



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE RORAIMA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA, PÓS-GRADUAÇÃO E INOVAÇÃO
MESTRADO PROFISSIONAL EM SEGURANÇA PÚBLICA,
DIREITOS HUMANOS E CIDADANIA**

**LINHA DE PESQUISA I: CONFLITOS, CRIME, VIOLÊNCIA E
DIREITOS HUMANOS**

**MEDIDA DE SEGURANÇA DETENTIVA: desafios para a Execução
Penal no Estado de Roraima**

JOANA SARMENTO DE MATOS

Dissertação/Produto Final

BOA VISTA/RR
2023

JOANA SARMENTO DE MATOS

**MEDIDA DE SEGURANÇA DETENTIVA: desafios para a Execução
Penal no Estado de Roraima**

BOA VISTA/RR
2023

TERMO DE CIÊNCIA E AUTORIZAÇÃO PARA PUBLICAÇÃO DE TCC, TESES E DISSERTAÇÕES ELETRÔNICAS NO SITE DA UERR

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Estadual de Roraima – UERR a disponibilizar gratuitamente através do site institucional <https://www.uerr.edu.br/multiteca/>, sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a Lei nº 9610/98, o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou download, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

1. Identificação do material bibliográfico:

() Trabalho de Conclusão de Curso (X) Dissertação () Tese

2. Identificação da Dissertação

Autor: Joana Sarmento de Matos **E-mail:** joana.matos@tjrr.jus.br

Agência de Fomento:

Título: Medida de segurança detentiva: desafios para a Execução Penal no Estado de Roraima

Área de Concentração: Segurança Pública, direitos humanos e cidadania.

Grau: Mestrado

Programa de Pós-Graduação: Mestrado Profissional em Segurança Pública, Direitos Humanos e Cidadania - MPSPDHC

Orientador(a): Prof.ª. Dr.ª. Leila Chagas de Souza Costa

E-mail: mpspdhc@uerr.edu.br

Membro da Banca: Prof. (a) Dr. (a) Fernando Cesar Costa Xavier

Membro da Banca: Prof. Dr. Rildo Dias da Silva -

Membro da Banca: Prof. Dr. Edgard Vinícius Cacho Zanette

Data de Defesa: 06/12/2023

Instituição de Defesa: Universidade Estadual de Roraima - UERR

DECLARAÇÃO DE DISTRIBUIÇÃO NÃO-EXCLUSIVA

O referido autor: 1. Declara que o documento entregue é seu trabalho original, e que detém o direito de conceder os direitos contidos nesta licença. Declara também que a entrega do documento não infringe, tanto quanto lhe é possível saber, os direitos de qualquer outra pessoa ou entidade; 2. Se o documento entregue contém material do qual não detém os direitos de autor, declara que obteve autorização do detentor dos direitos de autor para conceder à Universidade Estadual de Roraima os direitos requeridos por esta licença, e que esse material cujos direitos são de terceiros está claramente identificado e reconhecido no texto ou conteúdo do documento entregue.

Informações de acesso ao documento:

Liberação para disponibilização: (X) Total () Parcial

Em caso de disponibilização parcial, assinale as permissões: () Capítulos. Especifique. ()

Outras restrições. Especifique. _____

Havendo concordância com a disponibilização eletrônica, torna-se imprescindível o envio do(s) arquivo(s) em formato digital PDF e DOC ou DOCX da dissertação, TCC ou tese.

Assinatura do(a) autor(a): joana sarmento de matos Data: 16/12/2023.

JOANA SARMENTO DE MATOS

**MEDIDA DE SEGURANÇA DETENTIVA: desafios para a
Execução Penal no Estado de Roraima**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Segurança Pública, Direitos Humanos e Cidadania pela Universidade Estadual de Roraima.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Leila Chagas de Souza Costa

BOA VISTA / RR

2023

Copyright © 2023 by Joana Sarmiento de Matos

Todos os direitos reservados. Está autorizada a reprodução total ou parcial deste trabalho, desde que seja informada a fonte.

