestam-se no caso “Damião Ximenes” (em anexo)?

Resposta:

Inicialmente faz-se importante ressaltar que o caso Damião Ximenes ocorreu em uma região na qual os desrespeitos e desmandos em relação aos direitos humanos eram, até bem pouco tempo, fatores educacionais e/ou terapêuticos válidos e aplicáveis nas mais diversas e distintas formas passíveis de observação e sem qualquer reprobabilidade social genérica, sendo tais práticas condenadas por uma minoria mais esclarecida dentro do limite histórico compreendido entre o colonial e o pós-ditadura.

Entretanto, se analisarmos a história cearense dentro do contexto social nacional, veremos que essa mesma unidade federativa foi paradoxalmente predecessora de ações que foram marcantes para a defesa dos direitos humanos dentro de sua universalização, como a abolição da escravidão.

Nessa messe o Estado do Ceará foi o primeiro a abolir a escravatura de seu território, sendo o marco determinante para o início do movimento abolicionista as ações de um jangadeiro simples e corajoso chamado Dragão do Mar, o primeiro homem em território brasileiro a se negar a transportar negros traficados de suas “naus dos infernos” para continental.

Com essas considerações iniciais, analisando o caso Damião Ximenes, entendo que o relativismo dos direitos humanos foi falácia existente e determinante para o desfecho trágico e fatal da história.

A internação de doentes psicológicos no Estado do Ceará era uma política geral alicerçada em dois pilares básicos: 1º) a família entendia que seria a melhor opção para o doente, vez que ele teria pronto acesso aos tratamentos, medicamentos e cuidados gerais e

de moradia; 2º) o Poder Público exterminava as verdadeiras legiões de doentes mentais que povoavam os centros da Capital e das cidades de médio e pequeno porte do Estado enclausurando os doentes nos chamados “manicômios”, sendo, nesse caso, o Hospital Psiquiátrico Myra Y López o mais famoso e no qual as maiores atrocidades e desrespeitos aos direitos humanos e à dignidade da pessoa humana ocorreram por décadas dentro de seus 200 leitos, dos quais 160 eram conveniados ao Sistema Único de Saúde – SUS, tendo sido demolido em 2013.

Dentro dessa realidade vemos que a internação de Damião não foi estranha aos padrões da época, visto que sua família acreditava que estava fazendo o certo e dando oportunidade de tratamento e cura àquele, sendo, pois, dotada de plena boa-fé e acreditando piamente na credibilidade passada pela instituição de saúde na qual ele fora internado, mesmo diante das condições em que aquele foi encontrado pela mãe durante a última visita antes de sua morte, *“sangrando, com hematomas, roupas rasgadas, sujo e cheirando a excrementos, com as mãos amarradas para trás, com dificuldade para respirar, agonizando e pedindo ajuda aos gritos”*.

Agora nos deparamos com duas abordagens necessárias à elucidação do tema enquanto relativização dos direitos humanos *in casu* frente à universalidade desses perante a Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948), a Declaração de Viena (1993) e demais pactos correlatos, quais sejam: a postura procedimental da clínica no trato de seus internos e a inércia da mãe de Damião frente à situação miserável na qual encontrou seu filho.

Ausente a totalidade de informações acerca do caso Damião, mas munido dos relatos e subscrições do texto em estudo, é de fácil observação que princípios básicos atinentes aos direitos humanos, como dignidade da pessoa humana, integridade física no tratamento médico, igualdade e solidariedade, todos hipersensibilizados por sua necessária observação no de trato de doentes mentais, foram desrespeitados pelo hospital psiquiátrico de Sobral/CE, sendo impossível, seja pela universalidade e indivisibilidade dos direitos humanos garantidas após a segunda guerra mundial ou pela gama de direitos personalíssimos feridos nesse caso, ocorrer qualquer interpretação relativista que garanta legalidade às ações/omissões criminosas dos profissionais que estavam envolvidos no tratamento de Damião Ximenez.

Noutra esteia não temos como não relativizar a omissão da mãe frente ao estado físico/mental em que encontrou seu filho, visto que tal situação era cravejada em seu seio social como corriqueira e passível de observação devido à doença que era combatida. Como consideramos inicialmente o Estado do Ceará possui forte raiz social permissiva a uma série de desmandos legais e morais e situações de exceção que, por séculos, lastream ações

similares à apatia da mãe de Damião frente a forma na qual encontrou seu filho, sendo essa, pois, injustificada, mas explicável.

Assim, a análise desse caso concreto diante dos princípios da universalidade e da relativização nos permite estabelecer, em sentido de apuração de responsabilidades, que a clínica é culpada direta e única pelo trato degradante e morte de Damião Ximenes, sendo sua mãe tão somente vítima do atraso social e cultural que lhe foi histórica e socialmente imposto, sendo esse de incontestável correção observada pelas atitudes de sua filha e no desenrolar jurídico da questão na Corte Interamericana de Direitos Humanos, demonstrando mais uma vez que a sociedade está em constante mudança e evolução.

2) As normas de direitos humanos podem ter um sentido universal ou são culturalmente relativas?

Resposta:

As normas de direitos humanos podem e devem ter sentido e aplicabilidade universal uma vez que são inerentes ao ser humano, inerentes a pessoa homem/mulher em qualquer de seus estados de vida, independentemente de sociedade, condição educacional/financeira, cor ou origem.

Tais premissas são intrínsecas à condição humana dotada de pensamentos, sensações, angústias, medos, dores e quaisquer outras sensações ou sentimentos dentro de um corpo humano com vida consciente ou não, sendo impossível qualquer outra forma de visualização senão a universal que garante a todos, independente de religião, cultura, educação, influência social ou política que são extrínsecas ao ser humano e adquiridas com o tempo e a mercê do meio, a igualdade de tratamento, respeito, dignidade e oportunidades.

Visto isso tenho por lastreado meu posicionamento de impossibilidade, dentro de uma abordagem contemporânea, da relativização cultural dos direitos humanos.

A cultura e o Estado normalmente andam de mãos dadas com a religião e são altamente influenciáveis pelo extremismo, radicalismo e/ou totalitarismo de seus líderes, conforme é possível observar em países de cultura/religião muçumana ou de histórico totalitarismo e intervencionismo do Estado na sociedade, sendo, ainda nos dias de hoje, disponibilizados ordinariamente para a grande massa global verdadeiros espetáculos de terror e crueldade materializados em decaptações e vários outros tipos de execuções que são filmadas por grupos religiosos e políticos extremistas.

A velocidade da informação ajuda na proliferação de acessos a estes vídeos e da sua crescente e conseqüente audiência, mas também auxilia as autoridades responsáveis

pela fiscalização e regulação dos direitos humanos a nível global na identificação e punição dos agentes do terror.

Entretanto, os mecanismos jurisdicionais de controle, processamento, julgamento e execução das sanções civis e penais advindas pela condenação nos órgãos de controle dos Direitos Humanos ainda são precários e de efetividade questionável, entraves existentes diante da Soberania Nacional dos Estados e da ausência de mecanismos de punição real dos sujeitos ativos dos crimes contra os direitos humanos.

Assim, não há que se falar, nos dias atuais, de relativização dos direitos humanos frente a sua universalidade e do necessário equilíbrio futuro da existência humana digna em todo o globo.

Dessarte, diante dessa nefasta experiência histórica no contexto manicomial, que configura um atentado contra a humanidade, seria desrespeitoso, desumano, um contracenso atentatório ao modelo de atenção psicossocial em vigor, resgatar dos porões, dos calabouços obscuros da mente humana os retrógrados e obsoletos modelos asilares.

## **10. UM POUCO DE HISTÓRIO SOBRE A PRÁTICA ANTIMANICOMIAL NO BRASIL: DOS CAPS ÀS RESIDÊNCIAS TERAPÊUTICAS**

Em meados da década de 1970 surgiu o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) que era formado, basicamente, por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de pais e amigos, integrantes do movimento sindical, associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas. O MTSM, através de várias frentes de intervenção e luta, passa a protagonizar e construir, a partir deste período, a denúncia da violência dos manicômios, dos desrespeitos ao mínimo de dignidade e moralidade, da mercantilização da loucura e da hegemonia de uma rede particular de assistência, veredas filosófico doutrinárias que acabaram por construir de forma coletiva uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico no trato de pessoas com transtornos mentais.

A experiência italiana de desinstitucionalização psiquiátrica e sua crítica radical ao manicômio acabou por inspirar movimentos em todo o panorama internacional e revelou a possibilidade de ruptura com os antigos, ultrapassados, criminosos e cruéis modelos até então disseminados mundo a fora e consubstanciados em verdadeiras Casas dos Horrores, como,

por exemplo, a Colônia Juliano Moreira que era um enorme asilo com mais de 2.000 internos no início dos anos 80, sediado no Rio de Janeiro.

Entretanto, no fim dos anos 80, pipocaram os primeiros conceitos e as ações iniciais com o fito de materializar uma reorientação do conceito de assistência médica psiquiátrica. Em 1987 ocorreu em Bauru – SP o II Congresso Nacional do MTSM sob o lema “Por uma sociedade sem manicômios”, ou seja, naquele momento tivemos a primeira visão da nascitura antítese que se colocava frente ao modelo manicomial arcaico que perdurava a séculos no Mundo e que naquele momento vitimizava dezenas de milhares de almas abandonadas e destratadas nas terras tupiniquins.

Nesse mesmo ano (1987) foi realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental no Rio de Janeiro e, contemporaneamente, tivemos o surgimento do primeiro CAPS do Brasil, localizado na cidade de São Paulo, marcando o início de um processo de reavaliação do sistema de tratamento da saúde mental que desaguou na intervenção da Secretaria Municipal de Saúde de Santos (SP) junto a um hospital psiquiátrico denominado Casa de Saúde Anchieta, local no qual os maus-tratos e as mortes de pacientes eram uma rotina cruel e sádica.

Essa intervenção, com repercussão nacional, foi a vitrine que demonstrou de forma inequívoca a possibilidade de construção de uma rede de cuidados efetivamente substitutiva ao hospital psiquiátrico.

Neste período e nos anos subsequentes foram implantados no município de Santos os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) que funcionam 24 horas, foram criadas cooperativas e residências para os egressos do hospital e várias associações surgiram como forma de acolhimento dos doentes e que, por consequência, levantavam-se como importantes ferramentas de luta e apoio à causa da erradicação dos manicômios, fossem eles públicos, privados ou judiciais.

Fica incontestado que essa primeira experiência passou a ser vista como um marco no processo de Reforma Psiquiátrica brasileira. Ela conseguiu demonstrar que a reforma poderia sair do plano do teórico e do inatingível pelas minúcias e problemáticas que deveriam ser enfrentadas e materializou a possibilidade de uma política humanizada e exequível.

Em 1989 o deputado Paulo Delgado apresentou um projeto de lei propondo a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país. É o início das lutas do movimento da Reforma Psiquiátrica nos campos legislativo e normativo que foi coroado com a criação do Sistema Único de Saúde – SUS junto com a Constituição de 1988.

Nasceu uma verdadeira articulação entre as gestões federal, estadual e municipal, sob o poder de controle social, para garantir o direito e o acesso à saúde por todos os brasileiros, incluído, necessariamente, neste grupo os doentes mentais que por séculos foram mitigados, estigmatizados, marginalizados, desumanizados, mal tratados e, até assassinados como cobaias ou, simplesmente, descartados enquanto eram vistos como animais que poderiam ser abatidos e jogados nas valas ao bel sabor do abandono e do anonimato.

A partir do fim dos anos 90 e início do apocalíptico ano 2000 é que se inicia a implantação de uma rede extra-hospitalar cuja luta se deu por meio dos movimentos sociais, inspirados pelo Projeto de Lei de Paulo Delgado e que, após muita luta e articulação política, conseguem aprovar em vários estados brasileiros as primeiras legislações que compuseram a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental, pondo fim de forma parcelada, mas contínua, ao reinado de terror dos manicômios que outrora estavam travestidos como hospitais que jamais foram.

Desde então o Ministério da Saúde passou a voltar suas atenções para a saúde mental e iniciou o acompanhamento das diretrizes para o eficaz planejamento e construção da Reforma Psiquiátrica que, dali, passou a ganhar contornos mais definidos que culminaram numa década de 90 na qual o Brasil tornou-se subscritor da Declaração de Caracas e que fechou com a realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, após a qual passam a entrar em vigor no país as primeiras normas Federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária galgada nas experiências primárias dos CAPS, NAPS e Hospitais-dia originários, como também fazendo surgir as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos.

Neste período, o processo de expansão dos CAPS e NAPS é descontínuo. As novas normatizações do Ministério da Saúde de 1992, embora regulamentassem os novos serviços de atenção diária, não instituíam uma linha específica de financiamento para os CAPS e NAPS.

Apesar dos 208 CAPS em funcionamento até o ano 2001, observávamos que mais de 93% dos recursos do Ministério da Saúde que eram destinados para a Saúde Mental ainda estavam direcionados de forma incoerente e inexplicável aos hospitais psiquiátricos cuja dinâmica e funcionamento, ao invés de tratar, punham em risco diuturnamente a saúde mental de todos os seus assistidos, sendo inconclusiva qualquer estatística de recuperação de internos, ao mal grado dos números acerca das mortes e maus tratos desses em suas dependências.



A Reforma Psiquiátrica somente pôde ser vista no ano de 2001, momento no qual a Lei Paulo Delgado é sancionada. Sua aprovação, no entanto, é um substitutivo do Projeto de Lei original, que traz modificações importantes no texto normativo.

Dessa forma, a Lei Federal 10.216 redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, mas sem instituir quaisquer mecanismos de fechamento progressivo dos manicômios/sanatórios.

Mesmo assim a Lei 10.216 se apresenta como um marco que confere novo impulso e ritmo para o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil. É no seu diapasão e na realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental que a política de saúde mental do governo federal, alinhada com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, passa a se consolidar e ganha lastro que lhe sustenta e dá visibilidade.

Foram criados produtos de financiamento específicos pelo Ministério da Saúde para os serviços abertos e substitutivos às instituições manicomial e novas ferramentas são criadas para a fiscalização, gestão, redução e extinção programada de leitos psiquiátricos no país. A partir deste ponto é que a rede de atenção diária à saúde mental ganha uma nova roupagem e expande seu território de atuação, passando a alcançar regiões nas quais o veio hospitalar manicomial era forte, sedimentado e tradicional e que acabava por sufocar a assistência comunitária em saúde mental ao ponto de ser efetiva e praticamente inexistente.

A desinstitucionalização de pacientes longamente internados é fomentada com a criação de um Programa titulado “De Volta para Casa”, como também uma nova política de recursos humanos é edificada para auxiliar a Reforma Psiquiátrica, albergada também no trato econômico e social desprendido pelo Estado na questão do álcool e de outras drogas, que incorporou a estratégia de redução de danos que vinha de grande sucesso nos países nórdicos, anglo-saxões e no território estadunidense.

