



UEPB

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS
CURSO DE BACHARELADO EM DIREITO**

RHUAN ROMMELL BEZERRA DE ALCANTARA

**REFORMA PSIQUIÁTRICA E CUMPRIMENTO DE MEDIDAS DE SEGURANÇA:
ESTUDO SOBRE O TRATAMENTO DADO A PESSOAS COM DOENÇA MENTAIS
EM CONFLITO COM A LEI NA PENITENCIÁRIA DE PSIQUIATRIA FORENSE DA
PARAÍBA**

**CAMPINA GRANDE - PB
2021**

RHUAN ROMMELL BEZERRA DE ALCANTARA

**REFORMA PSIQUIÁTRICA E CUMPRIMENTO DE MEDIDAS DE SEGURANÇA:
ESTUDO SOBRE O TRATAMENTO DADO A PESSOAS COM DOENÇAS
MENTAIS EM CONFLITO COM A LEI NA PENITENCIÁRIA DE PSIQUIATRIA
FORENSE DA PARAÍBA**

Trabalho de Conclusão de Curso (monografia) apresentado a Coordenação do Curso de Direito da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de bacharel em Direito.

Área de concentração: Direito Processual Penal.

Orientador: Profa. Dra. Rosimeire Ventura Leite

**CAMPINA GRANDE - PB
2021**

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

A347r Alcantara, Rhuan Rommell Bezerra de.
Reforma psiquiátrica e cumprimento de medidas de segurança [manuscrito] : estudo sobre o tratamento dado a pessoas com doenças mentais em conflito com a lei na penitenciária de psiquiatria forense da Paraíba / Rhuan Rommell Bezerra de Alcantara. - 2021.
45 p. : il. colorido.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Direito) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Jurídicas, 2021.

"Orientação : Prof. Dr. Rosimeire Ventura Leite ,
Coordenação do Curso de Direito - CCJ."

1. Inimputabilidade Penal. 2. Medida de Segurança. 3.
Direito processual penal. I. Título

21. ed. CDD 345

RHUAN ROMMELL BEZERRA DE ALCANTARA

REFORMA PSIQUIÁTRICA E CUMPRIMENTO DE MEDIDAS DE SEGURANÇA:
ESTUDO SOBRE O TRATAMENTO DADO A PESSOAS COM DOENÇAS
MENTAIS EM CONFLITO COM A LEI NA PENITENCIÁRIA DE PSIQUIATRIA
FORENSE DA PARAÍBA

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado a Coordenação do Curso de
Direito da Universidade Estadual da
Paraíba, como requisito parcial à
obtenção do título de bacharel em Direito.

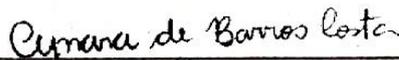
Área de concentração: Direito
Processual Penal

Aprovado em: 02/06/2021.

BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Rosimeire Ventura Leite (Orientadora)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Profa. Dra. Cynara de Barros Costa (Membro)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Profa. Dra. Adriana Torres Alves de Jesus (Membro)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Aos meus pais, por todo suporte e incentivo, essenciais para que eu chegasse até aqui, DEDICO.

“Nossas vidas começam a terminar no dia em que permanecemos em silêncio sobre as coisas que importam”.

Martin Luther King

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Dados gerais acerca da capacidade de acolhimento da unidade	35
Quadro 2 – Dados quantitativos relacionados ao cumprimento de medida de segurança na instituição.	35
Quadro 3 – Crimes mais comuns entre os internos.	36
Quadro 4 – Principais doenças diagnosticadas	37

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ATPs	Alas de Tratamento Psiquiátrico
CAPS	Centros de Assistência Psicossocial
CPP	Código de Processo Penal
EAP	Equipe de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoas com Transtorno Mental em Conflito com a Lei
ECTPs	Estabelecimentos de Custódia e Tratamento Psiquiátrico
HCTPs	Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico
LEP	Lei de Execução Penal - Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984.
MNLA	Movimento Nacional da Luta Antimanicomial
MTSM	Movimento de Trabalhadores da Saúde Mental
SRT's	Serviços de Residência Terapêutica
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 LOUCURA E CRIME: UMA BREVE CONCEPÇÃO HISTÓRICA E O PROCESSO DE INSTITUCIONALIZAÇÃO.....	13
3 DA CULPABILIDADE À INIMPUTABILIDADE	17
4 MEDIDAS DE SEGURANÇA E NOÇÕES PROCESSUAIS PENAIS	21
4.1 DO INCIDENTE DE INSANIDADE MENTAL.....	22
4.2 A CESSAÇÃO DE PERICULOSIDADE.....	23
5 A REFORMA PSIQUIÁTRICA E SEUS IMPACTOS	26
6 O PLANO ESTADUAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À PESSOA EM SOFRIMENTO MENTAL EM CONFLITO COM A LEI DO ESTADO DA PARAÍBA	29
7 O CUMPRIMENTO DA MEDIDA DE SEGURANÇA NA PENITENCIÁRIA DE PSIQUIATRIA FORENSE DA PARAÍBA.....	32
8 METODOLOGIA.....	38
9 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	39
REFERÊNCIAS	42

RESUMO

A incapacidade de compreender o caráter ilícito de um ato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento, no momento da ação ou omissão delitiva, é chamada, no ordenamento jurídico brasileiro, de inimputabilidade penal. A doença mental e o desenvolvimento mental retardado estão entre as causas de inimputabilidade expressamente previstas no Código Penal. Nessas hipóteses, o agente em conflito com a lei é submetido a medida de segurança, que pode ser de internação ou de tratamento ambulatorial, com o devido acompanhamento médico. No entanto, ao longo da história, esses indivíduos foram tratados e encaminhados institucionalmente de formas diversas, passando por métodos de tratamento que os expunham a situações degradantes. Com esse cenário, surgiram diversos movimentos que passaram a compor a chamada Reforma Psiquiátrica, cuja órbita gira em torno da criação de um novo modelo assistencial, através de práticas humanizadas. Nessa perspectiva, a presente pesquisa teve como objetivo realizar um estudo sobre o cumprimento da medida de segurança de internação no Estado da Paraíba, a fim de identificar e analisar como ocorre o cumprimento dessas medidas na Penitenciária de Psiquiatria Forense localizada em João Pessoa, bem como quais são as principais dificuldades e o que poderia ser melhorado para atender aos objetivos da execução penal, tendo em vista sempre o binômio direitos fundamentais dos internos *versus* segurança da sociedade. Para tanto, foi realizada pesquisa bibliográfica, com estudos de Direito Penal, Processual Penal, da Psicologia Forense e da legislação sobre execução penal, dentre outros âmbitos jurídicos, além de pesquisa de campo, desenvolvida no estabelecimento penal acima referido e na Vara de Execuções Penais de João Pessoa. Quanto aos resultados obtidos, percebeu-se a execução das medidas de segurança, no Estado da Paraíba, apresenta diversos aspectos positivos, no que se trata de assistencialismo *intra* e *extramuros*. No entanto, o fato de ser o único estabelecimento que abarque essa população, ainda traz diversos obstáculos ao cumprimento dessas medidas, dentre diversos outros desafios. Ademais, nota-se a necessidade de um maior firmamento entre a Rede de Saúde Mental e o sistema de responsabilização criminal. Dessa forma, destaca-se a necessidade de continuidade de trabalhos e pesquisas, atendo-se, também, à discussão da Reforma Psiquiátrica.

Palavras-chave: Inimputabilidade Penal. Medida de Segurança. Internação. Reforma Psiquiátrica.

ABSTRACT

The inability to understand the illicit character of an act or to determine itself according to that understanding, at the moment of the criminal action or omission, is called, in the Brazilian legal system, criminal non-accountability. Mental illness and retarded mental development are among the causes of non-accountability expressly provided for in the Penal Code. In these cases, the agent in conflict with the law is subjected to a security measure, which can be hospitalization or outpatient treatment, with due medical monitoring. However, throughout history, these individuals have been treated and institutionally referred in different ways, undergoing treatment methods that exposed them to degrading situations. With this scenario, several movements emerged that started to compose the so-called Psychiatric Reform, whose orbit revolves around the creation of a new care model, through humanized practices. In this perspective, the present research aimed to carry out a study on the compliance with the hospitalization security measure in the State of Paraíba (Brazil) to identify and analyze how the compliance with these measures occurs in the Forensic Psychiatric Penitentiary located in João Pessoa, as well as what are the main difficulties and what could be improved to meet the objectives of criminal execution, always bearing in mind the binomial fundamental rights of inmates versus the security of society. To this end, bibliographic research was carried out, with studies on Criminal Law, Criminal Procedure, Forensic Psychology, and legislation on criminal execution, among other legal areas, in addition to field research, developed in the aforementioned criminal establishment and the Criminal Execution Court of João Pessoa. As for the results obtained, it was noticed that the implementation of security measures, in the State of Paraíba, presents several positive aspects, in terms of assistance inside and outside the walls. However, the fact that it is the only establishment that covers this population, still poses several obstacles to the fulfillment of these measures, among several other challenges. Also, there is a need for greater firmament between the Mental Health Network and the criminal accountability system. Thus, the need for continuity of work and research is highlighted, also taking into account the discussion of Psychiatric Reform.

Keywords: Criminal non-accountability. Security measure. Hospitalization. Psychiatric Reform.

1 INTRODUÇÃO

Ao longo da história, o indivíduo foi penalizado e encaminhado institucionalmente de formas diversas, de acordo com a natureza do delito praticado. A responsabilidade penal de um agente tem como fator preponderante a existência da imputabilidade, que consiste na sua capacidade de compreender a conduta, bem como de reunir condições suficientes para ser juridicamente imputado por um fato punível.

A Inimputabilidade, por seu turno, é a incapacidade que alguns indivíduos têm de responder por seus atos, porque, ao tempo da ação ou omissão delitiva, não foram capazes de compreender o caráter ilícito de seu comportamento ou de determinar-se de acordo com esse entendimento, tendo como consequência a exclusão da culpabilidade por parte do agente.