Universidade Estadual de Roraima – UERR
Coordenação do Sistema de Bibliotecas
Multiteca Central
Rua Sete de Setembro, 231 Bloco – F Bairro Canarinho
CEP: 69.306-530 Boa Vista - RR
Telefone: (95) 2121.0946
E-mail: biblioteca@uerr.edu.br

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

M433m Matos, Joana Sarmiento de.
Medida de segurança detentiva: desafios para a execução penal no estado de Roraima / Joana Sarmiento de Matos. – Boa Vista (RR) : UERR, 2023.
117 f. : il. Color ; PDF

Orientadora: Prof. Dra. Leila Chagas de Souza Costa.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual de Roraima (UERR), Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Segurança Pública, Direitos Humanos e Cidadania (MPSP).

1. Transtornos Mentais. 2. Alta Periculosidade. 3. Medida de Segurança. 4. Roraima. I. Costa, Leila Chagas de Souza (orient.) II. Universidade Estadual de Roraima – UERR III. Título.

UERR.Dis.Mes.Seg.Pub.2023 CDD - 345.05

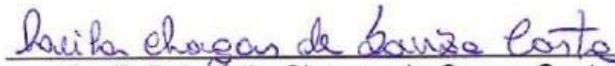
Ficha catalográfica elaborada pela Bibliotecária
Letícia Pacheco Silva – CRB 11/1135

JOANA SARMENTO DE MATOS

**MEDIDA DE SEGURANÇA DETENTIVA: desafios para a Execução
Penal no Estado de Roraima**

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Segurança Pública Direitos Humanos e Cidadania a Universidade Estadual de Roraima, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Segurança Pública Direitos Humanos e Cidadania.

Dissertação de Mestrado defendida e aprovada em 06/12/2023, perante a Banca Examinadora, constituída pelos seguintes membros:



Prof.^a Dr.^a Leila Chagas de Souza Costa
Universidade Estadual de Roraima – UERR
Presidente da Banca



Prof. Dr. Fernando Cesar Costa Xavier
Universidade Estadual de Roraima – UERR
Membro Titular



Prof. Dr. Rildo Dias da Silva
Universidade Estadual de Roraima -UERR
Membro Titular



Prof. Dr. Edgard Vinicius Cacho Zanette
Universidade Estadual de Roraima - UERR
Suplente

BOA VISTA/RR

2023

À minha família e ao Henrique: luz em momentos de escuridão.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de expressar meus sinceros agradecimentos a várias pessoas que contribuíram de maneira significativa para a realização deste trabalho acadêmico. Primeiramente, agradeço a Deus por me proporcionar a oportunidade e a capacidade de realizar esta pesquisa.

Minha gratidão também se estende à minha família, cujo apoio incondicional tem sido fundamental ao longo desta jornada acadêmica. Seu encorajamento e compreensão foram pilares essenciais para a conclusão deste projeto.

Não posso deixar de mencionar meu querido Henrique, cuja colaboração e insights foram inestimáveis durante a elaboração deste trabalho. Sua perspicácia e orientação foram cruciais para a qualidade deste estudo.

Além disso, sou grato à minha mãe e à minha amiga Vanda, que participaram de conversas inspiradoras e muitas vezes desafiadoras, fornecendo ideias e perspectivas valiosas que enriqueceram a pesquisa.

Por fim, quero expressar minha profunda gratidão a todos os mencionados por seu apoio e contribuições, que desempenharam um papel crucial na realização deste trabalho acadêmico.