Após 2004 iniciou-se o processo de valorização dos CAPS e da criação de uma rede integrada entre eles, o Ministério Público e as Secretarias de Desenvolvimento Social dos Estados e Municípios de forma a atingir a totalidade dos pacientes psiquiátricos com o fim de colocá-los sob os cuidados da rede descentralizada, comunitária e familiar de cuidados com o doente mental, esforço que perdurou até meados de 2010 quando passamos a não mais contar com os famigerados manicômios/sanatórios que foram extintos em todo o território nacional. Atualmente observamos a ratificação da rede de atenção à saúde mental comunitária CAPS e demais instituições desenvolvidas que substituíram o modelo antecessor de centralização do doente mental nas instituições de internação hospitalar.

A Portaria nº 3.088/11 que foi republicada em 2013 instituiu uma subdivisão dos CAPS em 06 categorias, quais sejam: CAPS I; CAPS II; CAPS III; CAPS AD; CAPS AD III e CAPS i.

Contamos, hoje, com, aproximadamente, 2.210 CAPS em atividade no Brasil e que atendem desde toxicômanos, alcoólatras, doentes mentais, depressivos e portadores das mais diversas síndromes com um acolhimento humanizado, socializado e com clarividente viés retributivo que busca dar condições para que o usuário retorne ao convívio em sociedade, abandonado completamente, pois, aquele modelo grotesco e cruel das instituições hospitalares que outrora vitimaram incontáveis vidas.

A mudança que vislumbramos contemporaneamente é a transição do modelo que hoje está alicerçado nos CAPS para as Residências Terapêuticas com a transferência do doente mental para casas nas quais são acolhidos e tratados dentro de um ambiente familiar e intimista e fora de todo e qualquer modelo hospitalar que outrora aterrorizou e acabou por piorar os quadros psiquiátricos mundo a fora.

Conforme instruções do Ministério da Saúde, as residências não devem ser vistas como mais um “serviço” de saúde, mas como uma casa para os moradores. Cada moradia deve ser considerada única, buscando se aproximar dos gostos e hábitos de seus moradores. O que diferencia uma residência da outra, é a autonomia de seus moradores, por isso, há residência de cuidado intensivo com a presença de cuidadores 24 horas; de cuidado parcial com cuidadores apenas durante o dia; e de alto grau de autonomia com nenhum, ou quase nenhum, tipo de cuidador. (VIDAL et al., 2008).

O Ministério da Saúde, pela portaria nº 106/2000 introduziu o Serviço de Residência Terapêutica no âmbito do SUS. A implantação da residência terapêutica exige laços entre gestor, comunidade, usuários, profissionais de saúde, rede social de apoio e o trabalho clínico com os moradores. A Residência Terapêutica deve estar vinculada ao CAPS ou outro dispositivo ambulatorial especializado em saúde mental. A equipe do SRT deve ser compatível com as necessidades dos moradores. Portanto, o suporte interdisciplinar deve considerar a singularidade de cada morador, e não apenas os projetos e ações baseados no coletivo (BRASIL, 2004).

WEYLER (2004) salienta a necessidade de verificar até que ponto as práticas manicomialis, continuam existindo sob este novo modelo, já que apenas a transferência de um espaço fechado para o espaço urbano, não garante a “extinção dos mecanismos de exclusão e segregação”.

Assim, está claro que não podemos nos ater à simples mudança física ou estrutural das unidades de tratamento de saúde mental para fins de ratificação do fim das antigas práticas de tratamento de doentes mentais que outrora eram sadicamente visualizadas dentro dos manicômios e demais organismos congêneres.

É necessário um olhar técnico, detalhista, intimista e constante para que o sofrimento dos doentes mentais seja adstrito às enfermidades que os acometem e não mais às práticas espúrias às quais anteriormente eram submetidos.

Em que pese o vasto histórico das nefastas práticas manicomiais alhures descritas e a luta por dias melhores no meio assistencial em campo aberto, fruto dos movimentos pela desospitalização dos portadores de transtornos mentais, ainda nos deparamos com busca de soluções contraditórias e paradoxais, pois diante dessa realidade de sofrimento e abandono vivenciada pelos inimputáveis portadores de transtornos mentais, que cumprem medida de segurança detentiva em celas de unidades prisionais do Estado do Tocantins, O Centro de Defesa dos Direitos Humanos de Colinas - Dom Jaime Collins, O Centro de Direitos Humanos de Cristalândia, A Associação Estadual de Direitos Humanos do Tocantins – MEDH, em 10\01\2017, ajuizaram Ação Civil Pública – autos nº. 0000017-04.2017.827.2721, com pedido de tutela antecipada, contra o Estado do Tocantins, visando obter provimento jurisdicional para compelir o Estado do Tocantins a construir o Hospital de Custódia, perante o Juízo de Direito da 1ª, Vara Cível da Comarca de Guaraí-TO.

*A pretensão está fundada faticamente na inexistência de hospital de custódia no Estado, o que é uma verdade, nem como no fato de que os detentos portadores de transtornos mentais são jogados nas prisões, em situação degradante, até mesmo subumanas, e, por vezes, deixados nos pátios das Delegacias e Cadeias Públicas, sob as intempéries (sol, chuva, calor frio), como se gente não fosse, outra verdade. E, como fundamentação legal invocaram o direito à saúde e à integridade física dos portadores de transtornos mentais em conflito com a lei em situação de detenção;*

*Em sede de liminar, após o Dr. Océlio Nobre da Silva, então Juiz de Direito da 1ª. Vara Cível da Comarca de Guaraí-TO., fulcrado no art. 300 do CC, proferiu decisão determinou ao Estado a adoção das medidas necessárias para, no prazo de 01 ano, construir o Hospital de Custódia do Estado do Tocantins, devendo as medidas preparatórias (instauração do processo administrativo, projetos, dentre outras) serem iniciadas no prazo máximo de 60 (sessenta) dias. Determinou também ao governo estadual a disponibilização, no prazo de 30 dias, de um estabelecimento provisório para acolhimento dos doentes mentais encarcerados, separando - os dos demais presos comuns. Determinou, ainda, o imediato*

*fornecimento de atendimento médico e fornecimento de medicamento aos doentes mentais encarcerados, com a tolerância de 48 (quarenta e oito) horas, determinando, inclusive, que, na hipótese de alegação de falta de recursos, a suspensão do pagamento e contratação de todos os serviços de propaganda oficial do governo, devendo cem por cento dos recursos daquela rubrica serem destinados à construção do hospital de custódia do Estado do Tocantins, fixando penalidades para o caso de descumprimento, inclusive, a fixação de multa pessoal ao Governador, no valor estimado da obra, isto é, 1,2 (um milhão e duzentos mil reais), sem prejuízo das medidas de reforço com o bloqueio da quantia na conta do tesouro, condução policial do Chefe do Executivo por desobediência e até afastamento do cargo de Governador do Estado; impondo o mesmo valor da multa ao Estado do Tocantins, com as conseqüências penais e administrativas imputadas ao Gestor. Vejamos:*

*[...]POSTO ISSO, com fundamento no artigo 300 do código de processo civil, DEFIRO a antecipação dos efeitos da tutela jurisdicional e, em conseqüência: I – Determino ao GOVERNO ESTADUAL a adoção das medidas necessárias para construir o HOSPITAL DE CUSTÓDIA DO ESTADO DO TOCANTINS. O prazo para esta providência é de 01 (um) ano, devendo as medidas preparatórias, como a instauração do processo administrativo, com projetos, etc, serem iniciadas no prazo máximo de 60 (sessenta) dias. II – Determino ao governo estadual a disponibilização de um estabelecimento provisório para acolher os doentes mentais encarcerados, separando - os dos demais presos comuns. O prazo para esta providência é de 30 (trinta) dias, contados da ciência esta decisão. III – Determino o fornecimento de atendimento médico e fornecimento de medicamento aos doentes mentais encarcerados. Esta providência é imediata, não podendo superar o prazo de 48 (quarenta e oito) horas, contados da ciência desta decisão pelo ente público. IV – Para a hipótese de alegação de falta de recursos, determino, desde já, suspenso o pagamento e contratação de todos os serviços de propaganda oficial do governo, devendo cem por cento dos recursos daquela rubrica serem destinados à construção do hospital de custódia do Estado do Tocantins. V – Ultrapassado o prazo de 60 (sessenta) dias, seguindo - se até a apresentação de projeto, inclusão do custo da construção do hospital de custódia em orçamento do Estado, fica o Governo proibido de realizar quaisquer gastos com propaganda, salvo se reservar, em espécie, o valor orçado da obra. VI – Para a hipótese de descumprimento de quaisquer os capítulos desta decisão, com fundamento no artigo 301 do código de processo civil, fixo multa pessoal ao Governador, no valor estimado da obra, isto é, 1,2 (um milhão e duzentos mil reais), sem prejuízo das medidas de reforço com o bloqueio da quantia na conta do tesouro, condução policial do Chefe do Executivo por desobediência e até*

*afastamento do cargo de Governador do Estado; imponho o mesmo valor da multa ao Estado do Tocantins, com as conseqüências penais e administrativas imputadas ao Gestor. VII – Determino a citação do Estado do Tocantins, para contestar a ação, no prazo legal, bem como a intimação pessoal do Governador, ante o caráter pessoal de ônus que recai sobre a sua pessoa. Quanto à contestação, observe a parte de mandada o disposto artigo 303, parágrafo 1º, III do código de processo civil. VIII – Com fundamento no artigo 303, parágrafo primeiro, II do código de processo civil, d determino a inclusão deste processo em pauta de audiência de conciliação, conforme prevê o artigo 334 do código e processo civil. IX – Cientifique , quanto à existência desta ação e da data da audiência, a Procuradoria Regional dos Direitos dos Cidadãos do Ministério Público Federal; X – Cientifique o Ministério Público Estadual. Cumpra – s e. Intimem - se. Guaraí, 28 de janeiro de 2017. (As) Océlio Nobre da Silva Juiz de Direito”.*

A respeitável Decisão suso referida proferido em 28 de janeiro de 2017 pelo galhardo Magistrado signatário desta é louvável por seu propósito, finalidade e necessidade, porém, considerando a experiência demonstrada ao longo da história, entendemos que essa instituição em gestação, a saber “Hospital de Custódia” deveria despir-se da feição hospitalar, em consonância com os pressupostos da atenção psicossocial contemporânea que preconiza a adequação dos tratamentos por dispositivos que substituam o caráter de contenção e segregação por parte da assistência em saúde mental.

Desse modo essa pesquisa fundamenta a necessidade de que esse importante projeto deveria se converter em outros recursos não hospitalares da rede de atenção psicossocial a serem considerados dentro de possibilidades concretas e exequíveis, onde a proposição de tratamento pudesse adquirir uma conotação de espaço terapêutico substitutivo, com característica não hospitalar, o mais familiar possível, com cujo ambiente os pacientes se identificassem com a proximidade de “se sentirem em casa”, a fim de responderem de forma mais positiva ao tratamento. Assim, devem ser observados todos os meios, recursos terapêuticos e serviços diversificados que constituem os espaços de atenção psicossocial.

Nessa linha de raciocínio, o presente trabalho deve promover o questionamento e a reflexão das autoridades do estado do Tocantins, dos profissionais de saúde e todos os implicados e envolvidos nessas demandas sobre novas alternativas a serem buscadas para a adequação do propósito de cuidados desses pacientes sentenciados. Assim, deveriam ser disseminadas as informações e considerações finais e sugestões ora apresentadas.

## 11. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A evolução das acepções circunstanciadas na história acerca das causas e consequências das doenças mentais, a forma pela qual seus enfermos foram abordados, tratados e acolhidos pela sociedade ao longo dos séculos e as transformações do instituto da sanção penal dentro do paradigma social e cultural do homem nos demonstram as mudanças foram tímidas e muito sutis em relação ao trato do doente mental em conflito com a lei e a ênfase deve considerar a necessidade única de tratamento ao invés de punição.

A análise desses casos refletiu que em pleno século XXI, o Estado continua recebendo essa demanda e trancafiando os enfermos psiquiátricos em ambientes prisionais inapropriados nos quais esses são molestados, agredidos, torturados e jogados à própria sorte dentro das vicissitudes do ambiente carcerário vulnerável aos percalços de uma “sociedade” paralela comandada por facções criminosas, num contexto coabitacional de violência e medo.

Se nos ambientes asilares de tratamentos psiquiátricos já eram rechaçadas quaisquer indicações terapêuticas para o tratamento desses casos, inexistente e fere os direitos humanos fundamentais, sendo tal situação avessa a qualquer possibilidade de recuperação do doente mental ergastulado em um presídio comum, abarrotado com centenas de criminosos, onde ele não poderá sequer defender-se minimamente. A ordenação que expõe os pacientes a esse contexto apenas agravam as mesmas posturas adotadas ao longo dos séculos e continuarão massacrando os vulneráveis, coisificados como instrumentos e joguetes de liberação de raivas e frustrações dos demais detentos, bem como de execração e humilhação públicas com o fito de uma diversão deturpada e vilipendiada, fruto de\ a morbidez e\ ou maldade humanas.

No estudo de caso nº 001 o paciente L.F.S.A. tirou a vida de sua mãe durante um surto psicótico e foi trancafiado em um presídio no qual não teve condições para se adaptar às rotinas exigidas e demais protocolos da unidade prisional, por ser portador de esquizofrenia, bem como por ter desobedecido aos funcionários, provocando inconscientemente tumulto na enfermaria da unidade e proferindo injúrias contra todos com os quais tem contato.

No estudo de caso nº 002 o paciente J.B.S. preso por diversos crimes contra o patrimônio foi sentenciado, inicialmente, a cumprir medida de segurança de tratamento de sua doença mental. Entretanto, sem que tivesse recebido qualquer tratamento e após o cometimento de novos crimes, foi sentenciado por outro juízo ao cumprimento de pena privativa de liberdade, sendo esse um paradoxo jurídico, pois os laudos e demais documentos acostados pelo profissional de saúde e que lastream sua inimputabilidade outrora, demonstram que sua insanidade não cessou nem foi, sequer, tratada.

No estudo de caso nº 003 o paciente M.B.L.C. foi absolvido impropriamente, *a priori*, a medida de segurança de tratamento ambulatorial, depois de cometer novos crimes, acabou por ser “internado” na cadeia pública local, sendo massacrado por outros presos com tapas em sua cabeça que acabaram por comprometer sua integridade física e auditiva, conforme consultas e exames anexados aos autos judiciais. As autoridades responsáveis pelo paciente solicitaram ao Estado do Tocantins, por diversas vezes, a disponibilização de local adequado para o tratamento do custodiado, mas não houve qualquer resposta da administração pública, forçando, pois, a permanência daquele no sistema prisional comum.