Diversas são as causas de inimputabilidade penal, conforme a previsão normativa dos artigos 26 a 28 do Código Penal (CP). O primeiro dispõe a respeito da inimputabilidade de agentes que possuem doenças mentais ou pouco desenvolvimento mental, considerando-os incapazes de responder pelo caráter ilícito de seus atos.

Diante dessas informações, o Direito Penal prevê um tratamento diferenciado a esses agentes, com medidas de segurança e instituições penitenciárias específicas, também conhecidas como Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTPs). As medidas de segurança têm uma longa história no campo do Direito Penal, as quais têm sido oferecidas como uma terapia ou tratamento destinado a corrigir as pessoas com transtornos de conduta, que as levam a delinquir.

A natureza dessas medidas de segurança não pode ser tida como propriamente penal, pois estas não possuem conteúdo materialmente punitivo. Porém, são formalmente punitivas e, em razão disso, são impostas e controladas pelo Poder Judiciário.

Para além das disposições penais relativas à inimputabilidade e às medidas de segurança, importa considerar que a Lei de Execução Penal (LEP – Lei 7.210/1984) disciplina a forma de execução dessas medidas, seja no caso de

internação, seja naquele de tratamento ambulatorial, bem como os estabelecimentos penais adequados para o cumprimento.

Apesar de isentar o agente com doença mental da aplicação de penas, como percebe-se, a causa da exclusão de culpabilidade não descaracteriza o ato ilícito cometido. Por isso, durante séculos houve grande discussão sobre a maneira devida para a “punição” desses indivíduos.

Despejados em alas e hospitais psiquiátricos ou manicômios judiciários, a atenção ao tratamento psiquiátrico e às políticas de saúde mental, durante muito tempo, teve seu direcionamento voltado para a segregação do indivíduo do seu convívio familiar e social. Essa perspectiva ausentava-se do uso de alternativas terapêuticas e reproduzia tratamentos que iam de encontro aos direitos humanos das pessoas com transtornos mentais, utilizando, em sua maioria, de tratamentos que os expunham a situações degradantes.

Nesse contexto, o presente estudo tem como objetivo analisar a execução penal das medidas de segurança de internação aplicadas aos inimputáveis que possuam algum tipo de sofrimento mental e que estejam internos na Penitenciária de Psiquiatria Forense da Paraíba, em João Pessoa. Objetiva-se investigar as condições às quais esses internos são submetidos ao longo do cumprimento da medida de segurança, quais são as principais deficiências do sistema penal na execução dessas medidas e o que poderia ser melhorado para atender de forma mais efetiva os direitos fundamentais dos internos e a segurança da sociedade.

Inicialmente, será traçado um breve panorama histórico sobre o tratamento destinado a pessoas com doenças mentais em conflito com a lei ao longo do tempo e como se deu a criação de estabelecimentos que acolhessem essa população, bem como, de que maneira se procedeu a institucionalização dos manicômios judiciários.

Em seguida, será explanado como o Direito Penal brasileiro compreende a Teoria da Culpabilidade e seus elementos básicos, até que se chegue ao instituto da inimputabilidade, com a consequente exclusão da culpabilidade. Buscar-se-á, aqui, analisar os sistemas de aferição da inimputabilidade e a sua classificação de acordo com os fatores psicológico, biológico ou biopsicológico.

Como consequência dos desdobramentos da inimputabilidade, o capítulo seguinte buscará analisar quais são os tipos de medida de segurança e como se dá a sua aplicação no sistema penitenciário brasileiro. Ademais, serão feitos esclarecimentos processuais penais acerca dessas medidas como, por exemplo,

como é realizado o incidente de insanidade mental e quais os critérios para que se analise a cessação da periculosidade.

Diante de todos os questionamentos advindos do indevido tratamento aplicado aos pacientes com doenças mentais – e àqueles em conflito com a lei – será destinado um momento para refletir como se deu o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil e como esse movimento interfere, atualmente, no processo de desinstitucionalização desses pacientes e internos.

Mais especificamente acerca do cumprimento de medidas de segurança no Estado da Paraíba, o penúltimo capítulo buscará analisar o Plano Estadual de Atenção Integral à Pessoa em sofrimento mental em conflito com a lei no Estado da Paraíba.

Por fim, descortina-se o núcleo deste estudo, que consiste na análise do cumprimento das medidas de segurança na Penitenciária de Psiquiatria Forense da Paraíba. Destacam-se como pano de fundo da proposta os preceitos teóricos e jurisprudenciais que norteiam o instituto da inimputabilidade, bem como a aplicação e a execução das medidas de segurança.

No mais, importante mencionar que, para a sua realização, a pesquisa possui natureza descritiva e indutiva. Descritiva, ao passo em que se realizou coleta de dados bibliográficos para fomentação de um caráter valorativo acerca do tema estudado, e indutivo, diante da realização de pesquisa de campo.

2 LOUCURA E CRIME: UMA BREVE CONCEPÇÃO HISTÓRICA E O PROCESSO DE INSTITUCIONALIZAÇÃO

Há consenso na compreensão de que, durante muito tempo, houve a segregação e diferenciação na maneira de tratar aquele que apresenta comportamentos que representem fuga à normalidade.

A concepção medieval de loucura, por exemplo, foi marcada pela associação desta com as possessões diabólicas. As pessoas que demonstravam comportamentos diferentes para as suas condições sociais, eram acusadas de agir por obra de “demônios”.

A criação de estabelecimentos que acolhessem exclusivamente os “alienados” se deu pela cultura árabe em meados do século XVII. Inicia-se o período chamado de grande internamento, que segundo Foucault (1978) em sua obra “História da loucura na idade clássica”, tinha o objetivo de silenciar a loucura:

Encerram-se os inválidos pobres, os velhos na miséria, os mendigos, os desempregados opiniáticos, os portadores de doenças venéreas, libertinos de toda espécie, pessoas a quem a família ou o poder real querem evitar um castigo público, pais de família dissipadores” (FOUCAULT, 1978, p. 54).

Conforme destaca o autor, esses estabelecimentos se destinaram não apenas aos loucos, mas a todos os indivíduos que fossem considerados diferentes, de acordo com os critérios de percepção da sociedade. Em resumo, a todas as pessoas que fugissem à ordem da razão e moral impostos pela sociedade.

A multiplicação dessas instituições se deu com maior intensidade nos séculos XVIII e XIX, assim como ocorreu com outras instituições de controle social, como as prisões, casas de correção e escolas. O processo de institucionalização da loucura, mais que punitivo ou repressivo, era segregador e partia da ideia de que confinar o louco era melhor para ele e para a sociedade (KUMMER, 2010).

A justiça penal clássica, fundamentada na racionalidade humana, já isentava os sujeitos em sofrimento mental da responsabilidade. Nesse período, já se compreendia que, diferente dos indivíduos “razoáveis”, que conseguiam avaliar as consequências dos seus atos, os sujeitos privados de razão não podiam escolher a realização ou não do ato desviante.

A partir de Philippe Pinel (1745-1826), mais especificamente, esses indivíduos passaram a ser vistos não mais como insensatos cujo discurso seria desprovido de

sentido, mas como um alienado, ou seja, um sujeito estranho a si mesmo, mas habitado por um resto de razão (ROUDINESCO, 2000).

Na medida em que a concepção de loucura foi se transformando, surgiu a necessidade da presença dos médicos nos tribunais, na tentativa de explicar as motivações de crimes sem razão aparente, praticados por indivíduos delirantes (KUMMER, 2010).

Com o aporte da medicina o crime passou a ser associado a uma patologia, necessitando da intervenção de um perito e de procedimentos curativos. A organização do espaço asilar e imposição de relações terapêuticas foram de extrema importância para a apropriação da loucura pelo discurso e prática médicos (AMARANTE, 2001).

No Brasil, esse processo de institucionalização tomou força com a chegada da família real. A Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro passou, então, a defender a permanência dos sujeitos que causassem qualquer ameaça ou “desordem pública” em estabelecimentos específicos. Com a palavra de ordem “Aos loucos, o hospício”, passou-se a encaminhar pessoas com doenças mentais ou comportamentos agressivos às Casas da Misericórdia, onde eram mantidos em porões, sem condições mínimas de higiene e demais assistencialismos.

O primeiro Hospital Psiquiátrico do Brasil, o Hospício D. Pedro II, foi inaugurado em 1852, no Rio de Janeiro. Inspirado nos padrões do modelo Francês, de Pinel e Esquirol, tinha como principal objetivo o isolamento do sujeito, de forma asilar, que seria uma espécie de ação terapêutica que deveria resultar na transformação do alienado. Mais a frente, em 1890, a instituição desvinculou-se da Santa Casa e seu funcionamento ficou a cargo da administração pública, momento em que passou a se chamar Hospital Nacional de Alienados – o primeiro a ser instituído pela República Brasileira (FONTE, 2013).

Na década de 1920, a medicina passou a aprofundar ainda mais os princípios de higienização mental. Nesse período, que também marcou a fundação da Liga Brasileira de Higiene Mental, nota-se um grande programa de intervenção social, ditado por atividades preventivas, mas que se demonstrou eugenista, racista e discriminatório.

Conforme destaca Fonte (2013), esse movimento era liderado pelo médico Gustavo Riedel e guiava-se por uma perspectiva moralizadora. A liga defendia a

necessidade de um programa saneador, que gerasse a pureza da raça, mesmo que isso custasse a esterilização dos alienados e “degenerados”.

As décadas de 1940 e 1950, por sua vez, são caracterizadas pelo surgimento das primeiras ações assistenciais no âmbito da psiquiatria. Com a criação do Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM), o país passou por uma rápida expansão dos hospitais públicos. Apesar dos avanços, ainda eram perceptíveis os descasos e a forte exclusão dos pacientes internados.