RESUMO

Este estudo concentrou-se no exame de medida de segurança detentiva (ou ambulatorial), para pessoas com transtornos mentais e alta periculosidade: desafios para a execução penal no estado de Roraima. O objetivo geral consistiu em um voo panorâmico sobre as implicações da medida de segurança detentiva: temporária, limitada ao *quantum* da condenação *in concreto*, ou *in abstracto*, ou vitalícia, para não se utilizar a palavra perpétua. Buscou-se organizar os fundamentos para uma proposta a utilização de mecanismos de direito civil (como a interdição, prevista no Código Civil), em complemento aos mecanismos de internação psiquiátrica compulsória (prevista na Lei nº 10.216/2001), como solução processual capaz de contornar a impossibilidade de aplicação sucessiva de medidas de segurança detentivas (internações compulsórias) para pessoas portadoras de transtorno mental e com periculosidade persistente, sem se desprestigiar a dignidade humana dessas pessoas e também em proteger esta mesma dignidade dos familiares dessas pessoas, tantas vezes atingidas e sem, sequer, serem vistas pelos sistemas de segurança e de saúde pública. Em relação aos objetivos específicos, podem ser enumerados os seguintes: a) realizar um levantamento do quantitativo de dados sobre as medidas de segurança aplicadas no âmbito da Vara de Execução Penal da Comarca de Boa Vista; b) analisar os limites de aplicação do *paradigma da não-intervenção* – previsto na Lei nº 10.216/2001 – nos casos em que a periculosidade de pessoas com transtorno mental persiste mesmo após o cumprimento integral de medida de segurança detentiva; e c) apresentar o “caso Kalberg” como um caso-referência, para a partir dele se discutir em detalhes quais são os desafios mais palpáveis para o sistema de execução penal envolvendo pessoas com transtornos mentais e periculosidade persistentes. A metodologia utilizada para alcançar os referidos objetivos foi a pesquisa quali-quantitativa, com utilização de pesquisa bibliográfica e documental, além de entrevista semiestruturada. Como resultados parciais, pode-se concluir que o sistema de execução penal pode lidar com pessoas com doenças mentais e alta periculosidade através de diversas medidas de proteção e tratamento, incluindo a internação em unidades psiquiátricas especializadas, o acompanhamento médico regular e o tratamento psicológico. No entanto, a aplicação dessas medidas deve ser feita de forma equilibrada, respeitando os direitos humanos e a dignidade da pessoa.

Palavras-chave: transtornos mentais. Alta periculosidade. Medida de segurança.

ABSTRACT

This study focused on the examination of detention security measures (or ambulatory) for individuals with mental disorders and high dangerousness: challenges for the execution of penal law in the state of Roraima. The overall objective is a panoramic overview of the implications of detention security measures: temporary, limited to the quantum of the sentence in concrete terms, or in abstract terms, or lifelong, to avoid using the word "perpetual". Efforts were made to organize the foundations for a proposal to use civil law mechanisms (such as interdiction, provided in the Civil Code), in addition to compulsory psychiatric internment mechanisms (provided in Law 10.216/2001), as a procedural solution capable of overcoming the impossibility of successive application of detention security measures (compulsory internment) for individuals with mental disorders and persistent dangerousness, without disrespecting the dignity of these individuals, and also protecting the dignity of these individuals' family members, who are often affected and without even being seen by public security and health systems. Regarding the specific objectives, the following can be listed: a) to carry out a data collection on the security measures applied in the scope of the Execution Penal Court of the Comarca of Boa Vista; b) to analyze the limits of the non-intervention paradigm - provided in Law 10.216/2001 - in cases where the dangerousness of individuals with mental disorders persists even after the full completion of a detention security measure; and c) to present the "Kalberg case" as a reference case, in order to discuss in detail the most palpable challenges for the penal execution system involving individuals with mental disorders and persistent dangerousness. The methodology used to achieve these objectives was qualitative and quantitative research, using bibliographic and documentary research, as well as a semi-structured interview. As partial results, it can be concluded that the penal execution system can deal with individuals with mental illness and high dangerousness through various measures of protection and treatment, including internment in specialized psychiatric units, regular medical follow-up and psychological treatment. However, the application of these measures must be done in a balanced manner, respecting human rights and the dignity of the person.