No estudo de caso nº 004 o paciente M.R.N.R. foi preso por ter matado um conhecido de suas relações pessoais com golpes de machado desferidos em sua cabeça enquanto dormia, sendo diagnosticado com esquizofrenia e sentenciado ao cumprimento de medida de segurança de internação para tratamento de sua saúde mental. Entretanto, diante da inexistência de local apropriado para efetivação da medida de segurança imposta, o paciente permaneceu trancafiado em uma cadeia pública na qual sua agressividade somente aumentou, chegando, inclusive, a ameaçar pessoalmente o Juiz da Comarca, o Promotor e a Diretora da Cadeia Pública, pessoa a qual manifesta apreço e vínculo amoroso de sua exclusiva parte, dizendo que a mataria também por amá-la. Ressaltasse que dentro da cadeia pública e sem o tratamento adequando a expressão libidinal do paciente se encontra fora do controle consciente e, somada a sua agressividade crescente, sob tal situação coercitiva, provoca transtornos e tumultua as relações psicossociais no seu entorno, com todos aqueles que possa manter contato cotidiano.

No estudo de caso nº 005 o paciente O.P.P. foi preso por matar seu irmão com golpes de faca, ocasião na qual foi sentenciado ao cumprimento de medida de segurança de internação para tratamento do acometido transtorno mental, visto que foi diagnosticado com esquizofrenia. Internado em uma clínica psiquiátrica particular conveniada ao Estado, o paciente passou a apresentar um quadro de agressividade exacerbada que culminou no pedido de alta clínica, sendo esta justificada pela equipe médica devido ao grau elevado de periculosidade e concomitante desaparecimento da instituição para contenção adequada, sendo solicitada a sua internação em unidade prisional, pois todos estavam em risco de morte com sua permanência naquela instituição, sendo que pouco depois desse relatório ele empreendeu fuga da referida clínica e foi capturado meses depois em outro município distante quase 300km daquele de onde evadiu-se, sendo recambiado para a unidade de tratamento penal Barra da Grota em Araguaína – TO. Seu quadro de violência somente se agravou enquanto ergastulado em unidades prisionais comuns, tendo regredido tão somente porque o

próprio preso aceitou tratamento médico no ambiente prisional, quando passou a utilizar a medicação prescrita voluntariamente, obtendo a remissão dos surtos que passaram a ser controlados, comportando-se adequadamente, sem colocar os demais conviventes em risco.

No entendimento desta signatária, os inimputáveis por transtornos mentais deveriam ser afastados\excluídos do Sistema Penal, já que à luz da Teoria Tripartida ou Analítica do Crime, estes não cometem crime algum, não havendo razão para serem tutelados pelo Direito Penal, sendo, portanto, um problema de saúde pública, afeto à esfera administrativa, de alçada do Poder Executivo, razão porque, por esse viés, não seriam passíveis de sanção, consoante alhures demonstrado no item 4 - “O CRIME E O DOENTE MENTAL”. Contudo, não é esta a proposta deste trabalho, mas, desde já, aponto-o como ponto sugestivo para futuros estudos nesse sentido por quem se interessar pelo assunto.

Existe um fator constante observado em todos os casos analisados, qual seja a completa e irrestrita omissão do Estado do Tocantins em designar e definir dentro das ações de atenção psicossocial no âmbito dos cuidados à saúde, para o acolhimento desses doentes psiquiátricos, criar uma rede de comunicação entre todos os órgãos coobrigados no trato de pessoas com transtornos mentais e disponibilizar uma equipe multidisciplinar permanente para seu acompanhamento a fim de que essa parcela da sociedade deixe de ser abandonada, saia da invisibilidade e passe a ter respeitados os direitos e garantias fundamentais constitucionalmente defesas que estão sendo prevaricadas pelo Estado.

Estamos falando que na rede de atenção psicossocial da saúde, variados dispositivos devem ser avaliados quanto a pertinência para esse tipo de tratamento requerido para um transgressor inimputável, que é irresponsável pelos próprios atos e necessita de cuidados especializados adequados à sua condição mórbida. Um desses dispositivos é denominado Residência Terapêutica, que supostamente pode vir a ser instalada em um imóvel ruralístico despido de qualquer caracterização hospitalar que tenha estrutura física e condições de segurança aptas ao recebimento de internações involuntárias, no âmbito assistencial do Sistema Único e Saúde – SUS, mas que fuja daquele aspecto manicomial e confira “*layout*” *Residencial Terapêutico* e familiar, atendendo às disposições legais da lei 10.216/01 e da Portaria 3088\11, propiciando ao paciente um ambiente adequado à sua recuperação ou melhora do seu quadro de saúde, sem que este seja obrigado a um tratamento desumano e desqualificado em uma prisão ou mesmo em um hospital, até porque sua agressividade e fomentando a aceitação do tratamento, inclusive, deve ser objeto de atenção profissional e institucional no âmbito da saúde. A sugestão do procedimento terapêutico advindo de uma Residência Terapêutica nos termos apresentados, em contato direto com a natureza e outros



instrumentos e recursos a serem administrados conforme as necessidades de cada caso oferecem perspectivas de solução que deverão ser estudadas e adaptadas e não constituem sozinhas a solução das situações apresentadas, extremamente complexas.

Mas, certamente a saída não se restringe a uma única proposta de solução tal qual a apresentada acima. Deve ser acionado um conjunto de entes intersetoriais, com responsabilidade do setor público, de comunicação entre a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS, Secretarias de Assistência Social do Estados e dos Municípios, Hospitais, Ministério Público, Defensoria Pública e Poder Judiciário facilita a administração dos pacientes e o retorno de informações e laudos acerca de todos os sentenciados ao cumprimento de medidas de segurança, sejam elas de internação involuntária ou tratamento ambulatorial em liberdade.

Por fim, faz-se necessário a disponibilização pelo Estado de material humano qualificado para a composição mínima, de uma equipe multidisciplinar permanente à disposição do sistema gerencial das secretarias municipais e estadual de saúde mental, que atuará em regime de plantão para que os tratamentos não sejam interrompidos em nenhum momento e que o trato dos pacientes esteja sempre sendo acompanhado e monitorado a fim de garantir o irrestrito acato à Lei 10.216/01, velando pelo afastamento de feição asilar, em quaisquer dispositivos institucionais que venham a ser acionados.

O Estado do Tocantins, mediante o levantamento de casos identificados neste trabalho, tem sido relapso desde sua criação constitucional em 1988, quanto ao tratamento dos doentes mentais em situação de conflito com a lei, sendo necessário que a omissão e prevaricação sejam interrompidos por uma administração pública proativa visando o bem da coletividade.

Uma nação é penalizada, incluindo o estado do Tocantins, quando um punhado de gestores descompromissados ignoram todas as vítimas dos inimputáveis que deveriam encontrar acesso aos tratamentos, e também sofrem pela falta de responsabilidade do Estado por sua omissão que perpetua a reincidência desses casos, tornando todos criminosos e cruéis.

Entretanto, essa pesquisadora entende que não pode modificar essa realidade sozinha, porquanto “uma andorinha solitária jamais fará verão”. Mas sabe que esse trabalho aponta o problema, debate suas nuances causais e propõe a reflexão e ações para obter soluções factíveis que dependem das efetivas políticas públicas a serem empenhadas pela classe política para que sejam implantadas.

Os tempos de medo e terror dos doentes psiquiátricos que cometem atos delituosos precisam chegar ao fim. A exclusão social e a animalização dos quais são vítimas precisa ter um final definitivo e o Estado tem a obrigação de alavancar essa mudança oferecendo todos

os meios físicos, materiais, humanos e financeiros para que o tratamento digno se torne uma realidade. Os presídios precisam deixar de ser utilizados como destino para esses sujeitos, assim como jamais tais instituições deveriam segregá-los, tampouco os asilos e manicômios, pois a era das internações compulsórias em instituições totais deve ser abolida definitivamente, já que se trata de um passado aviltante na história da humanidade.

## 12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABBAGNANO, Nicola. Dicionário de filosofia. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2007.

ARBEX, Daniela. Holocausto brasileiro: genocídio 60 mil mortos no maior hospício do Brasil. São Paulo: Geração, 2013.

Autos do processo da Ação Popular nº 0000017-04.2017.827.2721, em trâmite na 1ª Vara Cível da Comarca de Guarái/TO.

BARROS, Flávio Augusto Monteiro de. Direito penal: parte geral. 3. ed. rev. atual. ampl. São Paulo: Saraiva, 2003

BECCARIA, Cesare. Dos delitos e das penas. São Paulo: Martin Claret, 2002.

BITTENCOURT, Cezar Roberto. Tratado de Direito Penal. Parte Geral. 18. ed. São Paulo: Saraiva, 2012.

BOBBIO, Norberto. A Era dos Direitos. 18. Ed. Rio de Janeiro: Campus, 1992.

BRASIL. Código de Processo Penal. decreto lei nº 3.689, de 03 de outubro de 1941. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/Del3689.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del3689.htm). Acesso em 20/04/2017.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Organização de Alexandre de Moraes. 16ª Ed. São Paulo: Atlas, 2000.

BRASIL. Lei n. 7.210, de 11 de julho de 1984. Dispõe sobre a Execução Penal e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/CCIVIL\\_03/leis/L7210.htm](http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/leis/L7210.htm). Acesso em: 20 abr. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Governo Federal. Portaria Nº 3088 de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Republicado no Diário Oficial da União, nº 96, de 21.05.2013, Seção 1, págs. 37/38, com incorreção no original. Disponível em [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html). Acesso em 20/04/2017.

- BRASIL. Lei n. 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/LEIS\\_2001/L10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10216.htm)>. Acesso em: 20 abr. 2016.
- BRITO, Alexis Augusto Couto de. Execução Penal. São Paulo: Quartier Latin, 2006.
- CAPEZ, Fernando. Curso de Direito Penal: parte geral. 18. ed. São Paulo: Saraiva, 2014.
- COHEN, 2006.
- DELMANTO, Celso et al. Código penal comentado. 7 ed. Rio de Janeiro: Renovar, 2008.
- DOWER, Néelson Godoy Bassil, *Direito Penal Simplificado (Parte Geral)*. Ed. Nelpa, São Paulo, 2000
- ESTEFAN, André. Direito Penal Esquemático: Parte Geral. São Paulo: Saraiva, 2012.
- FERRARI, Eduardo Reale. Medidas de Segurança e Direito Penal no Estado Democrático de Direito. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2001.
- FIGUEIREDO DIAS, Questões Fundamentais do Direito Penal Revisitadas, RT, S. Paulo, 1999.
- FOPPEL el Hireche, Gamil. A função da Pena na visão de Claus Roxin. Forense, 2004.
- FOUCAULT, Michael. Vigiar e Punir. 19ª Edição. Petrópolis (RJ), Ed. Vozes, 1999.
- FOUCAULT, Michel. História da loucura na idade clássica. 7ª Edição. São Paulo: Perspectiva, 2004.
- FRAGOSO, Heleno. Lições de Direito Penal, p. 387, Forense, Rio, 1994
- FRANÇA, Genival Veloso de. Medicina Legal. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.
- FÜHRER, Maximiliano Roberto Ernesto. Tratado da Inimputabilidade no Direito Penal. São Paulo, ed. Malheiros, 2000.
- GOMES, Hélio. Medicina Legal. 32. ed. Rio de Janeiro: Freitas Bastos, 1997.
- GOMES, Luiz Flávio. Direito penal: parte geral, vol. 2. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2007.
- GOMES, Luiz Flávio; MOLINA, Antonio Garcia Pablo. Direito Penal: Parte Geral. 1.ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2007.
- GRECO, Rogério. Curso de Direito Penal. 13. ed. Rio de Janeiro: Impetus, 2016.
- HOBBS, Thomas. *Leviatã*. Tradução: Alex Marins. São Paulo: Martin Claret, 2006.
- JESUS, Damásio E. de. *Código Penal Anotado*. 12º ed. São Paulo: Saraiva, 2002

- LEVORIN, Marco Polo. Princípio da Legalidade na Medida de Segurança. 1ª Ed. São Paulo: Juarez de Oliveira, 2003.
- LIMA, Aldo Corrêa de. Da imputabilidade penal. 2009. Disponível em: <<https://aldoadv.wordpress.com/2009/12/13/da-imputabilidade-penal/>>. Acesso em: 1 abr. 2016.
- MARCÃO, Renato. Curso de Execução Penal. 7. ed. São Paulo: Saraiva, 2009.
- MATTOS, Virgílio de. Crime e Psiquiatria, uma saída. 1. ed. Rio de Janeiro: Revan, 2006.
- MEDEIROS, Cristiano Carrilho Silveira de. Saúde Mental e o Direito. 1. ed. São Paulo: Método, 2004.
- MESSUTI, Ana. O tempo como pena. Trad. Tadeu Antonio Dix Silova, Maria Clara Veronesi. São Paulo: Ed Revista dos Tribunais, 2003.
- MORAES FILHO, Marco Antonio Praxedes de. Evolução histórica da inimputabilidade penal:. Revista Jus Navigandi, ISSN 1518-4862, Teresina, ano 11, n. 1017, 14 abr. 2006. Disponível em: <<https://jus.com.br/artigos/8234>>. Acesso em: 23 abr. 2017.
- MUÑOZ CONDE, Francisco. Teoria Geral do Delito. Porto Alegre: Sergio Fabris, 1988.
- NOGUEIRA, Ataliba. Progressão na Execução de Execução de Medida de Segurança na unidade prisional de Franco da Rocha-SP. Fonte: <http://linux.an.gov.br/mapa/?p=9300>  
<http://www.sap.sp.gov.br/uni-prisionais/cpp.html>
- NUCCI, Guilherme de Souza. Crimes contra a dignidade sexual. 5. ed. São Paulo: Forense, 2014.
- NUCCI, Guilherme de Souza. Manual de Direito Penal. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2011.
- ODA, A.M.G.R. Sobre a Revisão da Tradução. In: PINEL, Ph. Tratado médico-filosófico sobre a alienação mental ou a mania. Tradução de Joice A. Galli. Porto Alegre: Ed. da UFRGS, 2007
- PONTE, Antônio Carlos da. Inimputabilidade e Processo Penal. 2. ed. São Paulo: Quartier Latin, 2007.
- PRADO, Luiz Regis. Curso de *Direito Penal Brasileiro*. V. I Parte Geral, 4º ed. São Paulo, RT 2004.
- REALE JÚNIOR, Miguel. Instituições de Direito Penal. Rio de Janeiro: Forense, 2012.
- ROSA, Lucia Cristina dos Santos; FEITOSA; Lucíola Galvão Gondim Corrêa. Processo de Reestruturação da Reforma da Atenção em Saúde Mental no Brasil: avanços e desafios. Sociedade em Debate, Pelotas, 14(2): 135-152, jul.-dez./2008.
- ROTELLI, Franco et al. Desinstitucionalização: uma outra via. São Paulo: HUCITEC, 1990.

ROTTERDAM, Erasmo de. O Elogio da Loucura. Tradução de Paulo M. Oliveira.  
[www.ebooksbrasil.com](http://www.ebooksbrasil.com)

SAGAN, Carl. O Mundo Assombrado pelos Demônios. São Paulo, Companhia das Letras, 1997

TOLEDO, Francisco Assis de. Direito Penal: parte geral. 5. ed. São Paulo: Saraiva, 1994.