Na perspectiva dos manicômios judiciários, a criação da primeira instituição destinada a “loucos criminosos”, se deu em 1921. Sérgio Carrara (1998) destaca que a criação se deu em meio a intenso clamor social e da imprensa, diante do assassinato, em 1919, de Clarice Índio do Brasil, esposa do senador Índio do Brasil. O autor afirma que, uma vez que o crime havia sido cometido por um “degenerado”, muito se discutiu sobre a sua penalização e a possibilidade de absolvição do indivíduo causou grande revolta por parte da população. Outra situação que exerceu grande influência foi uma rebelião na Seção Lombroso do Hospital Nacional, criada para loucos em conflito com a lei, em 1920.

Diante desse contexto de criação, o Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro era destinado a personagens “cuja peculiaridade era menos a de serem loucos-criminosos que a de serem loucos lúcidos, ou anômalos morais, ou seja, a de estarem, de certo modo, a meio caminho entre sanidade e loucura” (CARRARA, 1998, p. 159).

Apesar dessa abordagem, ainda é escassa a quantidade de penitenciárias de psiquiatria forense. De acordo com o Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias de 2019, na atualidade há 26 institutos do tipo no Brasil. Além disso, 4.358 pessoas encontram-se em situação de medida de segurança, o que representa apenas 0,58% de toda população penitenciária do país.

Nota-se que, apesar de expresso em lei, o tratamento reclusivo diferenciado não é bem aplicado, considerando a pouca disponibilidade de penitenciárias especializadas e, além disso, o baixo número de pessoas em medida de segurança acaba por assentar a baixa visibilidade dessa população, bem como a falta de interesse por parte de pesquisadores.

Dadas as explanações, é necessário que se façam algumas indagações sobre o cumprimento das medidas de segurança de internação, ou seja, como tem sido o tratamento dispensado pelo sistema penal àqueles indivíduos que cometem

infrações penais, mas que são identificados como portadores de doenças mentais que foram decisivas para a prática do delito.

Ademais, faz-se imperioso compreender o instituto da inimputabilidade no nosso ordenamento jurídico e suas implicações, tema que será discutido na próxima seção do presente trabalho.

3 DA CULPABILIDADE À INIMPUTABILIDADE

A capacidade de discernir quais as atitudes corretas e quais são desviantes faz com que o indivíduo possa avaliar a situação em que se encontra e se posicionar diante dela, de maneira a não cometer quaisquer condutas ilícitas. Caso haja de modo diverso, passa por um processo punitivo, com sanções jurídicas que variam com a natureza e gravidade do delito.

Longo é o percurso até a atribuição, a um indivíduo, da responsabilidade penal sobre determinado fato, com conseqüente punibilidade. O Direito Penal, entre as diversas teorias existentes, adota a Teoria Normativa Pura de Culpabilidade, que se funda na maneira finalista de ação, de Hans Welzel. Para essa teoria, alguns requisitos devem estar presentes na análise do fato: a imputabilidade, a potencial consciência da ilicitude e a exigibilidade de conduta diversa.

A imputabilidade é o conjunto de condições que dão ao sujeito a capacidade de compreender a ilicitude da sua conduta. Importante que não se confunda a imputabilidade com responsabilidade penal, uma vez que esta consiste na conseqüência jurídica oriunda da infração e depende da imputabilidade do indivíduo para existir (JESUS, 2011).

A potencial consciência da ilicitude se refere a consciência que o autor do delito deve ter, em sua conduta, de que atua de forma contrária ao esperado. A Teoria Normativa Pura compreende que essa consciência deve estar presente na culpabilidade e não no dolo, sendo suficiente, assim, a possibilidade de conhecimento do ilícito. Se o sujeito agiu com vontade, é indiferente que não se tenha conduzido com o conhecimento do ilícito. “A falta de consciência da antijuridicidade não tem influência sobre a existência do dolo, sendo analisada na culpabilidade (JESUS, 2011, p. 521)”.

O último elemento diz respeito a exigibilidade de conduta diversa, que consiste na expectativa social de comportamento diferente do que foi adotado. Não é suficiente o fato de ser o sujeito imputável e que tenha cometido o ato com o conhecimento de seu caráter ilícito. É necessário, para a reprovabilidade da conduta (culpabilidade) que, diante das circunstâncias e podendo agir de determinada maneira, o sujeito tenha optado por realizar comportamento diverso, que vá de encontro à ordem jurídica.

Dito isto, é importante destacar que existem algumas situações que podem ter como conseqüência a exclusão da imputabilidade, quais sejam: se o delito for

cometido por um sujeito com idade inferior a 18 anos; por um indivíduo em situação de embriaguez completa; ou ainda por um agente com doenças mentais. Nesses casos, o Código Penal, nos artigos 26, 27 e 28, reconhece a existência de inimputabilidade.

Nesse cenário, a doutrina classifica três sistemas de aferição da inimputabilidade: o biológico, o psicológico e o biopsicológico. O primeiro deles condiciona a inimputabilidade à existência de alguma doença ou retardado desenvolvimento mental, importando apenas saber o sujeito é portador de doença mental e pratica um fato típico e antijurídico, pela circunstância de, independentemente de qualquer verificação dessa doença, ter retirado ou não a capacidade de entendimento e autodeterminação (JESUS, 2011).

O sistema psicológico, de forma contrária, busca analisar se o sujeito tinha a capacidade de compreender o caráter ilícito da conduta e de determinar-se de acordo com essa compressão, durante a prática do delito.

O biopsicológico combina os dois sistemas anteriores. Para esse sistema, importa tanto saber se o sujeito possui alguma doença de caráter mental, como também se, durante a prática do ato, tinha capacidade ou não de compreender a sua ilicitude. Dessa forma, só será considerado inimputável se apresentar alguma doença e não tiver capacidade de compreender a ilicitude da sua conduta. Esse é o sistema adotado pelo Código Penal brasileiro.

Damásio de Jesus (2011) comenta, ainda, a existência de dois requisitos normativos da inimputabilidade: o intelectual e o volitivo. O primeiro, diz respeito a capacidade de compreender o caráter ilícito da conduta. Já o volitivo, seria a capacidade de determinar-se de acordo com esse entendimento. Caso falte algum dos requisitos, a inimputabilidade estará presente.

Mais especificamente a respeito da inimputabilidade de agentes que possuem doenças mentais ou pouco desenvolvimento mental, o *caput* do artigo 26 do Código Penal faz a seguinte previsão:

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

Já o §1º do mesmo artigo faz referência a semi-imputabilidade, nos termos em que determina a redução da pena 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”. Logo, consiste na perda parcial dos dois elementos da inimputabilidade: a compreensão do caráter ilícito do fato e da autodeterminação diante dessa situação.

No que diz respeito a infratores com doenças mentais, Silva e Assis (2013) pontuam que a principal questão que se impõe, e que tem sido uma atividade de difícil consenso é estabelecer e definir o conceito e a extensão de doença mental ou anomalia psíquica, que devem ser levados em conta para efeitos de avaliação da inimputabilidade, ou seja, quais os critérios que devem subsidiar a perícia do profissional que irá confeccionar o laudo para o magistrado.

Bitencourt (2002, p. 308) faz a seguinte observação acerca deste problema:

Pela redação utilizada pelo Código deve-se dar abrangência maior do que tradicionalmente lhe concederia a ciência médica para definir uma enfermidade mental. Por doença mental deve-se compreender as psicoses, e, como afirmava Aníbal Bruno, aí se incluem os estados de alienação mental por desintegração da personalidade, ou evolução deformada dos seus componentes, como ocorre na esquizofrenia, ou na psicose maníaco-depressiva e na paranoia; as chamadas reações de situação, distúrbios mentais com que o sujeito responde a problemas embaraçosos do seu mundo circundante; as perturbações do psiquismo por processos tóxicos ou tóxico-infecciosos, e finalmente estados demenciais, a demência senil e as demências secundárias.

Cabe destaque, também, as demais previsões de inimputabilidade. O artigo 27 do Código Penal afirma que são inimputáveis os menores de dezoito – nota-se a presença do sistema biológico.

O Código Penal preocupou-se, ainda, em destacar que os casos de emoção, paixão e embriaguez não excluem a imputabilidade. Nelson Hungria (2017) considerou a emoção como uma “transitória perturbação da afetividade”. Seria uma modificação da vida orgânica, uma descarga nervosa de curta duração, mas tamanha que, levada ao auge da intensidade, pode levar à violência criminosa. Já a paixão seria um estado crônico, que perduraria como um sentimento profundo e monopolizador.

Quanto à embriaguez, preceitua o código que não há exclusão de imputabilidade nos casos em que for voluntária e culposa. O artigo 28, II, por seu turno, prevê a isenção de pena apenas para o agente que, “por embriaguez

completa, proveniente de caso fortuito ou força maior, 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”. Dessa forma, apenas a embriaguez plena e acidental autoriza a isenção da pena.

Percebe-se que a Inimputabilidade tem como consequência, portanto, a proibição da fixação de uma pena, pois considera o indivíduo que cometeu o delito como incapaz de compreender a ilicitude do ato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento, no momento em que o cometeu.

Assim, tais enfermidades exigem um tratamento diferenciado daquele que é comumente oferecido pelo sistema penitenciário tradicional brasileiro. Com tal propósito, nesses casos específicos, aplicam-se as medidas de segurança, que de acordo com a legislação específica, devem ser cumpridas em instituições especializadas: Hospitais de Custódia e Tratamento e Penitenciárias Psiquiátricas.

4 MEDIDAS DE SEGURANÇA E NOÇÕES PROCESSUAIS PENAIS

As medidas de segurança têm um histórico longo do Direito Penal Brasileiro. O instituto adveio com a criação do Código Penal de 1940, como objetivo de possibilitar, ao ordenamento jurídico brasileiro, um espaço de atuação frente as pessoas com doença mentais consideradas perigosas ou que estivessem em conflito com a lei.