Keywords: Mental disorders. High danger. Safety measure.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Noite Estrelada.....	62
Figura 2- A vila.....	63

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
2 CASOS QUE MERECEM SER LEMBRADOS PARA NÃO SEREM REPETIDOS: BREVE HISTÓRICO DO CONTEXTO	13
3 TEORIAS SOBRE AS DOENÇAS MENTAIS NO SISTEMA DE SAÚDE.....	23
3.1 MAIS UMA VEZ COUTURE: ENTRE O DIREITO E A JUSTIÇA	27
3.2 MEDIDAS CÍVEIS E CRIMINAIS.....	31
4 O PERCURSO METODOLÓGICO	45
4.1 METODOLOGIA	46
5 ANÁLISE E DISCUSSÃO	49
5.1 CONSIDERAÇÕES PENAIS E PROCESSUAIS PENAIS	54
5.2 MÉDICO LEGAIS, FILOSÓFICAS E LITERÁRIAS	61
5.3 O SISTEMA PENAL E AS DOENÇAS MENTAIS	74
5.4 MOVIMENTO DA LUTA ANTIMANICOMIAL.....	84
REFERÊNCIAS	84
ANEXO A- A RESOLUÇÃO N. 487, DE 15 DE FEVEREIRO DE 2023 do CNJ.....	95
ANEXO B- MAPA MENTAL.....	117

1. INTRODUÇÃO

Marginal errante

Desejo vago
Perpassa
em vaga nuvem
o desespero do agora

Angústia indescritível
povoa por completo
o existente
na procura
do instante verdadeiro

Não sei que
de formas várias
sentidos diversos
nuances leves
coloridos gritantes
notas harmoniosas
dissonantes acordes

Perguntas e problemas
definitivamente lançados
ao resto da caminhada
do marginal errante

Não há trilhas marcadas
na crosta de neve
e pouco valem
as seguras referências
do magnetismo corriqueiro

Pesado é o fardo
alçado às costas
com os famintos do mundo
as injustas estruturas sociais
os monopólios ideológicos
a liberdade de fazer o que mandam
o direito de buscar o impossível

Ser das planícies
Ser dos abismos
Ser do tudo
Ser do nada

(Álvaro Acioli)

José Carlos de Alcântara escreveu um artigo denominado “O homem é um animal político”, baseado na concepção Aristotélica de que o “homem é um animal político por natureza (...), a cidade é natural e (...) o fim do homem é a felicidade. Essa felicidade, contudo, só se atinge plenamente na cidade (*pólis*). Assim, concebe-se o homem como um animal político porque ele vive conjuntamente com o seu semelhante,

ainda que dele não necessite. Com isso, é possível parafrasear Maurice Druon, em o “O menino do dedo verde”, para se afirmar: estar-se-á pensando demais.

Nesse contexto, abre-se um parêntese para a reflexão de que enquanto não houver vontade política, políticas públicas sem interesses inconfessáveis, responsabilidade e seriedade com o dinheiro público, não haverá solução para a questão do acolhimento, internação e tratamento humanizado para doentes mentais ou portadores de transtornos mentais.

Refletindo-se acerca dos estágios da humanidade, precisar-se-á nos lembrar que há cerca de alguns bilhões de anos, a matéria, a energia, o tempo e o espaço surgiram naquilo que é conhecido como o *Big Bang*, recebendo a denominação de física. Aproximadamente 300 mil anos depois, a matéria e a energia começaram a se aglutinar em estruturas complexas, denominadas átomos, que se combinaram em moléculas e a isso deu-se o nome de química.

Na sequência, poder-se-á citar, ainda, que pouco mais de 3 bilhões de anos, certas moléculas formaram estruturas grandes e complexas, recebendo o nome de organismos e a isso deu-se o nome de biologia. Em torno de 70 mil anos, esses organismos, já pertencentes à espécie *Homo Sapiens*, se desenvolveram em estruturas, denominadas culturas. O desenvolvimento dessas culturas foi recepcionado com o nome de História.