VICENTINO, Cláudio. *História Geral*. 6ª ed. São Paulo: Spicione, 1996. Pág. 8. Divisão clássica do período histórico

ZAFFARONI, E. Raúl. Direito Penal Brasileiro: Primeiro Volume. Rio de Janeiro: Revan, 2003

ZAFFARONI, Eugenio Raúl. PIARANGELI, José Henrique. Manual de Direito Penal Brasileiro. Parte geral. 5º ed. São Paulo. RT 2004

**ANEXO 1 – CARACTERIZAÇÃO DOS CASOS ESTUDADOS**

TABELA 1 – CARACTERIZAÇÃO DOS CASOS

Nomes	Crime	Família	Patologia	Periculosidade	Modalidade	Reincidência
L.F.S.A	Homicídio	Não	esquizofrenia	Sim	Internação	Não
J.B.L	Furto	Sim (pai)	Esquizofrenia simples	Não	Ambulatorial (Convertida) entregue à família em 31\03\2017	Sim 5
M.B.L.C	Estupro, Estupro de Vulnerável e roubo	Sim (pai)	Transtorno Esquizofrênico	Não (laudo) Sim (juiz) Sim (MP)	Internação	Sim 4
M.R.N.R	Homicídio	Sim (avó)	Esquizofrenia não especificada	Sim	Internação	Não
O.P.P	Homicídio	Sim, mas não quer recebe-lo		Não	Ambulatorial (Convertid)	não

**ANEXO 2 - Estudo dos Processos Criminais estudados, AUTOS 01 a 05**



## ANEXO 2 - Estudo dos Processos Criminais estudados, AUTOS 01 a 05

### PROCESSOS CRIMINAIS ESTUDADOS:

#### 8.1. AUTOS N°. 001– Paciente: L.F.S.A.:

Extrai-se dos autos deste CASO de Execução Penal, ocorrido em 2015/Araguaína-TO., L.F.S.A. ‘agindo com vontade e determinação de matar, prevalecendo-se das relações domésticas, em manifesto ato de violência contra a mulher e valendo-se de meio cruel e recurso que dificultou a defesa da vítima, mediante agressões físicas, produziu em (...) sua genitora, as lesões corporais descritas no laudo cadavérico e que foram a causa eficiente de sua morte’. A autor foi preso em flagrante na mesma data pela Polícia Militar após ter empreendido fuga. Seis (6) meses após a recaptura deste, foi submetido a Exame Criminológico cujo termo está anexado aos autos e que apresenta a conclusão a seguir transcrita: “[omissis] Após 03 avaliações do paciente, em diversas situações, inicialmente sem medicação e totalmente alterado, em um segundo momento menos agitado, porém com pensamento totalmente desagregado e com conteúdo delirante, e na terceira entrevista medicado com quetiapina, onde ele apresenta embotamento afetivo, informou sobre o fenômeno de sonorização do pensamento, delírios de referência. Pelo exame e antecedentes do réu, nota-se que ele apresenta doença mental, esquizofrenia (doença que o usuário de maconha tem 40 vezes mais chance de apresentar) e a época do fato não tinha qualquer condição de entender o caráter ilícito do fato. [omissis]”.

Quando analisado o quesito periculosidade do paciente, foi feita a seguinte pergunta ao senhor perito: “o examinado pode ser considerado perigoso, porque a sua personalidade e antecedentes, bem como os motivos e circunstâncias do crime autorizam a suposição de que venha ou torne à delinquir?”, ocasião na qual o senhor perito respondeu: [omissis] **Sim, ele é perigoso se não receber tratamento psiquiátrico com as medicações adequadas.** [omissis]. (vide Evento nº 26 dos autos eletrônicos). (grifos da pesquisadora). Foi observado que somente após mais cinco (5) meses é que foi prolatada sentença pelo M.M Juiz responsável, na qual foi determinada a medida de segurança de “internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou em outro estabelecimento adequado, pelo prazo mínimo de um ano, observando o disposto no artigo 97, § 2º, do Código Penal.” Passados, portanto, mais cinco (5) meses, o autor foi submetido a novo exame pericial para aferição da cessação de sua periculosidade, tendo a perícia chegado à seguinte conclusão: “[omissis] o Paciente é esquizofrênico crônico, estava sem o tratamento adequado, ele pretende não usar as

*medicações, não recebe visitas de familiares, é um paciente que se colocado em liberdade ele terá um alto risco de praticar atos violentos contra a pessoa. E, nada mais havendo a constar, lavrou-se esse laudo, que segue devidamente assinado no dia 07\09\2016. (as) Marcos Vinicius Alves de Oliveira – Médico Psiquiatra legista lotado no IML de Araguaína – TO.” (vide Evento nº 26 dos autos eletrônicos). [...]Explicamos a Vossa Excelência que este Hospital, em razão de sua natureza assistencial, bem como pela capacidade instalada para execução de suas atividades não tem condições de atuar como clínica de recuperação de transtornos psíquico/mentais, tal procedência desencadearia desconfortes, riscos e inviabilizaria os demais atendimentos ora ofertados. Ademais, é notório que o HRA, por atender a Macro-Região de Araguaína, bem como o sul do Pará e Maranhão está sobrecarregado, inexistindo, sem comprometimento da sua rotina, qualquer possibilidade de atendimento à pacientes em caráter ambulatorial. [omissis]”. A permanência de qualquer paciente de alta médica ou que não tenha tratamento nesta unidade de saúde interfere na qualidade dos serviços prestados pela instituição, sendo que hoje bloqueiam mais de 70% (setenta por cento) das vagas da psiquiatria. Ressaltamos, por oportuno, que esta unidade de Pronto Socorro tem como objetivo apenas tirar o paciente do surto e não realizar tratamento terapêutico prolongado. Diante do exposto, no momento não temos leito disponíveis na ala psiquiátrica do HRA para ser ocupado. Passados mais 45 dias, por via de ofício destinado ao Juízo da Execução, emitido pelo diretor da Unidade prisional de Araguaína, informando a Ocorrência interna lavrada pelo Gerente Operacional da Unidade, relatando acerca da desobediência, injúrias e desordem na sala da enfermaria da referida Unidade pelo sentenciado L.F.S.A. e a ficha de atendimento do paciente na Unidade de Pronto atendimento – UPA daquela urbe. Considerando as razões supra, um mês e 5 dias após a comunicação da ocorrência, o Juízo da Execução, determinou que fosse oficiada à residência Terapêutica de Araguatins, para que informe sobre a existência de vaga para o paciente suso referido para o recebimento deste, no prazo de 48 (quarenta e oito) horas e em cuja determinação ainda pende de cumprimento pela Serventia respectiva desde 16\12\2016, data do proferimento do r. Despacho.*

## **8.2. AUTOS Nº. 002 – Paciente: J.B.S.**

Em agosto de 2016 o Juiz Presidente procedeu à reunião dos autos de três processos das Ações Penais movidas em desfavor do paciente J.B.S., todas instauradas para apuração de crime de furto e, por ocasião da realização da audiência de instrução e julgamento, após ouvir as vítimas, testemunhas e interrogar o paciente e, acatando o requerimento das partes

formulado em suas alegações finais, prolatou a r. Sentença de Absolvição imprópria do paciente supramencionado e aplicou-lhe Medida de Segurança consistente em tratamento ambulatorial. O paciente cometeu, em tese, outro crime mas foi absolvido acobertado pela excludente da ilicitude - furto famélico. O paciente estava cumprindo a pena de dois anos de reclusão e 10 dias multa, consoante r. Sentença condenatória pelo crime de furto (Evento 01 – documento 04), cuja execução penal foi convertida em medida de segurança, a pedido da Defesa, que alegou ser o paciente portador de esquizofrenia simples e patologia não especificada, consoante Declaração Médica Psiquiátrica, e laudo pericial. Quatro meses depois, em 09\12\2016, o Juízo da Execução decidiu manter J.B.S. em tratamento Ambulatorial, “*O mesmo deverá ser submetido a uma perícia médica de ano em ano, conforme previsto no artigo 97, §2 do CP a fim de analisar eventual cessação de Periculosidade. Aguarde-se fato novo.*” Já em março de 2017, por ocasião da audiência de instrução e julgamento, sob um novo processo, o autor foi condenado a pena de um ano e dez dias-multa pela prática do crime de furto simples em 19\12\2016. Naquela oportunidade revogou a prisão do acusado, pondo-o *incontinenti* em liberdade. Pelo que consta nos autos não obteve a pesquisadora a compreensão se o paciente tem prova técnica pericial da sua inimputabilidade materializada no laudo de Insanidade Mental e já cumpria Medida de Segurança em tratamento ambulatorial, por que não foi beneficiado pela exculpação (int.). De igual modo, inexistente nos autos prova de que o paciente teve o restabelecimento da sua higidez mental, de modo a entender o caráter ilícito do fato e determinar-se de acordo com esse entendimento. O paciente é pessoa calma, pacífica, inexistindo nos autos qualquer informação sobre ato de violência ou ameaça à pessoa. Tanto é que os crimes atribuídos ao paciente são todos contra o patrimônio. Não há informação sobre a prática de crime contra a vida, nem contra a integridade ou incolumidade física, consoante se infere da Certidão de Antecedentes Criminais acostada aos autos (Ev. 2 – doc. 05). Inexistente nos autos prova de mau comportamento carcerário.

### **8.3. AUTOS Nº. 003 – Paciente: MBC:**

Em julho de 2011, pela Defensoria pública local foi pedida a conversão da Medida de Segurança detentiva em tratamento ambulatorial, sob alegação de o ergastulamento do paciente na cela da cadeia pública de Porto Nacional – TO constituía violação de normas legais e constitucionais. Em 19\06\2011 o Ministério Público Estadual havia se manifestado desfavorável ao referido pedido da defesa, sob a alegação de que o paciente é detentor de periculosidade e, cuja liberdade colocaria em risco todas as crianças de Porto Nacional – TO,

pugnando, naquela oportunidade, pela realização de exame pericial para aferição de cessação de periculosidade. Em 12\08\2011, o pedido da defesa suso referido foi indeferido pelo MM. Juiz, que, acatando o parecer ministerial, manteve a medida de segurança na modalidade internação, determinou a submissão do paciente a exame pericial para fins de aferição da cessação da periculosidade deste, bem como fosse requisitado ao chefe da cadeia pública de Porto Nacional – TO e ao CAPS daquela urbe informação sobre a realização do tratamento clínico do paciente, bem como à Superintendência de Administração Penitenciária e Prisional para que solicite vaga para internação do paciente em local adequado. Em 14\10\2011 foi o paciente MBC a exame para verificação da cessação de periculosidade, cujo laudo teve a seguinte conclusão: *“O exame psíquico atual revela que o periciando encontra-se estabilizado e pode retornar ao convívio sócio-familiar desde que permaneça em acompanhamento psiquiátrico ambulatorial, constante e regular (CAPS), além de receber a devida Assistência social. O risco é algo inerente à sociedade [omissis].*

Em 24\11\2011 a pedido da Defesa foi convertida a medida de segurança estacionária em ambulatorial ao paciente MBC, o qual foi posto em liberdade e entregue ao seu genitor e responsável legal, mediante o compromisso de acompanhá-lo no tratamento ambulatorial a ser realizado via CAPS da cidade e Porto Nacional – TO.

Paciente teve acompanhamento da equipe multiprofissional do CAPS de Porto Nacional – TO. Entretanto, em 22\05\2012, o paciente foi preso em flagrante pela suposta prática do crime previsto no art. 157 do Código Penal Brasileiro – CPB, sendo preso novamente, em flagrante em 10\06\2012, pela prática dos crimes capitulados nos artigos 157, § 2º, I, e art. 213, do CPB. Em 02\10\2012, em razão dos novos fatos cometidos pelo paciente, com vista dos autos, o Ministério Público pugnou pela internação deste e a Defensoria Pública requereu a liberação (soltura) deste, com a manutenção do tratamento ambulatorial. Em 14\04\2014, consta a certidão de bom comportamento carcerário. 29\09\2014, o Ministério Público requereu a submissão do paciente a exame para aferição de cessação de periculosidade. Em 24\02\2016, o paciente foi submetido a exame para aferição da cessação de periculosidade, cuja conclusão foi a seguinte: *[omissis] Descarta-se a psicopatia, porém, aponta-se a presença de transtorno esquizofrênico. Observa-se um indivíduo com muita dificuldade de se adaptar a novas situações e com grande dificuldade de estabelecer relações interpessoais. Considera-se de extrema importância propor tratamento adequado ao reeducando, com acompanhamento psicológico e psiquiátrico, utilizando-se os serviços da rede de saúde pública de saúde, principalmente o Centro de Atenção Psicossocial – CAPS. O uso contínuo da medicação faz-se necessário, sendo uma maneira de evitar novas*

*crises/surtos. O acompanhamento da família desse reeducando é algo imprescindível.* Em 17\05\2016, o paciente, via Defensoria Pública, pede a sua desinternação, com base no laudo supra e na internação do local da internação. Em 27\06\2016, o Juiz da Execução disse que o laudo pericial constante do evento 136 é inconclusivo e determinou a submissão do paciente a nova perícia. Em 17\10\2016, o paciente foi submetido ao exame pericial para verificação da cessação de periculosidade, consoante laudo respectivo, o qual concluiu pela cessação da periculosidade deste, que a liberdade do paciente não representa risco de reiteração criminosa e que o reeducando tem condições de se submeter a tratamento ambulatorial. Em 14\12\2016, invocando o art. 182 do Código de Processo Penal, o Juiz da Execução afasta a conclusão dos peritos lançada no evento 206 e, acolhendo parecer do Ministério Público, manteve o ergastulamento do paciente MBLC, bem como determinou a submissão deste a nova perícia, sob o fundamento da reiteração do crime de estupro e roubo, nas duas vezes em que foi posto em liberdade. Em 16\01\2017, segundo informação da Casa de Prisão Provisória de Porto Nacional – TO, o reeducando MBC tentou perfurar seu colega de cela Willian Nogueira com um “chunço” (chucho) de 42 cm, só não conseguindo êxito por interferência dos plantonistas, informando também que o referido paciente já foi realocado na cela 02 (seguro) por atentar contra a vida de outro reeducando. Naquela oportunidade, devido à superlotação da referida unidade prisional e ao fato de não haver mais nenhum local adequado para recolhimento do mencionado paciente, solicitou a remoção deste para outra unidade prisional ou mesmo uma instituição psiquiátrica adequada para o devido acompanhamento do supramencionado. Em 25\01\2017, o Ministério Público, se manifestando sobre os fatos supra, requereu que fosse providenciado, em caráter de URGÊNCIA, a transferência do internado MBC para um estabelecimento adequado, requerendo, ainda, fosse solicitada uma vaga na comarca de Palmas, Gurupi e Araguaína, bem como o encaminhamento de cópia do expediente do diretor da unidade prisional para a Delegacia de Polícia de Porto Nacional, a fim de que se proceda a apuração dos fatos definidos como crime. Em 27\01\2017, portanto, após os fatos supra-reverenciados, a Defensoria Pública, ao tomar conhecimento de que o interno MBC. Vítima de violência física durante a revista realizada na Casa de Prisão Provisória de Porto Nacional – TO, no dia 25/01\2017, oportunidade em que foi agredido na região da orelha, salientou que MBC é inimputável e encontra-se recolhido em local inadequado e sem qualquer acompanhamento médico, em franca violação a seus direitos fundamentais e, invocando o artigo 5º, inciso XLIX da Constituição Federal requereu imediato encaminhamento do interno ao Instituto Médico Legal e em seguida a atendimento médico/hospitalar. Naquela oportunidade, pediu, ainda, vista dos autos para manifestação sobre o pleito ministerial

constante do evento 247. Em 27\01\2017, o Juízo da execução proferiu a seguinte decisão: “[...]o interno MBC tem sido motivo de constante preocupação deste juízo, do Ministério Público e Defensoria Pública, haja vista que insiste em adotar conduta inadequada, ora facilitando a entrada de drogas no estabelecimento prisional, ora entrando em conflito com os demais detentos, revelando que não está apto a ser reinserido na sociedade e que necessita com urgência da atenção do Estado. É sabido que o inimputável não deve ser responsabilizado pela falta de manutenção de estabelecimentos adequados ao cumprimento da medida de segurança, por ser essa responsabilidade do Estado. Por outro lado, por repetidas vezes, quando posto em liberdade, o internado voltou a delinquir praticando roubos e estupros. Logo, é imperiosa a necessidade de mantê-lo recolhido. Em outras oportunidades este juízo informou às autoridades competentes sobre a gravidade do problema, contudo, nada ainda foi feito. Pelo exposto, determino ao cartório as seguintes providências: a) oficie-se à Secretaria de Estado da Defesa Social informando sobre o caso e solicitando com a maior urgência possível que seja providenciada a internação do sentenciado em estabelecimento adequado, nos termos do parecer do MP; b) Intime-se o diretor da CPP desta cidade para que conduza os detentos envolvidos no fato até a delegacia de polícia civil para que seja lavrado o devido boletim de ocorrência, bem como conduza o internado Maurício Bonfim ao IML, como requer a Defesa. Porto Nacional - TO, 27/01/2017.