Nas palavras de Gonçalves (2007, p. 174), tratam-se de “providências de caráter preventivo, fundadas na periculosidade do agente, aplicadas pelo juiz na sentença, por prazo indeterminado (até a cessação da periculosidade), e que têm por objeto os inimputáveis e os semi-imputáveis”.

Muito se discute acerca da natureza dessas medidas. É fato que tanto as medidas de segurança quanto as penas, constituem duas formas de sanção penal, no entanto, possuem objetivos e naturezas diferentes. Como destaca Damásio de Jesus (2011), enquanto a pena é retributivo-preventiva, uma vez que busca readaptar socialmente o indivíduo em conflito com a lei, a medida de segurança tem natureza essencialmente preventiva, no sentido de evitar que o sujeito que possui algum transtorno mental e que tenha se mostrado perigoso e cometido algum ato ilícito, venha a cometer novas infrações penais.

Que se esclareça, aqui, portanto, que não se trata de sentença condenatória, mas sim, absolutória, posto que a aplicação da medida de segurança, por reconhecer a existência de excludente de ilicitude, pressupõe a sentença absolutória imprópria, nos termos do artigo 386, VI; bem como do parágrafo único, III do Código de Processo Penal:

Art. 386. O juiz absolverá o réu, mencionando a causa na parte dispositiva, desde que reconheça:

(...)

VI – existirem circunstâncias que excluam o crime ou isentem o réu de pena (arts. 20, 21, 22, 23, 26 e § 1º do art. 28, todos do Código Penal), ou mesmo se houver fundada dúvida sobre sua existência;

Parágrafo único. Na sentença absolutória, o juiz:

(...)

III - aplicará medida de segurança, se cabível.

Diante da previsão acima mencionada, a doutrina opta pelo uso do termo sentença absolutória imprópria, porquanto, apesar de haver uma absolvição, o acusado não fica livre de imposições ou restrições penais.

O Código Processual prevê, ainda, outros meios possíveis de aplicação, conforme destaca o artigo 378, segundo o qual: o juiz pode aplicar provisoriamente, a medida de segurança, de ofício, ou a requerimento do Ministério Público; a aplicação poderá ser determinada ainda no curso do inquérito, mediante representação da autoridade policial; a aplicação provisória de medida de segurança, a substituição ou a revogação da anteriormente aplicada poderão ser determinadas, também, na sentença absolutória.

No que diz respeito aos tipos e hipóteses de aplicação, as medidas de segurança classificam-se em dois tipos: detentiva e restritiva, e encontram-se dispostas nos artigos 96 e 97 do Código Penal.

A detentiva destina-se aos inimputáveis e excepcionalmente, aos semi-imputáveis, autores de delitos apenados com reclusão, e consiste na internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico, pelo período mínimo de um a três anos. A restritiva, por sua vez, é dirigida à mesma classe de pessoas autoras de crimes apenados com detenção e também possui prazo mínimo variável no mesmo patamar anteriormente declinado. É o que se depreende do disposto no artigo 97, segunda parte e §1º, do Código Penal.

Ultrapassadas as definições sobre os tipos de medidas de segurança, é imprescindível que se discuta, também, quais são os meios médico-legais previstos para a confirmação da inimputabilidade. Afinal, podem sobrevir, ao longo da ação penal, dúvidas que ponham em questão a higidez mental do sujeito.

4.1 DO INCIDENTE DE INSANIDADE MENTAL

Para exaurir essas dúvidas, o processo penal se utiliza do denominado “incidente de insanidade mental”, peça processual em autos apartados, mas apenso ao processo principal. Esse meio encontra-se previsto nos artigos 149 a 154 do Código de Processo Penal (CPP), segundo o qual “quando houver dúvida sobre a integridade mental do acusado, o juiz ordenará, de ofício ou a requerimento do Ministério Público, do defensor, do curador, do ascendente, descendente, irmão ou cônjuge do acusado, seja este submetido a exame médico-legal”.

No que diz respeito ao momento processual, nos termos do artigo 149, § 1º, o incidente pode ocorrer em qualquer fase do processo, inclusive na fase de inquérito. O código vigente preceitua, também, no artigo 150 que, diante dessa situação, caso o acusado esteja preso, deve ser encaminhado a um hospital de custódia e

tratamento psiquiátrico – que substitui o manicômio judiciário – ou, na ausência deste, de algum estabelecimento adequado que o juiz designar.

Essa conversão e encaminhamento ao HCTP é objeto de muitas críticas. Como bem pontua Jacobina (2008), não há justificativa para que o réu, nesse momento processual, fique sujeito à internação de medida de segurança, uma vez que não há, sequer, resultado da avaliação médica do acusado, mas apenas a instauração do incidente. Além disso, o CPP determina o prazo de 45 dias para a realização do exame, período em que o acusado pode estar em privação da liberdade apenas pela suspeita de insanidade.

Concluído o exame e preenchidos os quesitos por parte dos peritos responsáveis, o laudo é encaminhado ao juiz, que decidirá acerca do andamento do processo. Nesse momento, deverá analisar: se o acusado era, ao tempo da ação ou omissão, inteiramente incapaz, nos termos do artigo 26 do código penal; se era parcialmente incapaz sendo, assim, semi-imputável, conforme o parágrafo único do mesmo artigo; ou se a doença mental sobreveio a infração.

Independentemente do modo ao qual se compreendeu a fixação da medida de segurança, a legislação determina que o seu cumprimento perdurará enquanto não se perceber cessada a periculosidade. Contudo, inúmeras são as discussões sobre a sua averiguação e qual seria o momento certo para a desinternação condicional.

4.2 A CESSAÇÃO DE PERICULOSIDADE

Prevista nos artigos 175 e seguintes da Lei nº 7.210/84 (Lei de Execução Penal - LEP), a cessação de periculosidade deve ser averiguada no fim do prazo mínimo da duração da medida de segurança, pelo exame das condições pessoais do agente, onde deve-se observar:

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 1 (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 3 (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 5 (cinco) dias.

Não obstante, a LEP possibilita antecipação da realização do exame antes de transcorrido o prazo mínimo determinado, desde que se percebam presentes elementos que favoreçam a cessação, conforme preceitua o artigo 176. Para tanto, deve ser realizado requerimento fundamentado do Ministério Público ou do interessado, seu procurador ou defensor.

Caso o exame de cessação de periculosidade seja favorável à desinternação ou liberação, o juiz coloca o agente em liberdade. Essa hipótese encontra-se prevista no artigo 178 da LEP e no artigo 97, § 3º do Código Penal. Deve-se ressaltar que a desinternação é condicional e se sujeita às mesmas condições impostas pelo livramento condicional (artigos 132 e 133 da LEP).

Não se pode deixar de comentar as hipóteses em que não se perceba cessada a periculosidade. Nesse ponto há, por parte de pesquisadores e ativistas, severas críticas a subjetividade do exame e a indeterminação do prazo do cumprimento de medidas de segurança.

Essa condicionante pode submeter o interno a viver durante período irrazoável em HCTP ou até mesmo a vida toda. “A pessoa com transtorno mental, dentro da racionalidade penal ainda adotada pelo legislador pátrio e aplicada pelos operadores do direito, corre o risco de ficar internada, “em tratamento”, por um período superior à pena máxima prevista “*in abstracto*” para o crime por ela praticado, se tiver sorte” (BRASIL, 2011, p. 91).

Frente a tal problemática, em julgamento do Habeas Corpus 97621/RS, o Supremo Tribunal Federal entendeu que o prazo máximo para o cumprimento de medida de segurança deve ser 30 (trinta) anos, em analogia ao disposto no artigo 75 do Código Penal, que afirma ser esse período o tempo limite para a privação de liberdade no Brasil:

EMENTAS: AÇÃO PENAL. Réu inimputável. Imposição de medida de segurança. Prazo indeterminado. Cumprimento que dura há vinte e sete anos. Prescrição. Não ocorrência. Precedente. Caso, porém, de desinternação progressiva. Melhora do quadro psiquiátrico do paciente. HC concedido, em parte, para esse fim, com observação sobre indulto. 1. A prescrição de medida de segurança deve calculada pelo máximo da pena cominada ao delito atribuído ao paciente, interrompendo-se lhe o prazo com o início do seu cumprimento. 2. **A medida de segurança deve perdurar enquanto não haja cessado a periculosidade do agente, limitada,**

contudo, ao período máximo de trinta anos. 3. A melhora do quadro psiquiátrico do paciente autoriza o juízo de execução a determinar procedimento de desinternação progressiva, em regime de semi-internação [grifos nossos]

(STF - HC: 97621 RS, Relator: CEZAR PELUSO, Data de Julgamento: 02/06/2009, Segunda Turma, Data de Publicação: DJe-118 DIVULG 25-06-2009 PUBLIC 26-06-2009 EMENT VOL-02366-03 PP-00592).

Apesar do entendimento e do impedimento legal da perpetuidade da medida segurança, é notório como tais medidas ainda encontram dificuldades para atingir a sua própria finalidade. A mentalidade jurídica acerca do cuidado em saúde mental inviabiliza a garantia de direitos amparados às pessoas com doenças mentais.

A própria medida de segurança, ao tratar de pessoas com transtornos mentais, deve estar adstrita ao que preceitua as legislações de saúde mental e aos avanços conquistados nas últimas décadas, em termos de Reforma Psiquiátrica, como se demonstrará adiante.

5 A REFORMA PSIQUIÁTRICA E SEUS IMPACTOS

Após séculos de reprodução de tratamentos degradantes, nas últimas décadas as políticas de saúde mental passaram a preocupar-se em alterar esse paradigma por um novo modelo de assistência aos pacientes com transtornos mentais. Esses movimentos passaram a compor a chamada Reforma Psiquiátrica, cuja órbita gira em torno da criação de um novo modelo assistencial, através de práticas humanizadas, com atividades alternativas, que visam alcançar a reinserção do paciente em seu convívio familiar e social.

Para que se alcance esse objetivo, a Reforma Psiquiátrica tem como foco as políticas de não internação e na luta antimanicomial, investindo na progressiva desinstitucionalização dos pacientes internados e com a implantação dos chamados serviços de substituição.

A metade do século XX, com o cenário pós-guerra, sobretudo, foi o período responsável pelo início da preocupação e para o projeto da reforma psiquiátrica contemporânea. Os diversos danos sociais, psicológicos e físicos causados pela grande guerra, chamam a atenção para a deprimente situação dos institucionalizados em hospitais psiquiátricos e para uma série de reformulações nos espaços asilares.

No Brasil, o projeto de reforma psiquiátrica teve início em meados da década de 1970, com a liderança dos trabalhadores na área da Saúde Mental e teve como estopim, as denúncias às diversas formas de maus tratos e inadequação dos tratamentos psíquicos.

Alguns movimentos sociais emergiram durante esse período de luta pela reforma, sendo os principais o Movimento de Trabalhadores da Saúde Mental (MTSM) e o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA). Este, sobretudo, surgiu após II Congresso Nacional do MTSM, em 1987, e caracteriza-se pela sua extrema importância no aprofundamento da luta e na reformulação no modelo assistencial em Saúde Mental (AMARANTE, 2001).

É durante esse período que surgem as ideias de desinstitucionalização e desospitalização. Para Fernandes (1999), a desospitalização seria o processo de criação de novas técnicas terapêuticas, surgindo como alternativas à substituição daquelas que traziam sofrimento e danos extensos às vítimas. A desinstitucionalização, por sua vez, apresenta um sentido mais complexo,

relacionado à reconstrução do que seria o tratamento e focado na figura do sujeito e em tudo que pode ser utilizado no seu cotidiano, que possa contribuir para o seu tratamento de maneira conjunta.

No que diz respeito à legislação, o ponto inicial ao qual cabe destaque, concerne à criação do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Lei 8.080/1990, que passou a dispor sobre a promoção, proteção e recuperação da saúde. Em 1989, o então deputado Paulo Delgado, apresenta o Projeto de Lei que visava a regulamentação dos direitos de pessoas com transtornos mentais e a diminuição dos manicômios. O projeto foi de fundamental importância para que se pudesse criar uma rede integrada de atenção à saúde mental, com a substituição dos leitos psiquiátricos (ROSA, 2008).

Esse projeto tramitou por 12 anos, até ser aprovado e sancionado através da Lei nº 10.216, em 06 de abril de 2001, de modo a impulsionar o processo de reforma psiquiátrica no Brasil.

A referida lei teve como principais objetivos a proteção dos direitos das pessoas com doenças mentais e a participação e consequente responsabilização dos familiares dos pacientes na busca por essa proteção, como elencado em seu artigo 2º:

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

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

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

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

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

IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;

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

VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

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

VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;

IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Reafirmou-se, ainda, a responsabilidade do Estado no desenvolvimento das políticas de saúde mental, tendo como finalidade permanente a reinserção do usuário em seu meio, através de uma atuação conjunta que inclua assistência médica, psicológica, social e outras.

Assim, objetivou substituir o modelo de internação, reduzindo consideravelmente a quantidade de leitos psiquiátricos. De maneira mais clara, a lei teve por escopo encerrar os serviços realizados pelos manicômios através da criação de novos espaços, com o chamado modelo substitutivo.

Como resultado da luta contra o modelo manicomial, foi determinada a implantação de novos dispositivos de tratamentos, como os Centros de Assistência Psicossocial (CAPS), os centros de convivência e os Serviços de Residência Terapêutica (SRT's).

O CAPS foi regulamentado e integrado ao SUS no ano de 2002 e surgiu com o objetivo de substituir o modelo hospitalocêntrico, evitando internações e favorecendo o exercício da cidadania e da inclusão social dos usuários e de suas famílias (BRASIL, 2004).

No que diz respeito aos impactos da Reforma às medidas de segurança, estas também devem se pautar nas diretrizes impostas pela Lei nº 10.216/2001, bem como à Política Nacional de Saúde Mental, conforme determina a Portaria interministerial nº 1.777/MS/MJ/2003.

Pode-se destacar, ainda, a resolução do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCP) nº 05/2004, que dispõe sobre as diretrizes para o cumprimento de medidas de segurança, adequando-as as previsões contidas na Lei de Reforma Psiquiátrica. Essas diretrizes destacam que o tratamento de pessoas com doenças mentais consideradas inimputáveis, deve ter como finalidade permanente a reinserção do paciente em seu meio. Além disso, determina que a atenção prestada aos pacientes inimputáveis deve seguir programa de tratamento realizado por uma equipe multidisciplinar, atentando-se sempre aos pilares: moradia, trabalho, educação e reintegração sociofamiliar.

6 O PLANO ESTADUAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À PESSOA EM SOFRIMENTO MENTAL EM CONFLITO COM A LEI DO ESTADO DA PARAÍBA

A Reforma Psiquiátrica, como se percebeu, trouxe inúmeros avanços as legislações que se destinam ao tratamento das pessoas com transtornos mentais. Contudo, ainda é perceptível o distanciamento entre serviços de saúde e dispositivos de responsabilização criminal. Nas últimas décadas, algumas articulações normativas têm tentado amenizar os impactos desse distanciamento, como se pode destacar:

A expedição da Resolução CNPCP n. 05/2004 inaugura o debate no âmbito do executivo federal ao dispor sobre as “Diretrizes para o cumprimento das Medidas de Segurança, adequando-as à previsão contida na Lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001” (BRASIL, 2004). A Resolução CNPCP n. 04/2010 informa sobre as “Diretrizes Nacionais de Atenção aos Pacientes Judiciários e Execução da Medida de Segurança” (BRASIL, 2010a). A Resolução CNPCP n. 02/2014 (BRASIL, 2014a) propõe a retirada do hospital de custódia do rol de estabelecimentos penais destinatários de repasse de verba federal com o fim de construção. Também o Conselho Nacional de Justiça apresenta-se ao debate ao orientar seu quadro de magistrados a agir nos termos da reforma psiquiátrica: a Resolução CNJ n. 113/2010 cerca-se do “procedimento relativo à execução de pena privativa de liberdade e de medida de segurança” (BRASIL, 2010b). A Recomendação CNJ n. 35/2011 dispõe sobre as diretrizes a serem seguidas na atenção aos pacientes judiciários (BRASIL, 2011) (PARAÍBA, 2020, p. 30).

Dada a problemática e de forma a coadunar com as diretrizes impostas pela Reforma Psiquiátrica e o modelo social da deficiência, em setembro de 2020 foi lançado o Plano Estadual de Atenção Integral à Pessoa em Sofrimento Mental em Conflito com a Lei no Estado da Paraíba.

Os objetivos do programa consistem em promover a articulação de programas do Sistema Único de Saúde e do Sistema Único de Assistência Social, de modo a buscar efetivar a desinstitucionalização das pessoas em sofrimento mental em conflito com a lei; propor a reformulação das políticas públicas para que esse redirecionamento seja possível; e apoiar estudos e pesquisas sobre a aplicação das medidas de segurança no Estado da Paraíba. Para isso, fundamenta-se em três eixos: a desinstitucionalização, a prevenção e o fluxo de atendimento (PARAÍBA, 2020).

O primeiro deles busca o desmonte da lógica manicomial. Com isso, questiona os processos de isolamento e do tratamento coercitivo aplicado a essa população, com foco na promoção da sua saúde e processo de reinserção à

sociedade. É importante destacar que essa proposta não busca negar a existência do sofrimento, mas sim diminuir os efeitos da recorrente estigmatização.

Ademais, o documento destaca que retirar o sujeito do contexto da instituição manicomial carcerária não é suficiente para a ruptura da lógica do abandono, ao passo em que reafirma a importância da conexão com os princípios impostos pela Reforma Psiquiátrica:

Tendo em consideração que retirar as pessoas das instituições manicomiais carcerárias não promove, por si só, a ruptura com a lógica de abandono e controle, e que é preciso enfrentar a produção de situações que vulnerabilizam, reagudizam sintomas e promovem crises com possibilidade de reincidências, bem como os chamados manicômios mentais (PELBART, 2003), a Reforma Psiquiátrica antimanicomial propõe cumprir a desinstitucionalização através de quatro dimensões anteriormente mencionadas: sociocultural, técnico-assistencial, epistemológica e político-jurídica (PARAÍBA, 2020, p. 20).

De modo a garantir a efetividade dessas dimensões, o SUS tem desenvolvido algumas estratégias substitutivas. Dentre esses componentes, destaca-se a criação do Serviço Residencial Terapêutico e do Programa de Volta para Casa. Tão importante quanto é o Programa de Desinstitucionalização, criado pela Portaria GM/MS nº 2.840/2014, que busca, de forma geral, a reconstrução dos vínculos sociais e de cidadania, tendo em vista necessidades basilares como moradia, trabalho e socialização.

Outro ponto importante do documento se refere à Equipe de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis às Pessoas com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP), instituída pela Portaria nº 94/2014. A equipe deve ser composta por, pelo menos, cinco profissionais da saúde, e dentre as suas atribuições, pode-se destacar: a realização de avaliações biopsicossociais; a consolidação com dispositivos de gestão, que garantam a responsabilização pelos cuidados com a pessoa com transtorno mental em conflito com a lei e a realização da desinternação progressiva das pessoas em cumprimento de medidas de segurança (PARAÍBA, 2020).

O segundo eixo do Plano consiste na prevenção. Algumas estratégias viáveis indicadas seriam a ruptura do ciclo de violência institucional a que está submetido o sujeito com transtorno mental em conflito com a lei em contexto de privação de liberdade; a dissociação entre hipótese diagnóstica e necessidade de privação de liberdade; demonstrar a necessidade desencarcerizante como condição para a

garantia de direitos humanos das pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei (PARAÍBA, 2020).