Em 24\02\2017, o Juízo do processo oficiou ao Ministério Público com atuação na Vara Criminal da Comarca de Porto Nacional - TO, solicitando providências pertinentes em relação à perda parcial de audição do paciente MBC o qual se encontra recolhido no estabelecimento prisional local. Em 10\03\2017, o Chefe da Cadeia Pública de Porto Nacional – TO informou ao Juízo da Execução que a consulta e avaliação do paciente MBC foi agendada para o dia 20/03/2017 para atendimento médico e posteriormente ao Especialista Otorrinolaringologista via Secretaria Municipal de Saúde, frisando que o atendimento desta se restringe a uma vez por semana. Em 10\12\2016 a Defensoria Pública local apresentou Habeas Corpus em favor do paciente MBC, no qual em 23\03\2017 foi proferido o Acórdão a seguir transcrito: “[...]ACÓRDÃO: Sob a Presidência do Excelentíssimo Senhor Desembargador RONALDO EURÍPEDES, a 1ª CÂMARA CRIMINAL do Egrégio Tribunal de Justiça do Estado do Tocantins, por unanimidade de votos, com fulcro nos artigo 96, inciso I, do Código Penal, artigo 319, inciso VII, do Código e Processo Penal e art. 196, da Constituição Federal, CONCEDEU PARCIALMENTE A ORDEM REQUESTADA, acolhendo o parecer da Cúpula o Ministério Público, para que o Paciente seja internado em Hospital Psiquiátrico apropriado, ou, na impossibilidade deste, para um estabelecimento

*adequado para seu tratamento na condição de interno, seja em unidade pública u particular, dentro ou fora desta Unidade Federativa, compelindo o Estado do Tocantins, através das Secretarias da Justiça e dos Direitos Humanos e da saúde, para que promovam no prazo de 30 dias, referida internação. Determinou a Notificação das Secretarias de Justiça e dos Direitos Humanos e da Saúde o Estado do Tocantins, para que, após a ciência desta decisão, adotem as medidas necessárias para o cumprimento no prazo estabelecido autoridade impetrada para que preste as informações sobre o caso, nos termos do voto do Relator. [...](Ev. 32 dos autos de HC) Voto do Relator anexo (Ev. 27).*

#### **8.4. AUTOS Nº. 004 – Paciente: M.R.N.R.:**

Emerge dos autos que no dia 08/10/2008, por volta das 09h para 10h, na Fazenda Cantagalo, zona rural de Dianópolis – TO, acusado e vítima tiveram um desentendimento, ocasião em que o denunciado munuiu-se de um machado e a vítima de uma foice para se defender, momento em que foram desarmados pelos presentes e tiveram seus ânimos acalmados. Acusado e vítima estavam ingerindo bebida alcoólica e a se encontrava muito embriagada, razão porque se deitou em um colchão existente na sala. Enquanto isso, o acusado continuou ingerindo bebida alcoólica na parte externa da casa e as demais pessoas que se encontravam no local (Márcio e Manoel Bonfim) foram tomar banho de rio. Aproveitando-se dessa circunstância, eis que estava sozinho com a vítima, que estava dormindo, o acusado Manoel Rosário Nunes Ribeiro desferiu vários golpes de machado na vítima Valdivino Pereira de Oliveira, enquanto esta dormia, causando-lhe a morte. Quando as testemunhas que ali estavam voltaram do rio, encontraram o acusado sentado em um banco do lado de fora da casa, o qual lhes informou de que havia matado Valdivino. Ao se dirigirem ao interior da residência, se depararam com a vítima morta, deitada no colchão, com o rosto desfigurado e ensangüentado, na mesma posição em que antes estava dormindo. Já o denunciado permanecia bastante calmo. A Polícia foi comunicada e ao chegar no local dos fatos o acusado não mais estava lá, tendo sido preso, posteriormente, na casa da avó dele.

Em 26\02\2009, às 15h50min foi realizado Exame de Insanidade mental na pessoa do paciente Manoel do Rosário, cuja conclusão foi que o paciente está acometido de esquizofrenia não especificada associada a transtorno psicótico em razão do uso de álcool (CID X F20.9; F10.5). Ao quesito que trata sobre a possibilidade de reinserção social do paciente, respondeu: “[...]É improvável que isso possa ocorrer, pois além da cronicidade, pois além da cronicidade da própria Esquizofrenia, o periciando não tem rede social de apoio para manter tratamento (família) e sempre que fizer uso de etílico haverá possibilidade

*de recrudescimento de todos os sintomas, inclusive, com alta probabilidade de reincidência no mesmo tipo de infração.[...]*” (Ev. 01 – doc. 4).

Em 26\02\2009, o paciente foi submetido a exame de insanidade mental para aferição da higidez mental deste. O Laudo de Exame de Incidente de Insanidade Mental diagnosticou que o periciando é portador de: F20.9 Esquizofrenia não especificada com comordidade com F10.5 transtorno psicótico devido ao uso de álcool e responderam que por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado era o réu, aos tempo da ação, inteiramente incapaz de entender o caráter criminoso do fato ou de se determinar de acordo com esse entendimento. (Evento 01 – doc. 4).

Em 26\04\2009, o paciente foi absolvido sumariamente da imputação a ele atribuída, em razão da sua inimputabilidade, com fulcro no artigo 415, IV, parágrafo único do Código de Processo Penal, c/c. o artigo 26, caput, do Código Penal, sendo-lhe aplicada medida de segurança consistente na internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico por tempo indeterminado, e a cada dois anos ser submetido a exame pericial para fins de aferição da cessação de sua periculosidade, em atendimento ao disposto no parágrafo 1º do artigo 97 da Lei Substantiva Penal, mantendo-se, temporariamente, o paciente na Casa de Prisão Provisória de Dianópolis – TO – CPPD, até que seja providenciada a sua internação na forma determinada no parágrafo anterior. Por ocasião da prolação da sentença foi determinada a expedição de ofício ao Secretário de Segurança Pública do Tocantins e Secretário Estadual de Saúde para informarem ao Juízo no prazo de (10) dez dias sobre a existência, neste Estado, de hospital de custódia e tratamento psiquiátrico para cumprimento da medida de segurança imposta ao paciente suso referido, asseverando que, em caso positivo, fosse providenciado o encaminhamento do acusado à unidade de tratamento respectiva. (Evento 01 – doc.05).

Em 22\05\2009, via Of. 3582\2009 (fls. 32 e 37) o Senhor Secretário de Saúde informou ao Juízo do processo da inexistência no Estado do Tocantins de serviço psiquiátrico do tipo *Manicômio Judiciário*. No entanto, informou que em setembro de 2008 foi assinado um TAC junto ao Ministério Público Estadual no qual a Secretaria de Saúde, Cidadania e Justiça e Segurança Pública comprometeram-se a produzir assistência em saúde mental aos reeducando inimputáveis na CPP de Palmas, onde mantinha uma equipe especializada no atendimento a esses reeducandos composta de: médico psiquiatra, médico clínico, psicólogo, assistente social, enfermeira, odontólogo, auxiliares técnico de enfermagem e reeducandos que trabalham como agentes de saúde no interior do presídio e finalizou sugerindo que fosse contactada a Superintendência de Administração Penitenciária e Prisional da Secretaria da



Cidadania e Justiça para remoção do réu a CPP de Palmas, onde receberia tratamento médico e acompanhamento de equipe multiprofissional.

Os integrantes do mutirão carcerário do Conselho Nacional de Justiça passaram pela Comarca de Dianópolis – TO e tomaram conhecimento de que o paciente estava cumprindo a medida de segurança na Casa de Prisão Provisória daquela urbe (fl.35 v").

Em 01\06\2009, via Of. 1422009, o Superintendente da Polícia Civil informou que não há hospital psiquiátrico no Estado do Tocantins (fl. 38).

Em 03\06\2009, via Of. 373\09 (à fl. 40) o Secretário da Cidadania e Justiça informou que o Estado do Tocantins não dispõe de hospital de custódia e tratamento psiquiátrico e acrescentou que os atendimentos aos inimputáveis estão sendo realizados em unidades do CAPS, ambulatorios e rede de pronto socorro.

Em 09\06\2009, via Of. Nº. 57309 (fl. 41) o douto Juiz da 4 a Vara Criminal oficiou que na CPP de Palmas não havia vaga para o reeducando por não ser lugar de loucos e a estes só hospital serve.

Em 03\06\2009, via Of. 737\09, (fl. 55) a Defensoria Pública requereu autorização para o reeducando ser submetido à avaliação médica, o pedido foi deferido (fl.56). O coordenador do CAPS informou a avaliação e o acompanhamento do reeducando pela equipe que trabalha nesta unidade de saúde (fl.59), além dos dias em que o mesmo seria atendido para os acompanhamentos psicológicos (fl. 62). Evento 01- doc. 09).

Em 20\08\2010, via Of. 260\210 (fl. 70) a Escrivã da Vara da Família e Cível informa o Juízo da Execução sobre o despacho do Juiz respectivo nos autos nº 2009.12.9323-5 de Ação Civil Pública e cópia da inicial. Na parte inferior do referido ofício foi exarado despacho do Juízo do processo determinando a solicitação de vaga para o reeducando na Clinica São Francisco da Cidade de Araguaína – TO. (Evento 01- doc. 09).

Em 28\07\2010 (fl. 71) consta despacho solicitando ao Excelentíssimo Senhor Secretário de Segurança Pública do Tocantins informação sobre a existência, neste Estado, de hospital de custódia para tratamento psiquiátrico de medida de segurança. Evento 01- doc. 09).

Em 06\08\2010, via Of. 36910, (fl. 72) o Senhor Secretário de Segurança Pública informa da inexistência de hospital de custódia do Estado, mas que a Clínica de Repouso São Francisco situada na cidade de Araguaína – TO procede ao tratamento psiquiátrico de medida de segurança, a qual atende pelo SUS. (Evento 01- doc. 09).

À fl. 73 o douto juiz da Vara Cível e Família postergou a apreciação da liminar na Ação Civil Pública após resposta do Estado, cuja cópia da inicial da Ação Civil Pública,

protocolizada em 14\12\2009, nos anais da esfera cível da Comarca de Dianópolis – TO, foi carreada para os autos (fls.74-89). (Evento 01- doc. 09).

Em 20\09\2010, via Of. 238\10, fls. 95, o Chefe da Casa de Prisão Provisória informa ao Juízo da Execução o seguinte; “[omissis] Considerando que o reeducando MANOEL DO ROSÁRIO NUNES RIBEIRO é preso por medida de segurança; Considerando que o referido preso/ mesmo sendo acompanhado pela equipe do CAPS desta cidade, continua apresentando alterações psíquicas; Considerando que o mesmo já se encontra preso nesta CPPD desde 18/10/2010; Considerando outras ocorrências já encaminhadas, onde o reeducando tentou suicídio (enforcamento, cortes peio corpo), bem como quando empreendeu fuga juntamente com outros reeducando. Considerando que esta Unidade Prisional não possui condições para ergastular o preso com possíveis distúrbios mentais. Informamos que na atual situação, o reeducando aparenta perturbado mentalmente, se recusando a tomar a medicação, estando com mania de perseguição pelos outros reeducandos e tentando se tatuar, escrevendo em seu braço, causando ferimentos leves, trazendo assim transtornos para esta Unidade Prisional, a qual já se encontra com número reduzido de agentes e com super lotação. Encaminhamos ocorrência interna n° 22/2010 para conhecimento e providências que julgar necessária.[omissis]”. (Evento 01 – doc. 10).