Em resumo, as estratégias consistem em buscar evitar que o sujeito chegue a passar pela internação, visto que defende que o devido tratamento deve ser comunitário e não asilar. Assim, demonstra, mais uma vez, a necessidade de que o sistema de justiça se adeque aos paradigmas constitucionais e de reforma psiquiátrica.

O terceiro e último eixo é o do fluxo de atendimento. Nesse momento, o documento tece algumas críticas, destacando a morosidade no procedimento de perícias e a desarticulação entre a rede de assistência social e de saúde com a rede de justiça.

A partir desse contexto, a primeira etapa seria a fase de conhecimento, em detrimento com a legislação e com os preceitos reformistas. Aqui, não se falaria em medida cautelar de internação provisória, momento em que deve atuar, prioritariamente, a rede terapêutica de saúde – propõe a construção do Projeto Terapêutico Singularizado e Avaliação Biopsicossocial.

Já na fase de execução da medida de segurança, o plano sugere a promoção de círculos restaurativos. Por fim, o documento também propõe que o processo de atenção integrada seja realizado por um comitê específico: Comitê de Acompanhamento de Tratamento e Acesso a Direitos. Em suma, o tratamento seria preponderante à internação e deveria ser realizado e acompanhado por uma equipe de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis.

Nesse cenário, o plano encerra com a apresentação das diretrizes, objetivos estratégicos, metas e ações. Consistem, de fato, em efetivar o redirecionamento do modelo de atenção à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei, de modo a garantir o devido processo de desinstitucionalização. Para isso, busca consolidar a parceria entre os órgãos responsáveis, como a Secretaria Estadual de Saúde, a Secretaria de Estado do Desenvolvimento Humano, o Tribunal de Justiça do Estado da Paraíba, o Ministério Público e a Defensoria Pública do Estado, bem como as Instituições de Ensino Superior (IES).

7 O CUMPRIMENTO DA MEDIDA DE SEGURANÇA NA PENITENCIÁRIA DE PSIQUIATRIA FORENSE DA PARAÍBA

A Penitenciária de Psiquiatria Forense da Paraíba (PPF/PB) foi criada em 1943 com o nome de Manicômio Judiciário da Paraíba, através do Decreto-lei nº 471/1943, e tinha como finalidade a internação dos “delinquentes irresponsáveis”, destinados a “secção do estabelecimento que convier à natureza dos estudos mentais verificados e à orientação terapêutica respectiva”. Em 1984, passou a denominar-se Penitenciária de Psiquiatria Forense (PARAÍBA, 2020, p. 8).

A penitenciária é a única instituição oficial com função de realização de exames periciais psiquiátricos forenses no Estado da Paraíba. Conforme o último censo realizado por (Diniz, 2013), à época, era a 14ª (décima quarta) unidade em população dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico e das Alas de Tratamento Psiquiátrico (ATPs), o que correspondia a 2% da população dos 26 Estabelecimentos de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (ECTPs) do país e a 9% dos indivíduos dos estabelecimentos da Região Nordeste.

Na tentativa de compreender como se dá a execução das medidas de segurança no Estado da Paraíba foram coletados dados junto à referida penitenciária e à Vara de Execuções Penais da comarca de João Pessoa e elegeu-se a entrevista como instrumento de coletas. É importante destacar que os dados foram coletados na realização de Projeto de Iniciação Científica (PIBIC) e foram atualizados no mês de abril do corrente ano.

Após a coleta, foi feito tratamento dos dados, na medida em que buscou-se encontrar respostas aos questionamentos pré-definidos no momento da construção da metodologia do estudo, como também tecer um quadro comparativo entre a teoria e a realidade.

Desta feita, com as entrevistas realizadas procurou-se, através das inquietações percebidas, exprimir alguns pontos referentes à unidade, tendo como responsáveis o diretor da instituição e a juíza da Vara de execuções penais de João Pessoa. Cumpre destacar que a realização dessa coleta obteve, previamente, a aprovação do Comitê de Ética da Universidade Estadual da Paraíba, de acordo com o termo de apreciação disposto no Anexo I.

Convém salientar os pontos foco da análise, utilizando-os como categorias, a fim de que se faça uma melhor sistematização e tratamento dos dados. Foram

coletados dados referentes às seguintes problemáticas: a) qual é a capacidade desse estabelecimento penal e quantas pessoas estão cumprindo medida de segurança de internação nesse local, b) quais foram os crimes cometidos pelos internos, c) quais foram as doenças mentais diagnosticadas, d) que tipo de assistência esses internos têm dentro do estabelecimento (que especialidades médicas atendem os internos, que atividades alternativas são realizadas, se existe assistência jurídica e religiosa, dentre outras previstas pela Lei de Execução Penal) e, por fim, e) quais são as maiores dificuldades da execução dessas medidas no Estado da Paraíba.

Em relação à primeira problemática, cumpre destacarmos que essa unidade acolhe apenas a população masculina, uma vez que as mulheres em cumprimento de medida de segurança são acompanhadas no Complexo Psiquiátrico Juliano Moreira, que fica ao lado da PPF.

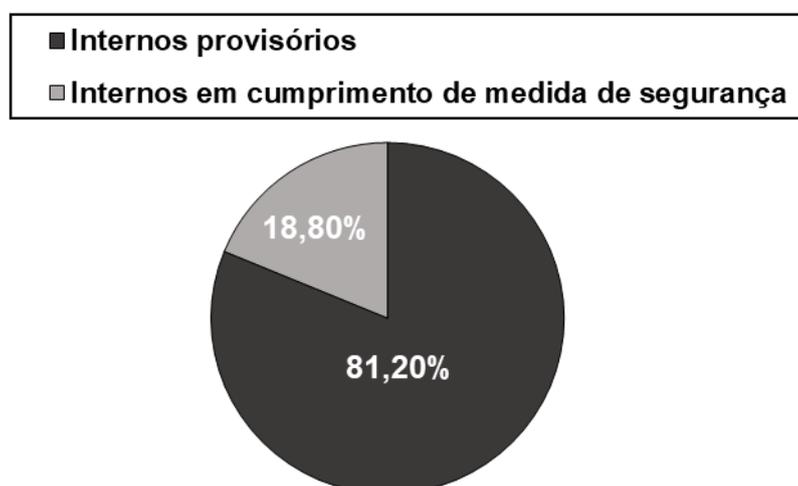
No que diz respeito à capacidade do estabelecimento, foram recolhidos os seguintes dados:

QUADRO 1: Dados gerais acerca da capacidade de acolhimento da unidade.

<i>CAPACIDADE DO ESTABELECIMENTO</i>	<i>NÚMERO DE INTERNOS</i>
92 vagas	117 internos

Fonte: Elaborado pelo pesquisador de acordo com os dados fornecidos através da coleta de dados.

QUADRO 2: Dados quantitativos relacionados ao cumprimento de medida de segurança na instituição.



Fonte: Elaborado pelo pesquisador de acordo com os dados fornecidos através da coleta de dados.

Ao analisarmos esses dados, o primeiro ponto que se destaca é a situação de superlotação do estabelecimento. Atualmente, existe uma demanda maior por leitos psiquiátricos, visto que a unidade conta com 117 internos, possuindo capacidade para 96.

No que diz respeito a essa situação, destaca-se o posicionamento do diretor do estabelecimento acerca da necessidade, ou não, da construção de uma nova unidade para esse tipo de acolhimento. Segundo o diretor, a criação de novos estabelecimentos como os hospitais de custódia de tratamento psiquiátrico, talvez não seja a melhor solução, tendo em vista os reflexos da Lei nº 10.216/2001.

De acordo com Diniz (2013), alguns Estados brasileiros já não possuem hospitais de tratamento e custódia, podendo destacar Acre, Amapá, Goiás, Maranhão, Mato Grosso do Sul, Roraima e Tocantins, sendo os pacientes acompanhados através de tratamento ambulatorial nos Centros de Apoio Psicossocial (CAPS) de suas cidades.

Outro ponto a ser destacado é a quantidade de internos em situação de medida de segurança provisória, fato que se encontra em desconformidade com as leis que abrangem o cumprimento da medida de segurança.

O Código Penal brasileiro, em seu texto original previa, no artigo 80, a possibilidade dessa aplicação provisória da medida de segurança. Essa situação, no entanto, foi abolida com o advento da Lei nº 7.210/1984 (Lei de Execuções Penais), bem como dos artigos 378 e 596 do Código de Processo Penal.

A segunda problemática diz respeito aos principais tipos penais que levaram os internos da PPF ao cumprimento da medida de segurança. Segundo os dados colhidos, os principais crimes cometidos são relacionados a “crimes de sangue”, termo utilizado pelo entrevistado:

QUADRO 3 – Crimes mais comuns entre os internos.

<i>CRIME DE HOMÍCIDIO – Art. 121 e seguintes do Código Penal</i>
CRIME DE DANO – Art. 163 e seguintes do Código Penal
CRIME DE AMEAÇA – Art. 147 do Código Penal
CRIMES DE LESÃO – Art. 129 e seguintes do Código Penal

Fonte: Elaborado pelo pesquisador de acordo com os dados fornecidos através da coleta de dados

Além dos já mencionados, segundo os dados colhidos através do instrumento de coleta, destacam-se também crimes que por vezes atingem outras leis além do código penal, como a Lei nº 11.340/2006 (Lei Maria da Penha) e a Lei nº 10.741/2003 (Estatuto do Idoso). Cabe destacar, também que, na maioria das vezes, as vítimas encontram-se estabelecidas no núcleo familiar do interno.

Ainda no que diz respeito à categorização desses delitos, buscou-se investigar quais as principais doenças mentais diagnosticadas nos laudos periciais realizados, destacando-se as seguintes:

QUADRO 4 – Principais doenças diagnosticadas.