Relatório da Autoridade Prisional de Dianópolis, em atendimento a determinação judicial, sobre o estado do paciente Manoel do Rosário, a seguir transcrito: ” Aos vinte e nove dias do mês de setembro do ano de dois mil e dez (29/09/2.010), a pedido do MM Juiz de Direito da Vara Criminal desta Comarca, relato que: O reeducando MANOEL DO ROSÁRIO NUNES RIBEIRO 7 preso por medida de segurança, é um ergastulado que vem causando problemas esta Unidade Prisional, pois o mesmo aparentemente possui distúrbios mentais, como podemos verificar pelas ocorrências internas anexas e depoimentos anexas de alguns colegas de cela, a seguir: O reeducando, onforme consta em nosso cadastro (cópia anexo), foi preso em 23/12/2006 e m 22/02/2007 recebeu alvará de soltura. Em 08/10/2008 fora recolhido novamente e em 16/10/2008 recebeu alvará de soltura. Em 18/10/2010 fora recolhido novamente. Em 17/03/2010 empreendeu fuga sendo recapturado e recolhido em 19/03/2010 onde se encontra até a data de hoje. Em sua história clínica, o que podemos e temos documentalmente é que em 26/02/2009 foi submetido a Exame de Insanidade Mental, É acompanhado pelo Caps desta cidade desde 12/05/2009 e medicado constantemente, conforme orientação aquele órgão. Em 16/05/2009 o mesmo tentou suicídio, conforme relatado em ocorrência interna n° 011/09 anexo passando em 18/05/2009 por exame de corpo de delito no IML de Natividade-TO. Em 23/09/2009 o mesmo passou por exame de

*incidente de insanidade mental no IML de Palmas. A partir de 14/12/2009 passou a ser acompanhado semanalmente por profissionais do Caps, conforme ordem judicial e que continua sendo assistido e medicado até os dias de hoje. Em 17/03/2010 empreendeu fuga juntamente com outros reeducando. Ultimamente, com alterações visivelmente psíquicas alteradas, se comportando conforme relatado em ocorrências internas nº 22 e 23/2010 anexas. Caso é que este reeducando tem causado transtornos nesta Unidade Prisional, sendo que constantemente vem sendo narrados fatos de perturbação do referido reeducando aos outros que dividem ou já dividiram a cela com o mesmo, como consta em depoimentos anexos dos reeducandos Erivaldo dos Santos, Genilson Ribeiro Costa e Pedro Aurélio Márquez, bem como tem manifestado interesse pessoal pelos profissionais que o assistem, defensora pública, terapeuta e psicóloga. É o Relatório. Dianópolis, 29 de setembro de 2010. (as.) Luciana Aparecida Bonifácio Chefe da Casa de Prisão Provisória.” (Evento 01 – doc. 10).*

Em 31\10\2010, via Of. 03710 (fl. 113) consta relatório do Médico do CAPS informando o acompanhamento médico do reeducando. (Evento 01 – doc. 10).

Em 12\10\2010, à fl. 129, expediente s/n, o Diretor Técnico da Clínica de Repouso São Francisco informa que não possui condições físicas e técnicas para atender réus presos com histórico criminal de alta periculosidade que necessitam, além do tratamento adequado, de vigilância policial.

Em 03\11\2010, às fls. 130-132 constam informações complementares referente ao exame de incidente de insanidade mental nº. 11.0005.02.09 no seguinte teor: "Embasado no exame psiquiátrico anterior, no atual e na sua curva vital, bem como nas características do delito que lhe é imputado, concluiu-se que o Sr. M.R.N.R. é portador de doença mental grave (esquizofrenia paranóide - CID10 F 20.0) de cura improvável e que no momento, não está adequadamente controlada. Nesse contexto não se pode admitir a cessação da periculosidade".

Em 16\11\2010, às fls. 134\136, a pedido da Defensoria Pública e do parecer do Representante do Ministério Público despachou-se solicitando vaga para o paciente no hospital de custódia e tratamento no município de Salvador-BA, o diretor, desta unidade de saúde informa que não há vaga para o internamento do paciente (fl. 141).

A Defensoria Pública afora pedido de liberdade provisória do réu (fls. 145-17), sendo o parecer do Representante do Ministério Público desfavorável (fls. 148-150) e o pleito indeferido, oportunidade em que pelo Juízo da Execução foi determinado que fossem enviadas cópias da decisão à Excelentíssima Senhora Presidente do Egrégio Tribunal de Justiça deste Estado, à Excelentíssima Senhora Corregedora Geral de Justiça deste Estado, ao

Excelentíssimo Senhor Secretário de Segurança Pública deste Estado, ao Excelentíssimo Senhor Secretário de Saúde deste Estado, ao Excelentíssimo Senhor Juiz da Vara Cível, desta Comarca a fim de informar a este Juízo o resultado da Ação Civil Pública aforada pela Defensoria Pública.

Consta ofício informando a existência de vaga na Clínica de Repouso São Francisco situada em Araguaína – TO, assinado pelos responsáveis da Subsecretaria da Justiça e cidadania (fl. 160).

Em 20\07\2011, à fls. 164 o Diretor Técnico informa que na Clínica de Saúde São Francisco não possui condições físicas e técnicas para atender aos pacientes presos com histórico criminal de alta periculosidade que necessitam, além do tratamento psiquiátrico, da vigilância policial. (Evento 01 – doc. 13).

Em 03\08\2011, a pedido do Ministério Público fora determinada a expedição de ofício a Secretaria de Segurança Pública dos Estados de Goiás, Minas Gerais e São Paulo, solicitando informação sobre a existência de vaga, nestes Estados, para receber o reeducando que está cumprindo medida de segurança (Evento 01 – doc. 13 - fls. 165-166).

Em 04\07\2011, via Of. 5210\11, a fl. 167, o Secretário Interino da Saúde oficiou noticiando que o reeducando não tem condições de estar numa clínica psiquiátrica considerado de alta periculosidade, com revisão da cessação da periculosidade negada. Ponderou que segundo informações do Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Justiça está realizando um mutirão para rever as medidas de segurança, refazendo os exames de cessação de periculosidade e que Tocantins está incluso. Acrescentou que a Casa de Prisão Provisória de Palmas possui um programa de saúde prisional com acompanhamento psicológico e psiquiátrico. (Evento 01)

Em 10\11\2011, via Of. 19992011, à fl. 174 a Agência de Goiânia do Sistema de Execução Penal, através do seu presidente e por determinação do Secretário de Segurança Pública e Justiça informou que o Estado de Goiás não dispõe de hospital de custódia para tratamento psiquiátrico para cumprimento de Medida de segurança. (Evento 01 – doc. 13)

A Superintendência de articulação Institucional e Gestão de Vagas de Belo Horizonte – MG informou que não existe vaga para o reeducando.

Em 03\01\2012, consta a Ocorrência Interna nº 002\2012, consignando os seguintes fatos: paciente ateou fogo em um colchão; paciente desferiu uma mordida no colega de cela, a vítima da mordida desferiu um soco no olho direito e uma pesada nas costas do paciente. Este diz está com taquicardia e é levado para o hospital, ao retornar, o paciente teve que ficar no

corredor, porque os demais detentos não queriam que ele ficasse na sua cela. (Evento 01 – doc. 14).

Em 05\10\2011, às fls. 170\178 de acordo com o provimento n° 03/2008, da Corregedoria Geral deste Estado e consoantes as diretrizes fixadas pelo Conselho Nacional de Justiça no provimento n° 47/2007, de 18 de dezembro de 2007 foi realizada a inspeção carcerária mensal Pelo Dr. Ciro Rosa de Oliveira e o Dr. Luiz Francisco de Oliveira, então Juiz da Execução e Promotor de Justiça com atuação na referida Vara e elaborado o respectivo Relatório no qual ficou consignado o seguinte: “[...] o reeducando MR.N.R. vem causando, diuturnamente, transtornos na cela em que se encontra com outros nove detentos. O referido reeducando se recusa a ingerir a medicação prescrita pelo médico psiquiatra, ameaça de morte os presos com os quais convive na cela. Já foi feito o remanejamento do referido condenado em todas as celas desta CPPD, no entanto os detentos se recusam a ficar com o mesmo; pois teme por sua vida, uma vez que o M.N.R.N. os ameaça de morte. No dia 03 do corrente mês e ano ateou fogo em um colchão em frente a cela 05 onde ele se encontrava ergastulado. Nesse momento ele foi contido pelos agentes os quais retiraram o colchão que estava pegando fogo em frente a cela 05, a fim de evitar maiores danos e colocado no pátio do banho de sol, nessa oportunidade o detento M.R.N.R. entrou em luta corporal com o detento Rafael Aires, sendo que os próprios presos que se encontrava na cela separaram a briga. Logo em seguida o citado detento, por se encontrar bastante agressivo foi levado ao Hospital Regional de Dianópolis-TO., por volta das 02h40min da madrugada, onde foi medicado, no entanto ao retornar a Casa de Prisão Provisória foi posto no corredor da carceragem, uma vez que se encontrava sob o efeito de medicamentos. Posteriormente, ou seja, às 14 horas foi encaminhado, novamente, ao Hospital Regional de Dianópolis - TO, onde a Dra. Simone Pereira Keller, que atende no CAPS desta Cidade, e também, foi medicado por essa profissional. Depois de medicado, novamente, retomou com esse reeducando a Casa de Prisão Provisória e colocou na cela 02. Face a esses fatos, fica patente que a CPPD não tem estrutura nem servidores aptos a trabalhar com detentos que cumprem medida de segurança, dessa forma solicitamos a essa Douta Corregedoria e Douta Presidente do Egrégio Tribunal de Justiça deste Estado, no sentido e envidar esforço para transferir o reeducando M.N.R.N., que se encontra cumprindo medida de segurança nesta unidade prisional para um manicômio judicial, a fim de preservar a integridade física dele e dos demais detentos que e encontram cumprindo pena na Casa de Prisão Provisória de Dianópolis - TO. Durante a inspeção o preso E.R.C. disse que o coração estava doendo e batendo forte (taquicardia), que imediatamente o preso foi retirado na cela e levado para o

*Hospital Regional de Dianópolis - TO para atendimento médico. Que o reeducando M.N.R.N. foi retirado da cela e posto na sala da Chefe da CPPD, onde na presença do Juiz, Ciro Rosa de Oliveira, do Promotor de Justiça Luiz Francisco de Oliveira, da Chefe Substituta da Casa de Prisão Provisória Rozineire Silva de Oliveira, conhecida como ROSE e o do Agente Penitenciário José Joaquim Carlos Carvalho ameaçou de morte o juiz Dr Ciro Rosa de Oliveira e afirmou: "QUE AMA: ROZINEIRE SILVA DE OLIVEIRA, CONHECIDA COMO ROSE; 2- ELISA MARIA PINTO – DEFENSORA PÚBLICA QUE TRABALHOU NA VARA CRIMINAL DESTA COMARCA; - NAPOCIANE PEREIRA PÓVOA – DEFENSORA PÚBLICA QUE TRABALHOU NA VARA CRIMINAL EM SUBSTITUIÇÃO AUTOMÁTICA; 4- SÁABAH MELO RINCO EX-CONVIVENTE DE MANOEL DO ROSÁRIO; 5- LUCILENE AMARO DOS SANTOS CONHECIDA COMO LUCIELENE. Afirmou, ainda, que assim que sair da Casa de Prisão Provisória irá matar todas essas pessoas que ele ama E QUER COMER OS OLHOS, O CORAÇÃO, ORELHA DE QUAISQUER PESSOAS. Observação: ROZINEIRE SILVA OLIVEIRA conhecida como ROSE autorizou a levar ao conhecimento da Presidência e da Corregedora um papel escrito pelo reeducando MANOEL DO ROSÁRIO onde consta os seguintes dizeres: "MANOEL AMA ROSE E LUCILENE PARA SEMPRE - JESUS". Esclarece que ROSE é casada, tem dois filhos e, atualmente, está gestante de seis meses. Foi juntado, também, outros escritos da lavra do Manoel do Rosário e entregue ao Promotor de Justiça onde ele diz QUE AMA ELISA MARIA PINTO DE SOUSA – NEGO DE ELÍZA GOIÁS – DESENHO DE UM DRAGÃO COM VÁRIOS ESCRITOS E MANOEL DE SABA. Dianópolis, 05 de janeiro de 2012. (As.)Rozineire Silva de Oliveira - Chefe Substituta da CPPD; (as.)Ciro Rosa de Oliveira - Juiz de Direito; (as.) Luiz Francisco de Oliveira – Promotor de Justiça; (as.) Fábio Gomes Bonfim – Escrivão Criminal; (as.) José Joaquim Carlos Ramalho – Agente Penitenciário.” Anexo cópias dos manuscritos do paciente (fls. 183\187).*

Em 05\01\2012 o paciente imprimiu fuga, mas foi recapturado na mesma data. (Evento 01 – doc. 14 – fls. 180\181)

Nesse contexto, em 26\04\2012, o Juiz da Execução em estudo, a fim de cumprir determinações do Conselho Nacional de Justiça- CNJ que não admite o cumprimento de medida de segurança em local inapropriado, determinou a expedição de ofício com cópia de todo o processo de Execução Penal e encaminhamento à Douta Presidente do Egrégio Tribunal de Justiça deste Estado para conhecimento e providências cabíveis; expedição de ofício com cópia de todo processo de Execução Penal e encaminhado à Douta Corregedora Geral de Justiça do Egrégio Tribunal de Justiça deste Estado para conhecimento e

providências cabíveis; expedição de ofício à Coordenadoria de Saúde da Secretaria de Administração Penitenciária/SAP em São Paulo solicitando vaga para o reeducando cumprir a medida de segurança que lhe fora imposta. (Evento 01 – doc. 16 – fls. 213\216).

Em 29\10\2010, o inimputável Manoel do Rosário foi submetido a exame para aferição de cessação de periculosidade, cuja conclusão foi a seguinte: *“Embasado no exame psiquiátrico anterior, no atual e na sua curva vital, bem como nas características do delito que lhe é imputado, concluiu-se que o Sr. Manoel do Rosário Nunes Ribeiro é portador de doença mental grave (Esquizofrenia Paranoide –CID 10 F20.0), de cura improvável e que no momento, não está adequadamente controlada. Nesse contexto não se pode admitir a cessação de periculosidade.”* (evento 1 – doc. 14)

Em 15/04/2012, via Of. nº. 010/Dape/2012, datado de 15/04/2012, a Dra. Adenilda de Sousa Borges – Psicóloga integrante da Equipe Psicossocial, solicitou ao Diretor do CEPSE – Saúde Mental do Estado de Minas Gerais a viabilização de recebimento do inimputável Manoel do Rosário Nunes Ribeiro para tratamento pelo tempo necessário (Evento 01 – doc. 18 – fl. 247)

Em 29/05/2012, a Clínica Jardim América Ltda., através do então Diretor Dr. Miguel Augusto Rios, em resposta à solicitação de vaga para internação do paciente Manoel do Rosário Nunes Ribeiro, feita pela Sra. Adenilda de Sousa Borges – Psicóloga integrante da Equipe Psicossocial, informou da inexistência de suporte para receber o referido paciente em razão da tendência para o suicídio demonstrada por este, ante as várias tentativas relatadas, além da detenção de libido exacerbada, constantes do seu histórico, e que a supramencionada clínica não possui segurança prisional. (Evento 01 – doc. 18: fl. 246).

Em 15/04/2012, via Of. nº. 010/Dape/2012, datado de 15/04/2012, a Dra. Adenilda de Sousa Borges – Psicóloga integrante da Equipe Psicossocial solicitou ao Diretor do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico PROF. ANDRÉ, de Franco da Rocha - SP a viabilização de recebimento do inimputável Manoel do Rosário Nunes Ribeiro para tratamento pelo tempo necessário (Evento 01 – doc. 18 – fl.248).

Em 15/04/2012, via Of. nº. 010/Dape/2012, datado de 15/04/2012, a Dra. Adenilda de Sousa Borges – Psicóloga integrante da Equipe Psicossocial, solicitou ao Diretor do Instituto de Psiquiatria de São Paulo -SP a viabilização de recebimento do inimputável Manoel do Rosário Nunes Ribeiro para tratamento pelo tempo necessário (Evento 01 – doc. 18 – fl.249).

Em 15/04/2012, via Of. nº. 010/Dape/2012, datado de 15/04/2012, a Dra. Adenilda de Sousa Borges – Psicóloga integrante da Equipe Psicossocial, solicitou ao Juízo da Vara de

Execuções Criminais de Barra Funda – SP a viabilização de recebimento do inimputável Manoel do Rosário Nunes Ribeiro para tratamento pelo tempo necessário (Evento 01 – doc. 18 – fl.250).

Em 15/04/2012, via Of. nº. 010/Dape/2012, datado de 15/04/2012, a Dra. Adenilda de Sousa Borges – Psicóloga integrante da Equipe Psicossocial, solicitou ao Diretor do Hospital Psiquiátrico Água Funda, em São Paulo – SP a viabilização de recebimento do inimputável Manoel do Rosário Nunes Ribeiro para tratamento pelo tempo necessário (Evento 01 – doc. 18 – fl. 251).

Em 17/04/2012, via Of. 069/2012-DTDS, a Sra. Cláudia Farah Kotait Bucha Tsky, então Diretora Técnica de Departamento de Saúde – CAISM em resposta à solicitação supra, informou que os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico do Estado de São Paulo são subordinados à Secretaria da Administração Penitenciária, pelo que sugeriram contato com o referido órgão. (Ev. 01 – doc. 18 – fl. 254).

Em 02/05/2012, em atendimento à solicitação feita pelo Juízo de Direito da Vara Criminal da Comarca de Dianópolis - TO a então Juíza de Direito da 5ª. Vara de Execuções Criminais, Drª. Ana Paula Achôa Mezher Gibson informou que o gerenciamento de vagas para recebimento de pacientes é de responsabilidade da Coordenadoria da Saúde do Sistema Penitenciário do Estado e adota a antiguidade de solicitação como critério preferencial, conforme disposto na Portaria DECRIM nº. 14/06, daí a impossibilidade de recebimento do paciente naquela oportunidade, por questão de ordem cronológica, posto que a lista de espera contava, à época, com aproximadamente 1000 (mil) nomes aguardando vaga para internação. (Evento 01 – doc. 18 – fl. 255).

Em 15/04/2012, via Of. nº. 010/Dape/2012, datado de 15/04/2012, a Dra. Adenilda de Sousa Borges – Psicóloga integrante da Equipe Psicossocial, solicitou ao Diretor do Instituto Jacqui Schiff, em Salvador – BA a viabilização de recebimento do inimputável Manoel do Rosário Nunes Ribeiro para tratamento pelo tempo necessário (Evento 01 – doc. 18 – fl. 252).

Em 15/04/2012, via Of. nº. 010/Dape/2012, datado de 15/04/2012, a Dra. Adenilda de Sousa Borges – Psicóloga integrante da Equipe Psicossocial, solicitou ao Diretor do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico D. Arnaldo A. Ferreira, em Taubaté – SP a viabilização de recebimento do inimputável Manoel do Rosário Nunes Ribeiro para tratamento pelo tempo necessário (Evento 01 – doc. 18 – fl. 253).

Em 15/06/2012, via Of. 1547GabSec/2012, o Sr. Nilomar dos Santos Farias, então Secretário de Estado e Segurança Pública do Tocantins, solicita ao Secretário de Saúde do



Município de Dianópolis – TO, Camerino Costa Batista, consulta psiquiátrica com laudo médico constando o CID, nível de periculosidade, possível internação ou não para viabilização de vaga na Clínica de Repouso São Francisco, em Araguaína – TO. (Evento 01 – doc. 18 – fl. 256).

Diante disso, a Superintendência do Sistema Penitenciário e Prisional, por meio da Diretoria de Assistência ao Preso e ao Egresso, oficiou a vários hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico de outros Estados da Federação e entrou em contato com várias clínicas especializadas, tanto públicas quanto privadas, solicitando vaga para internação e não logrou êxito, pois ao tomarem conhecimento do histórico do paciente se negam a recebê-lo em razão de sua alta periculosidade.

Nessas circunstâncias a Secretaria busca tratamento para os portadores de transtornos mentais através da Central de Regulação do Município preconizado através da rede SUS, solução pautada na Lei 10.2016/2001, Portaria Interministerial nº. 1.777/2003, Resolução nº. 05/2004, 04/2010 do CNPCP e Resolução Nº. 113/2010-CNJ.

Na oportunidade o então Secretário instruiu a sua resposta com cópia das recomendações resultantes da Audiência Pública promovida pela Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão, realizada em 20/06/2011 para discutir a aplicação da Lei 10.2016/2001.

#### **8.5. AUTOS Nº. 005 Paciente: O.P.P.:**

Em 01/06/2011, por volta das 07h20min, o paciente OZINO PEREIRA PIRES, utilizando-se de um instrumento perfuro-cortante e com *animus necande*, sem qualquer diálogo prévio, matou o seu irmão Antonio Carlos Pereira da Silva a golpes de faca em razão de um comentário de que este levaria a genitora de ambos da casa em que ela morava com o paciente para morar consigo a fim de se evitar o sofrimento que o paciente impingia àquela. Após o cometimento do fato o paciente evadiu-se do local, só tendo sido preso em 07/02/2011.

Em 01/06/2011, por força da portaria 1/2011 (fls.18,19 e 20) foi instaurado incidente de insanidade mental a fim de que o referido paciente fosse submetido a exame psiquiátrico para aferição de sua higidez mental, cujo exame foi realizado em 18/08/2011, às 11h50min., pelos médicos legistas do Instituto Médico Legal – IML de Palmas – TO, consoante Laudo respectivo nº . 11.0022.08.11 (fls. fls nº 27, 28, 29 e 30), cuja conclusão segue transcrita: “[omissis] VII – CONCLUSÕES 1. Diagnóstico: Esquizofrenia hebefrênica. (CID 10: F 20.1) 2. Considerações psiquiátrico-forenses: as pessoas esquizofrênicas tem dificuldade no teste da realidade e apresentam idéias de referencia, alucinações auditivas, idéias delirantes de

*controle e percepções sendo estes os principais sintomas positivos. O caso em análise apresenta uma exuberância de sintomas positivos caracterizando o quadro de esquizofrenia. O delito imputado ao periciando está dentro do chamado "homicídio anormal" e perpetrado contra o membro da família. Neste contexto a perícia conclui que o Sr. Ozino Pereira Pires é portador de esquizofrenia hebefrênica com grave desorganização comportamental e que há evidente nexos de causalidade entre a doença mental e o delito que lhe é imputado, sendo, portanto, considerado inimputável.[...]. Que a patologia é permanente e progressiva. [...] Que há necessidade de tratamento Psiquiátrico contínuo. [...] O examinando é destituído das noções de bem jurídico tutelado; de ilicitude (de conduta em geral); de dano efetivo ou potencial; de reprovabilidade; de imoralidade; de sentimento de piedade; de remorso; de causalidade (relação "causa-efeito"); de reações psíquicas a resultados (alegria, tristeza, repulsa, regozijo etc.); de proporcionalidade entre ação e repulsa; de presença de liberalidade.[omissis]".(Evento 01 – doc.11).*

O paciente Ozino Pereira Pires foi absolvido sumariamente na forma do art. 415, inciso IV, do Código de Processo Penal combinado com o artigo 26, "caput" do referido *Codex*, sujeitando-o à Medida de Segurança de Internação por tempo indeterminado até averiguação da cessação de sua periculosidade fls. nº 54 e 55.

Em 07/12/2011, o Paciente Ozino Pereira Pires foi internado na extinta Clínica de Repouso São Francisco, em Araguaína – TO.

Posteriormente, sobrevieram pareceres oriundos da Direção do estabelecimento de saúde psiquiátrica, solicitando a sua transferência para outra instituição, uma vez, que, segundo os médicos psiquiatras daquela instituição, ele (paciente) apresenta alta periculosidade e a clínica não possui estrutura adequada para continuar com sua internação ante a falta de segurança para os demais pacientes internos e funcionários.

Diante dessa circunstância o Juízo da Execução determinou a realização de novo exame de sanidade mental para verificar se há a possibilidade de retorno de Ozino Pereira Pires à Unidade de Tratamento Penal Barra da Grota ou a necessidade de transferência para manicômio judicial. (Evento 01- fl. 65).

Após avaliação médica foi constatado que Ozino Pereira Pires *"é portador de um transtorno mental denominado Esquizofrenia, doença que apresenta um curso crônico e que exige uso constante de medicação anti-psicótica. Após um pequeno período (28 a 31 de maio/12) em que o mesmo tornou-se agressivo e ameaçador, deixando todos os funcionários desta Clínica de Repouso receosos e preocupados com suas integridades físicas, o paciente Ozino vem se apresentando cooperativo e sociável, dentro dos limites impostos pelas*

*sequelas de sua doença. Portanto, no momento, entendo que o paciente O. pode ser transferido para Unidade prisional e poderia até continuar o tratamento no seio de sua família. No entanto, fico preocupado quando percebo uma rejeição da família que nunca o visitou e que não o quer em sua companhia. O paciente O.P.P.deve fazer uso contínuo de medicação anti-psicótica, tendo acompanhamento psiquiátrico mensal e receber o amor e a atenção das pessoas que forem cuidar dele para que ele responda da mesma forma. [omissis]"*, consoante relatório médico circunstanciado (Evento 01 - fl. 67).

Em 14/02/2013, atendendo a requerimento ministerial, consoante Relatório da lavra da Servidora Bernadete Galdino Iunes, então Psicóloga Forense lotada na Central de Execução de Penas e Medidas Alternativas - CEPEMA de Araguaína – TO, foram realizadas visitas aos familiares do paciente suso referido, em cujo Relatório informa que “[omissis] Diante dos relatos dos familiares de 1º grau que foram localizados (mãe e irmãos) verificou-se a alegação, por parte de todos os irmãos, de que não apresentam condições de receber o reeducando e manter vigilância e cuidados para com ele [omissis]”.

A Psicóloga Forense lotada no CEPEMA chamou a atenção para o paradoxo verificado no diagnóstico dos dois médicos psiquiatras que examinaram o supramencionado paciente, senão vejamos:

*“[omissis] Entretanto, analisando o contexto dos autos, foi verificada uma discordância de opiniões entre os profissionais psiquiatras, pois conforme fls. de nº 57 datado de 31/05/12 o médico psiquiatra da Clínica de Repouso São Francisco informa que "Desde o primeiro dia de internação o paciente nunca apresentou quadro psiquiátrico que levasse ao diagnóstico de Esquiosfrênia Hebefrênica"(laudo anterior), mas foi considerado como paciente de alta periculosidade pelo mesmo. O ofício de fl. nº 63 datado de agosto/2012 da Assistente Social da referida clínica solicita a desinstitucionalização do reeducando relatando que o mesmo se encontra em condição de alta desde 07/12/2011 para transferência à Manicômio Judiciário ou Unidade Prisional. Outro relatório médico circunstanciado de fls. nº 67 a mesma instituição atesta ser o paciente portador de Esquiosfrênia e que "necessita de uso constante de medicação e de receber amor e atenção das pessoas que forem cuidar dele, para que ele responda da mesma forma". Segundo a classificação no CID 10 F 20.1 – Esquiosfrênia hebefrênica é uma forma de esquizofrenia caracterizada pela presença proeminente de uma perturbação dos afetos; as ideias delirantes e as alucinações são fugazes e fragmentárias, o comportamento é irresponsável e imprevisível; existem frequentemente maneirismos. O afeto é superficial e inapropriado. O*

*pensamento é desorganizado e o discurso incoerente. Há uma tendência ao isolamento social.[omissis]”.*

Quanto à desinstitucionalização do paciente, afirma a profissional PSI:

*“[omissis] Frente a possibilidade de Desinstitucionalização do Sr. O.P.P. NÃO foi encontrado no seio familiar alguém que se responsabilizasse por acolhê-lo dispensando-lhe cuidados necessários com o acompanhamento em relação à medicamentos que não podem ser interrompidos. Inquestionavelmente, o sistema prisional não é local adequado para o reeducando, pois a ausência do tratamento e medicamentos apropriados em ambientes de carceragem em atenção especial à sua situação de transtorno mental é entendido como uma grave agressão à dignidade da pessoa humana, um tratamento cruel e desumano. Por outro lado os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) no Brasil, segundo pesquisas, não oferecem estrutura e a qualidade dos serviços prestados são precárias sendo seu panorama atual confuso e multifacetado. Ressaltando que no Estado do Tocantins não há HCTP ou similar para encaminhamentos. A desinstitucionalização e efetiva reintegração de doentes mentais grave na comunidade é uma tarefa preocupante e que o SUS vem se dedicando com muito empenho nos últimos anos. Juntamente com outros programas, existe o Serviço Residencial Terapêutico (SRT) ou residência terapêutica que são casas localizadas no espaço urbano, constituídas para responder às necessidades de moradia de pessoas portadoras de transtornos mentais graves, institucionalizadas ou não e que considera a singularidade de cada um dos moradores e onde acontece o processo de reabilitação psicossocial buscando a inserção da pessoa na rede de serviços, organizações e relações sociais da comunidade. Os SRT possuem sua regulamentação na lei federal nº 10.216/2001, na Lei 10.708/2003 na Portaria nº 106/2000 do Ministério da Saúde.[omissis]”.* (Evento 01 – doc. 13).

Consoante relatório supra verifica-se que nenhum parente manifestou o desejo de receber Ozino, vez que todos os familiares encontrados disseram não possuir condições de acompanhar seu tratamento, fiscalizar o uso contínuo de medicação anti-psicótica e manter os cuidados necessários ao seu bem estar, o Ministério Público requereu fosse oficiado à Secretaria de Saúde do Estado do Tocantins, solicitando informação sobre a existência desse programa residencial terapêutico na Comarca de Araguaína – TO ou em outra Comarca do Estado e, em caso afirmativo, informar se existe vaga para abrigar o paciente suso referido. (Evento 01 – doc. 13- fl. 74/77).

Em 09/04/2013, em cumprimento a determinação do Juízo da Execução o Dr. Luiz Carlos de Oliveira, Médico Psiquiatra da Clínica de Repouso São Francisco em Araguaína –

TO informou que foi internado na referida Clínica desde o dia 07/12/2011 e se encontrava de alta desde o dia 02/02/2012, sendo essa condição de ser transferido para unidade prisional ou hospital de custódia e tratamento psiquiátrico comunicada ao Juízo de Direito da Comarca de Miracema do Tocantins – TO, então Juízo da Execução. Em 31/05/2012 a aludida Clínica reiterou ao Juízo da Execução a referida transferência. (Evento 01 – doc. 13).