DEPENDÊNCIA QUÍMICA POR USO DE ÁLCOOL – CID 10 F.10
ESQUIZOFRENIA PARANÓIDE – CID 10 - F20.0
ESQUIZOFRENIA HEBEFRÊNICA – CID 10 - F20.1
RETARDOS MENTAIS MODERADOS – CID 10 - F71
RETARDOS MENTAIS GRAVES – CID 10 - F72

Fonte: Elaborado pelo pesquisador de acordo com os dados fornecidos através da coleta de dados.

De acordo com a Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10 (Organização Mundial da Saúde, 1993), as doenças mentais anteriormente destacadas, apresentam as seguintes características:

F10. Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool

Estado consequente ao uso de uma substância psicoativa e compreendendo perturbações da consciência, das faculdades cognitivas, da percepção, do afeto ou do comportamento, ou de outras funções e respostas psicofisiológicas. As perturbações estão na relação direta dos efeitos farmacológicos agudos da substância consumida, e desaparecem com o tempo, com cura completa, salvo nos casos onde surgiram lesões orgânicas ou outras complicações. Entre as complicações, podem-se citar: traumatismo, aspiração de vômito, delirium, coma, convulsões e outras complicações médicas. A natureza destas complicações depende da categoria farmacológica da substância consumida assim como de seu modo de administração.

F20.0 Esquizofrenia paranoide

A esquizofrenia paranoide se caracteriza essencialmente pela presença de ideias delirantes relativamente estáveis, frequentemente de perseguição, em geral acompanhadas de alucinações, particularmente auditivas e de perturbações das percepções. As perturbações do afeto, da vontade, da linguagem e os sintomas.

F20.1 Esquizofrenia hebefrênica

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. Geralmente o prognóstico é desfavorável devido ao rápido desenvolvimento de sintomas “negativos”, particularmente um embotamento do afeto e perda da volição. A hebefrenia deveria normalmente ser somente diagnosticada em adolescentes e em adultos jovens.

F71.- Retardo mental moderado

Provavelmente devem ocorrer atrasos acentuados do desenvolvimento na infância, mas a maioria dos pacientes aprendem a desempenhar algum grau de independência quanto aos cuidados pessoais e adquirir habilidades adequadas de comunicação e acadêmicas. Os adultos necessitarão de assistência em grau variado para viver e trabalhar na comunidade.

F72.- Retardo mental grave

Amplitude aproximada de QI entre 20 e 40 (em adultos, idade mental de 3 a menos de 6 anos). Provavelmente deve ocorrer a necessidade de assistência contínua.

Dado o exposto, cabe destacar que, quanto às mencionadas características não cabe aqui maiores aprofundamentos, visto que foge ao cerne deste estudo.

No que diz respeito ao assistencialismo recebido pelos internos, os dados demonstram que estes recebem ampla assistência médica, religiosa e jurídica. Atualmente, a unidade conta com uma equipe médica multiprofissional, com atuação de 07 (sete) profissionais da área da saúde, distribuídos da seguinte maneira: 01 psicólogo, 01 enfermeiro, 01 assistente social, 01 assistente de consultório odontológico e 01 técnico de enfermagem.

Quanto à assistência religiosa, notou-se que o estabelecimento possui apoio de diversas igrejas e categorias religiosas, resultando numa forte relação entre o setor psicossocial e as pastorais locais.

Por último, destaca-se a assistência jurídica recebida pelos internos, uma vez que a penitenciária conta com 02 defensores públicos. Estes profissionais atuam desde o acompanhamento dos prontuários, até o momento em que os internos

possuam critérios suficientes para a desinternação condicional e extinção do cumprimento da medida de segurança.

A última problemática levantada buscou entender quais são os principais desafios encontrados na execução das medidas de segurança. Um dos obstáculos apontados pelo diretor foi a dificuldade em firmar parcerias com algumas instituições, a fim de proporcionar um tratamento mais completo aos internos, como por exemplo, a ausência de estagiários de áreas que digam respeito, de fato, à devida assistência que deve ser garantida.

Em outro ponto da pesquisa de campo, a coleta de dados direcionou-se para a Vara de Execuções Penais na comarca de João Pessoa para, como fora afirmado anteriormente, analisar o cumprimento das medidas de segurança pelo ponto de vista processual.

O primeiro questionamento buscou compreender quais são os principais empassos estruturais, encontrados na penitenciária, que trazem obstáculos para o andamento processual. Segundo a Juíza da Vara, a principal dificuldade é a ausência de uma maior quantidade de médicos psiquiatras no estabelecimento. Tal fator acaba por gerar uma morosidade nos processos que envolvem o incidente de insanidade mental, considerando a grande demanda estatal, visto que a instituição é a única no Estado que acolhe esse tipo de população.

Quanto às medidas que poderiam ser adotadas para a melhora da execução das medidas de segurança, o grande destaque se direcionou para o fortalecimento entre a rede de saúde e a administração penitenciária, em razão de os tratamentos de pessoas com doenças mentais encontram-se resguardados pela Lei nº 10.216/2001. Havendo uma preocupação na origem do paciente, o cometimento do tipo penal, em detrimento de um defasado acompanhamento evitaria o aumento das medidas de segurança.

Os Centros de Apoio Psicossocial e as Residências Terapêuticas são os estabelecimentos prioritários do ponto de vista dos novos paradigmas de tratamento psiquiátrico. Dessa forma, quando os internos terminam o cumprimento da medida de segurança, continuam em acompanhamento, uma vez que se trata de um desinternação condicional. Durante esse acompanhamento, que deve ter duração de 01 ano, é de extrema importância o fortalecimento entre a Vara e as unidades de saúde.

8 METODOLOGIA

Na intenção de obter uma compreensão pertinente do tema estudado e, paralelamente, realizar abordagens teóricas gerais ao estudo analítico-crítico, elegeu-se uma metodologia capaz de conduzir o trabalho durante a execução da pesquisa, isto é, de modo geral, será utilizada uma metodologia descritiva, exploratória e comparativa.

A metodologia quanto à consecução dos objetivos propostos pelo trabalho é descritiva, ao passo em que, através da pesquisa bibliográfica, foram coletadas informações que possibilitassem o desenvolvimento de uma descrição acerca da temática, com análise dos aspectos penais da inimputabilidade por doença mental; análise dos aspectos processuais penais da inimputabilidade por doença mental (estudo sobre o incidente de insanidade mental do acusado, do ponto de vista teórico); e, por fim, análise dos aspectos de execução penal das medidas de segurança.

Nesse processo, é de grande importância a realização de uma coleta de dados, elemento essencial para a fomentação de um caráter valorativo acerca do tema estudado, a partir da elaboração de um quadro comparativo entre a teoria e realidade, haja vista que, de modo geral, os fenômenos do mundo jurídico costumam ser estudados apenas pelo viés teórico, distanciando-se das possíveis divergências com a realidade fática.

Referente aos mecanismos de obtenção de dados reais adota-se como ferramenta principal de observação direta a pesquisa de campo, que consiste na observação de fatos e fenômenos exatamente como ocorrem na realidade, coletando os dados apresentados e os interpretando, tomando como pressuposto maior uma fundamentação teórica consistente, que possibilite, posteriormente, uma compreensão e explicação do problema pesquisado.

No âmbito da pesquisa de campo foram realizadas entrevistas com o Diretor da Penitenciária de Psiquiatria Forense e o Juiz da Vara das Execuções Penais de João Pessoa, no sentido de obter informações sobre o referido estabelecimento penal e a execução das medidas de segurança de internação, bem como as principais dificuldades enfrentadas e sugestões do que poderia ser melhorado, na perspectiva desses profissionais que atuam diariamente com essa realidade.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Compreender como se deu o processo de institucionalização da loucura, desde os tempos mais remotos até os atuais demonstra como a forte segregação, apesar de ter dado lugar a novas ferramentas terapêuticas, ainda se percebe presente.

O agente em conflito com a lei, quando apresenta enfermidades relacionadas à sua sanidade mental, é encaminhado ao tratamento em instituições especializadas, como os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico com medidas de segurança que, por sua natureza devem ter caráter preventivo. No entanto, a realidade dos internos em HCTS demonstra a assimetria entre o objetivo dessas medidas e os direcionamentos dados pelo sistema penitenciário brasileiro.

Uma das unidades acima mencionadas encontra-se situada no Estado da Paraíba, na cidade de João Pessoa. Trata-se da Penitenciária de Psiquiatria Forense, local de estudo do trabalho. Após o levantamento dos dados e análise destes, foi possível chegar às conclusões que serão devidamente detalhadas.

Inicialmente, cabe destacar que todo o material coletado foi construído em consonância com a legislação específica sobre a temática, bem como com atenção aos dados encontrados em censos penitenciários já realizados e a doutrina que se destina a discutir a problemática.

A legislação que trata do tema não se restringe ao campo do direito penal e processual penal. Os resultados apontam a necessidade de atenção para com a Lei nº 10.216/2001, conhecida usualmente como a Lei da Reforma Psiquiátrica. Ao instituir novas diretrizes para o tratamento de pessoas com deficiência, a lei encontra-se, notadamente, correlata à execução das medidas de segurança.

Sobre a capacidade da Penitenciária, apesar de todas as parcerias e assistências fornecidas aos internos, nota-se que o estabelecimento se encontra com número de internos maior do que a sua capacidade, uma situação ainda muito presente no sistema penitenciário brasileiro.

Um ponto de destaque é a relevância levantada pelo diretor da PPF e, também, pela Juíza da Vara de Execuções Penais da Comarca de João Pessoa, no que diz respeito à Reforma Psiquiátrica e necessidade de uma maior relação entre a Rede de Saúde pública e as Secretarias de Administração Penitenciária.

Assim, faz-se necessário destacar a importância do devido acompanhamento desde a identificação da doença do indivíduo na unidade de saúde de origem, como

o ponto crucial, a fim de que se possa evitar, dentro dos limites possíveis, a sua posterior incidência em algum tipo penal.