O Dr. Luiz Carlos de Oliveira diz ainda em seu Relatório:

*“[omissis] A partir de 30/01/2012, passei a ser o médico assistente do paciente Ozino. E em 31/05/2012, enviei outra carta ao juiz supracitado, solicitando a transferência do paciente Ozino para outro local, Hospital de Custódia ou para uma unidade prisional.*

*A minha avaliação do paciente O.P.P., após acompanhá-lo durante 11 (onze) meses, é o seguinte: o paciente O.P.P. é portador de um transtorno mental denominado Esquizofrenia, doença que apresenta um curso crônico e que exige uso constante de medicação anti-psicótica. Após um pequeno período (28 a 31 de maio/2012) em que o mesmo tornou-se agressivo e ameaçador, deixando todos os funcionários desta Clínica de Repouso, receosos e preocupados com suas integridades físicas, o paciente O. vem se apresentando cooperativo e sociável, dentro dos limites impostos pelas seqüelas de sua doença. Portanto, no momento, entendo que o paciente O. pode ser transferido para Unidade Prisional e poderia até continuar o tratamento no seio de sua família. No entanto, fico preocupado quando percebo uma rejeição da família que nunca o visitou e que não o quer em sua companhia. O paciente zino Pereira Pires deve fazer uso contínuo de medicação antipsicótica, tendo acompanhamento psiquiátrico mensais e receber o amor e a atenção das pessoas que forem cuidar dele, para que Le responda da mesma forma. Lembrando sempre: "onde existir o homem, existe perigo". portanto, no momento, o paciente, O.P.P., encontra-se em condições de seguir tratamento fora do ambiente hospitalar. A falta de sequência ao tratamento, iniciado no hospital, vai levar a uma série de reinternações e produzir, no paciente, traumas que poderiam ser evitados, com um tratamento ambulatorial correto. Sendo o que tinha para o momento, apresento-lhe minhas saudações. [omissis]”.*(Evento 01 – doc. 13).

Em 05/12/2012, via Of. 930/12, a requerimento ministerial, foi solicitada ao Diretor da Clínica de Repouso São Francisco, a realização de novo exame psiquiátrico na pessoa do mencionado paciente, a fim de se verificar a possibilidade de retorno deste à Unidade de Tratamento Penal Barra da Grota – UTPBG ou transferência para manicômio judiciário (Evento 01 – doc. 15 – fl. 87).

Em 10/06/2013, via Of. nº. 4377/2013, da Secretaria Estadual de Saúde, em atendimento a requisição judicial, que a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do Estado do Tocantins ainda encontra-se em Processo de fortalecimento e implementação e que ainda não dispõe de Serviço de Residência Terapêutica, bem como que o paciente deverá ser atendido no CAPS II de Araguaína – TO. (Evento 01 – fl. 98).

Em 16/07/2013, às 11h, o paciente O.P.P. empreendeu fuga da Clínica de Repouso São Francisco, em Araguaína – TO onde estava internado e que este estava nas cercanias da cidade de Miracema do Tocantins – TO em 19/07/2013, ameaçando a família, conforme Certidão da lavra da Sra. Suzane Cristine Wiziack, servidora do CEPEMA (Evento 01 – doc. 16 – fl. 98).

Em 30/08/2013, conforme Relatório da Assistente Social do CEPEMA, a Sra. Daniela Fonseca Cavalcante, Servidora da Escrivania Criminal da comarca de Cristalândia – TO informou-a de que o paciente O.P.P. estava internado no Hospital daquela cidade após, segundo informações de populares, ter percorrido, a pé, o trajeto entre as cidade de Miracema do Tocantins – TO e Cristalândia – TO, que tinha recebido alta naquele dia (30/08/2013) e não estava em condições de ser recolhido na unidade prisional daquela urbe, pedindo, naquela oportunidade, que o paciente fosse transferido com urgência para Araguaína – TO. (Evento 01 – doc. 16 – fl. 100).

Na data acima, o paciente supramencionado foi recapturado em cumprimento ao respectivo mandado de prisão expedido contra a pessoa deste e recolhido à Cadeia Pública de Cristalândia – TO, conforme Of. 060/2013 da autoridade prisional daquela localidade, sendo posteriormente recambiado para a Unidade de Tratamento Penal Barra da Grota, em Araguaína – TO. (Ev. 01 – doc. 16 – fl. 101).

Posteriormente, considerando que ficou acordado a realização de 05 (cinco) avaliações ambulatoriais pelo Município, o Juízo da Execução determinou a realização de avaliação psiquiátrica de O.P.P.

O Secretário Municipal de Saúde respondeu informando que o acordo determinou a realização de 05 (cinco) consulta mensais por médico psiquiatra da Rede SUS Municipal no Ambulatório de Especialidades Municipal e que os laudos periciais seriam realizados pela Secretaria Estadual de Saúde do Estado, deixando, assim, agendada algumas consultas ainda para o mês de novembro de 2013 no Ambulatório de Especialidades Municipal.

No início do ano de 2014 o Juízo da Execução oficiou à Secretaria Municipal de Saúde para que informasse se Ozino Pereira Pires tinha sido submetido à avaliação

psiquiátrica e, caso positivo, que se encaminhasse o laudo, contudo, não foi encontrada nos autos qualquer resposta.

Assim, o cartório da CEPEMA entrou novamente em contato com a Coordenação da Central de Regulação de Araguaína/TO e agendou nova consulta psiquiátrica para o mês de julho de 2014 no Hospital Municipal, entretanto, não consta nos autos se referida consulta foi realizada e nem mesmo qualquer laudo psiquiátrico atualizado.

Diante dessa situação, em 05/11/2014, o Ministério Público pugnou pela requisição ao Ambulatório das Especialidades Médicas do Município de Araguaína – TO e ao Município respectivo para que remetessem, em 72 horas, o laudo psiquiátrico de O.P.P., sob pena de incorrer em crime de desobediência e, em caso negativo, pugnou por nova avaliação Psiquiátrica do paciente e requereu fosse oficiado os seguintes órgãos: a Secretaria Municipal de Saúde para que determine, com a máxima urgência, a realização de avaliação psiquiátrica para confecção do laudo pericial; à Secretaria Municipal de Saúde para que informasse sobre a periodicidade das consultas psiquiátricas, justificando, em caso de irregularidades, o motivo da não realização das 05 (cinco) consultas mensais e, no caso de estarem sendo realizadas, informasse quais as medidas terapêuticas adotadas para o tratamento do reeducando; requerendo, por fim, fosse tentada a manutenção de contato com a família de O.P.P. para verificar a possibilidade de o receberem e fornecerem o tratamento ambulatorial adequado, caso este seja suficiente. (Ev. 05). O referido requerimento ministerial foi deferido pelo MM. Juiz. (Evento 07).

Em 12/12/2014, foi informado que o paciente continua ergastulado na Unidade de Tratamento Penal Barra da Grota – UTPBG, e que, consoante contato mantido via telefone, tomou conhecimento de que a genitora daquele faleceu em 02/04/2014 e que os irmãos e seus demais parentes vivos continuam inflexíveis sem querer recebê-lo, apontando, como única alternativa de desinstitucionalização, sua inserção no Programa Residencial Terapêutico – PRT que ainda está em processo de implementação na cidade de Araguaína – TO, o qual, por informação da Sra. Ana Terra, servidora lotada na Secretaria de Saúde Mental, informou sobre a abertura do Serviço Residencial Terapêutico naquela urbe, já tendo inclusive, local para sediá-lo, pois há aproximadamente um ano o nome do paciente O.P.P. foi inserido na lista para integrar o mencionado serviço. Contudo, como fruto do descaso para com esses pacientes, tal empreendimento ainda não se concretizou. (Evento 12).

Em 17/02/2016, foi realizado exame na pessoa do paciente O.P.P., pelos Médicos Legistas do Instituto Médico Legal de Araguaína – TO para aferição da cessação de periculosidade deste, o qual, materializado no Laudo nº. 11.0021.02.16, apresentou a

conclusão a seguir transcrita: “[omissis] Discussão e Conclusão: Trata-se de psicose crônica do tipo esquizofrenia, codificado como F20.5 no CID 10, o tratamento não parece regular, não recebe apoio da família, mesmo não apresentando agressividade, o tratamento não é adequado. Atesto que não houve diminuição da periculosidade, o que indica manutenção da medida de segurança.[omissis]”. (Evento 59).

Em 17/03/2016, por ocasião da inspeção ao estabelecimento prisional UTPBG, em Araguaína – TO por parte do Magistrado da Execução, do Promotor de Justiça e do Defensor Público com atuação na respectiva Vara, foi realizada audiência de informação e requerimento na qual a Defensoria Pública pediu a liberação do paciente e a entrega deste aos respectivos parentes, bem como o acompanhamento assistencial extramuros. O Ministério Público manifestou-se desfavorável ao deferimento do pedido, alegando a não cessação da periculosidade daquele, consoante laudo pericial respectivo. Pelo Magistrado, foi proferida a seguinte decisão: “[omissis] Em análise acurada dos autos, percebe-se que o reeducando encontra-se, segundo laudo psiquiátrico, impossibilitado de deixar a UTPBG diante da não cessação de periculosidade. Ocorre que, a UTPBG não é o local mais adequado para que inimputáveis permaneçam, entretanto, diante da situação determino que a Equipe de Psicólogos da UTPBG semanalmente apresentem relatórios médios acerca da capacidade psíquica do reeducando. Determino, ainda, que uma vez por semana o reeducando seja levado ao CAPS para tratamento psiquiátrico, devendo o médico psiquiatra informar qual o tratamento e a medicação mais adequada para o inimputável. Após, o prazo de 03 (três) meses deverá ser realizado novo exame de cessação de periculosidade. Os laudos do CAPS e da UTPBG Médicos deverão ser remetidos ao Juízo da Execução Penal. Oficie-se o Município de Araguaína para que informe o porquê não foi instalada a residência terapêutica, no prazo de 48 horas. Oficie-se a Secretaria de Justiça para que, no prazo de 05 (cinco) dias, disponibilize em alguma Unidade da Federação Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico para o inimputável. Saem os presentes intimados. Cumpra-se”.[omissis]”.(Evento 68).

Em 22/03/2016, consoante Relatório da lavra da Assistente Social do CRES (Umanizare) da cidade de Araguaína – TO, Sra. Eliza Maria da Silva, analisando o histórico carcerário do reeducando, observou que o paciente “possui bom comportamento carcerário; cumpre as normas disciplinares que lhe são impostas, assumindo uma postura esperada para com as autoridades e funcionários da UTPBG; estabelece relações interpessoais e amistosas e, na condição de “amarelinhos” encontra-se em observação, apesar de que tem se mostrado feliz, demonstrando conformação com o afastamento e ausência dos familiares e durante a



*entrevista não demonstrou interesse em reencontrá-los, nem demonstrou gesto de felicidade diante da possibilidade de um dia sair da unidade prisional em que se encontra.”* (Evento 79).

Em 31/03/2016, a referida Assistente informa da dificuldade de localização dos familiares do paciente, enfatizando a necessidade deste de residir temporariamente na Residência Terapêutica, ainda inexistente naquela urbe, em decorrência de problemas burocráticos do Estado. (Evento 81).

Em 20/06/2016, o paciente O.P.P. foi, novamente, submetido a exame pericial para verificação da cessação da periculosidade, o qual, materializado no laudo nº. 11.044.06.16, apresenta a seguinte conclusão: “[omissis] *Discussão e Conclusão: Nota-se que o paciente já está mais calmo, tem um melhor contato coma realidade, pode seguir tratamento ambulatorial, desde que tenha familiar para o acompanhar, pois ele não deve ficar sem medicação para a esquizofrenia.[omissis]*”.

Em 17/11/2016, em avaliação psicológica e social, o paciente não consegue informar telefones dos seus familiares, o que tem dificultado a localização destes. Não soube informar sobre a doença que o acomete nem os nomes da medicação que toma, apresentando-se confuso, sem noção de tempo nem espaço, consoante Relatório Psicossocial do CRES/UMANIZARE. (Evento 109).

Em 13/12/2016, atendendo ao requerimento ministerial, o Juízo da Execução determinou a Bernadete Galdino Iunes – então Psicóloga Forense lotada na CEPEMA, para tentar localizar parentes do paciente em apreço a fim de que estes possam recebê-lo, mediante o compromisso de velar por seu tratamento ambulatorial (Evento 113).

Em 03/02/2017, a Sra. Bernadete Galdino Iunes informa que não mais integra os quadros da CEPEMA, razão porque não pode cumprir tal mister, juntando, naquela oportunidade, o Relatório supramencionado, salientando que a situação parental do acusado continua praticamente sem alteração, à exceção da morte da genitora deste ocorrida no ano de 2015. (Evento 115).

Em 03/03/2017, o Ministério Público reitera os termos da sua cota lançada no evento 111, no sentido de que a CEPEMA envie esforços no sentido de localizar parentes do paciente para recebê-lo.

Em 18/04/2017 os autos de Execução de Medida de Segurança foram conclusos ao Juiz para deliberação, estando conclusos até a presente data. (Evento 121).

Da análise dos autos, observa-se que OP.P., por longo período, fez da instituição de saúde psiquiátrica sua moradia, devido à ausência de condições sociais, afetivas e financeiras

que permitissem seu retorno ao convívio social. Ele ficou internado na Clínica de Repouso São Francisco por falta de alternativa que viabilize sua reinserção na comunidade, uma vez que apesar de ter sido declarada pelo médico psiquiatra a possibilidade de seu retorno ao convívio social mediante acompanhamento familiar, isso não ocorreu.

Os familiares outrora contatados não quiseram recebê-lo. E, as últimas tentativas de localização destes restaram infrutíferas, consoante relatórios alhures mencionados.

Desse modo, o paciente O. não possui qualquer apoio fora da referida instituição de saúde para velar e zelar por seu tratamento ambulatorial, razão pela qual continua ergastulado na Unidade de tratamento penal Barra da Grota – UTPBG em Araguaina – TO, aguardando deliberação do Poder Judiciário nesse sentido.

Assim, visando atender à necessidade da reestruturação do modelo de atenção ao portador de transtornos mentais no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, à necessidade de garantir uma assistência integral em saúde mental e eficaz para a reabilitação psicossocial, à necessidade da humanização do atendimento psiquiátrico no âmbito do SUS, com fincas já reduzidas e mal distribuídas e à necessidade da implementação de políticas de melhoria de qualidade da assistência à saúde mental, objetivando a redução das internações em hospitais psiquiátricos foi que o Ministério da Saúde editou a Portaria no 106, de 11 de fevereiro de 2000, resolvendo instituir os Serviços Residenciais Terapêuticos. Dispõe o artigo 1º:

*“[omissis] Criar os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental, no âmbito do sistema Único de Saúde, para o atendimento ao portador de transtornos mentais. Parágrafo único. Entende-se como Serviços Residenciais Terapêuticos, moradias ou casas inseridas, preferencialmente. Na comunidade. Destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuam suporte social e laços familiares e, que viabilizem sua inserção social.[omissis]”.*

Diante desta situação, tendo em vista, de um lado, a possibilidade de desinstitucionalização de Ozino Pereira Pires e, de outro lado, a ausência de suporte familiar para recebê-lo, vê-se como alternativa para sua reabilitação psicossocial a sua inserção ao programa de Serviço Residencial Terapêutico, ainda inexistente no Estado.