Quanto ao assistencialismo fornecido aos internos, perceberam-se aspectos positivos, visto que possuem amplo apoio jurídico e religioso. Apesar disso, nota-se ainda a necessidade de uma maior quantidade de médicos que possam assisti-los, fato que prejudica o andamento dos processos de desinternação condicional.

Neste ponto, ainda cabem observações acerca da assistência familiar, que é suma importância durante a execução da medida de segurança. Notou-se que, devido ao fato de ser essa unidade a única do Estado, muitos dos internos têm origem de municípios distantes, fato que dificulta o recebimento de visitas e acompanhamento de familiares.

Outro ponto de discussão diz respeito à situação do interno egresso ao estabelecimento, ressaltando, mais uma vez, a importância da atuação do Estado. Nesse momento, para que se cumpra êxito, deve haver uma maior parceria entre a penitenciária e a Rede de Saúde Pública, uma vez que o paciente, além de apresentar-se periodicamente na unidade deve, também, receber o devido acompanhamento médico nos centros de atenção psicossocial.

Ainda pode-se mencionar a importância da atuação das residências terapêuticas no momento de extinção da medida de segurança. Um obstáculo apontado é a ausência de vagas, no Estado, para que os egressos possam usufruir desses estabelecimentos. As residências terapêuticas também se apresentam como um reflexo importante da Reforma Psiquiátrica e elemento essencial para o momento posterior à execução dessas medidas.

Dessa forma, o que se pôde perceber, ao longo da pesquisa, é que a falta de visibilidade dessa população carcerária, tanto por parte do Estado, quanto dos pesquisadores, tem dificultado a atualização da legislação que trata da temática, fato que gera consequências negativas e, muitas vezes, a falta de avanços na execução das medidas de segurança. Destaca-se a necessidade de que se firme uma relação mais ampla entre a rede de saúde e o sistema penal brasileiro, ao passo em que este deve acompanhar as evoluções dos novos paradigmas de tratamento psiquiátrico e das novas leis que tratam a respeito. Como consequência, também seriam geridos de maiores recursos para o tratamento, quer sejam financeiros ou no que diz respeito à equipe profissional especializada, fato que trará benefícios também para o andamento dos processos no Poder Judiciário.

Na busca por maiores avanços, o Estado da Paraíba lançou, em setembro de 2020, o Plano Estadual de Atenção Integral à Pessoa em Sofrimento Mental e em conflito com a Lei, inovação que teve atenção de um dos tópicos deste trabalho. Apesar do destaque, ainda não é possível analisar quais os impactos gerados, dada a recenticidade do plano. O que se espera é que, com o novo guia, todos os procedimentos, desde a prevenção ao fluxo de atendimento, se tornem mais humanitários e voltados as novas políticas de saúde mental, com o redirecionamento para a desinstitucionalização.

De todo o exposto, é importante que se firme cada vez mais as relações entre o sistema de saúde o de responsabilização criminal, de modo que a internação passe a ser o último recurso e que o indivíduo tenha um tratamento comunitário, e não asilar, como tem ocorrido há tanto tempo.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Francis Moraes de. **Heranças perigosas**: Arqueogenealogia da “periculosidade” na legislação penal brasileira. Porto Alegre, 2005. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-graduação em Sociologia. IFCH, UFRGS. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/10301>. Acesso em: 17 de março. de 2021.
- AMARANTE, Paulo. **Loucos pela Vida**: A trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. 2 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.
- BITENCOURT, Cezar Roberto. **Manual de direito penal**. São Paulo: Saraiva, 2002, v1.
- BRASIL, Código de Processo Penal. Decreto lei nº 3.689, de 03 de outubro de 1941.
- BRASIL, Código Penal. Decreto-lei nº 2.484, de 07 de dezembro de 1940.
- BRASIL, MINISTÉRIO DA JUSTIÇA. DEPEN. **Levantamento Nacional De Informações Penitenciárias (INFOPEN)**. 2019.
- BRASIL, MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL. **Parecer sobre medidas de segurança e hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico sob a perspectiva da lei nº 10.216/2001**. 2011.
- BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Habeas Corpus nº 97621**. Rio Grande do Sul. Rel. Min. Cezar Peluso. DJU em 25/06/2009.
- BREIER, Aline; PAZ, Rogério Alves; GAUER, Gabriel Chittó. **Imputabilidade**: uma análise crítica. In: GAUER, Gabriel Chittó (ed.). *Agressividade uma leitura biopsicossocial*. Curitiba: Juruá; 2001. p. 149-62.
- CARRARA, Sérgio. **Crime e loucura**: o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século. In: *Crime e loucura: o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século*. 1998. p. 227-227.
- CAROLO, Rui Manuel Ribeiro. *Psiquiatria e Psicologia Forense: suas implicações na lei*. *Instituto Internacional de Estudos Especializados*, Figueira da Foz, Portugal, v. 2, n. 17, p.1-17. 2005.
- DAVOGLIO, T. R.; ARGIMON, I. I. L. Avaliação de comportamentos anti--sociais e traços psicopatas em psicologia forense. *Aval. psicol.*, Porto Alegre, v. 9, n. 1, abr. 2010.
- DINIZ, Débora. **A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil**. Brasília: Ed. Universidade de Brasília, 2013.
- FONTE, Eliane Maria Monteiro da. DA INSTITUCIONALIZAÇÃO DA LOUCURA À REFORMA PSIQUIÁTRICA: as sete vidas da agenda pública em saúde mental no brasil. **Estudos de Sociologia**, [S.l.], v. 1, n. 18, mar. 2013. ISSN 2317-5427.

Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revsocio/article/view/235235>. Acesso em: 07 fev. 2021.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura na idade clássica**. Trad. de José Teixeira Coelho Netto. São Paulo: Editora Perspectiva, 1978.

GONÇALVES, Victor Eduardo Rios. **Direito penal parte geral** 13. ed. São Paulo: Saraiva, 2007.

HUNGRIA, Néelson; DOTTI, René Ariel. **Comentários ao Código Penal: Volume 1-Tomo 1**. GZ Editora, 2017.

JESUS, Damásio de. **Direito penal, volume 1: parte geral** / Damásio de Jesus. — 32. ed. — São Paulo: Saraiva, 2011. 1. Direito penal 2. Direito penal - Brasil I. Título.

JESUS, Fernando de. **Psicologia aplicada à justiça**. 3. ed. Goiânia: AB, 2010. 200 p. (Coleção curso de direito).

KUMMER, Lizete Oliveira. **A psiquiatria forense e o Manicômio Judiciário do Rio Grande do Sul: 1925-1941**. Porto Alegre, 2010. Programa de Pós-Graduação em História. IFCH, UFRGS. Disponível em: http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/26911?locale=pt_BR. Acesso em: 10 de março 2021.

MANZINI, Eduardo José. **Considerações sobre a transcrição de entrevistas**. Faculdade de Filosofia e Ciências – UNESP, Marília, 2008.

NASCIMENTO, José Flávio Braga. **Curso de criminologia**. 1.ed. São Paulo: Ed. Juarez de Oliveira, 2007.

Organização Mundial da Saúde. (1993). **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10**: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre, RS: Artmed.

OSÓRIO, Fernanda Côrrea. **Inimputabilidade**: Estudo dos internos de um Instituto Psiquiátrico Forense. Porto Alegre, 2006. Programa de Pós-Graduação em ciências criminais. PUC-RS. Disponível em: <http://meriva.pucrs.br/dspace/handle/10923/1897>. Acesso em: 10 de março 2021.

PESSOTTI, Isaías. **A loucura e suas épocas**. São Paulo: Editora 34, 1994.

RIGONATTI, Sérgio Paulo. **Temas em psiquiatria forense e psicologia jurídica**. São Paulo: Vetor, 2003.

ROUDINESCO, Elisabeth. **Por que a psicanálise?** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2000.

SILVA, Leila Gracieli.; ASSIS, Cleber Lizardo. **Inimputabilidade penal e a atuação do psicólogo jurídico como perito**. *Direito em Debate. Revista do departamento de ciências jurídicas e sociais da UNIJUI*. p. 122-143, 2013. Disponível em:

<https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/revistadireitoemdebate/article/view/1123/1529>. Acesso em: 25 abril 2021.

SALING, Jeneci Viana Parayba. **A inimizabilidade penal e a insanidade mental do acusado**. 2013. 50 f. TCC (Graduação) - Curso de Direito, Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, Santa Rosa, 2013. Disponível em: <https://bibliodigital.unijui.edu.br:8443/xmlui/handle/123456789/1554>. Acesso em: 17 mar. 2021.

AGRADECIMENTOS

Ao iniciar a graduação, me deparei com um misto de sentimentos. Foram muitos os desafios, incertezas, mas foram muitas, também, as realizações. Foi imensamente gratificante participar de tantas atividades acadêmicas e realizar sonhos que pareciam, até então, impossíveis. Por essas razões, é impossível olhar pra trás e não enxergar aqueles que foram primordiais para a concretização dessa etapa, a quem externo os meus agradecimentos.

A Deus, a quem deposito toda proteção e confiança.

Aos meus pais, que sonharam comigo e confortaram, mesmo que de longe, todas as minhas inquietações. A eles, minha maior gratidão pela crença e apoio irrestritos.

À minha família e amigos, que sempre me incentivaram e acreditaram em mim, sendo fonte de apoio e acalanto durante todos esses anos.

À professora Rosimeire Ventura Leite, por todas as orientações e ensinamentos proporcionados ao longo da graduação, em iniciação científica, e pelo essencial auxílio para o desenvolvimento deste trabalho.

Às professoras Adriana Torres Alves e Cynara de Barros Costa, por todas as contribuições ao longo do curso e por aceitarem fazer parte da banca examinadora.

À UEPB e todo o corpo docente do Centro de Ciências Jurídicas, por proporcionarem a formação mais distinta que se pode ter.

Meu muito obrigado a todos que, direta ou indiretamente, fizeram parte dessa jornada.