O interessante é que em quaisquer desses estágios da origem do mundo, contemplou-se o *homo* com problemas mentais e, como sabido, essa singularidade é intrínseca do próprio ser humano no mundo. A esse respeito, Lombroso, muito tempo depois, elaborou teorias para categorizar os criminosos. A princípio, endeusado. Depois, repudiado. Atualmente, far-lhe-ia muito bem uma outra leitura de suas observações. Tivesse ele os instrumentos tecnológicos hoje existentes, como eletroencefalograma, tomografia computadorizada, do cérebro mapeado com cores diferentes, para diferentes funções, provavelmente a história das doenças mentais, em criminosos, poderia ser, radicalmente, diferente.

Nesse contexto, este estudo concentrar-se-á no exame de medida de segurança detentiva (ou ambulatorial), para pessoas com transtornos mentais e alta periculosidade: desafios para a execução penal no estado de Roraima. O objetivo geral consiste em um voo panorâmico sobre as implicações da medida de segurança detentiva: temporária, limitada ao *quantum* da condenação *in concreto*, ou *in abstrato*, ou vitalícia, para não se utilizar a palavra perpétua. Busca-se organizar os fundamentos para uma proposta a

utilização de mecanismos de direito civil (como a interdição, prevista no Código Civil), em complemento aos mecanismos de internação psiquiátrica compulsória (prevista na Lei nº 10.216/2001), como solução processual capaz de contornar a impossibilidade de aplicação sucessiva de medidas de segurança detentivas (internações compulsórias) para pessoas portadoras de transtorno mental e com periculosidade persistente, sem se desprestigiar a dignidade humana dessas pessoas e também em proteger esta mesma dignidade dos familiares dessas pessoas, tantas vezes atingidas e sem, sequer, serem vistas pelos sistemas de segurança e de saúde pública.

Em relação aos objetivos específicos, podem ser enumerados os seguintes: a) Realizar um levantamento do quantitativo de dados sobre as medidas de segurança aplicadas no âmbito da Vara de Execução Penal da Comarca de Boa Vista; b) Analisar os limites de aplicação do *paradigma da não-intervenção* – previsto na Lei nº 10.216/2001 – nos casos em que a periculosidade de pessoas com transtorno mental persiste mesmo após o cumprimento integral de medida de segurança detentiva; e c) Apresentar o “caso Kalberg” como um caso-referência, para a partir dele se discutir em detalhes quais são os desafios mais palpáveis para o sistema de execução penal envolvendo pessoas com transtornos mentais e periculosidade persistentes.

A pergunta da pesquisa, portanto, é a seguinte: como o sistema de execução penal pode lidar com pessoas com doenças mentais de alta periculosidade, sob o pressuposto defendido por alguns de que a aplicação de medidas de segurança passou a ser limitada pela Lei nº 10.216/2001?

Não se pode perder de vista, como objetivo geral a contribuição de outras áreas do conhecimento humano, no exame das doenças mentais que levam, ou não, a comportamentos criminosos e/ou antissociais. Dessa forma, esse trabalho está dividido em cinco capítulos. O primeiro capítulo consiste nessa introdução. O segundo capítulo traz alguns casos envolvendo ofensores de alta periculosidade e suas repercussões. O terceiro capítulo traz teorias sobre as doenças mentais no sistema de saúde prisional. O quarto capítulo contém o percurso metodológico adotado para a realização desse estudo. O quinto capítulo traz algumas análises e discussões por fim, o quinto capítulo consiste na análise e discussão dos dados obtidos. Por fim, o sexto capítulo traz as considerações finais, com alguns apontamentos e direcionamentos.

2 CASOS QUE MERECEM SER LEMBRADOS PARA NÃO SEREM REPETIDOS: BREVE HISTÓRICO DO CONTEXTO

Para o desenvolvimento dos objetivos específicos deste trabalho, lançar-se-á mão de estudo de casos, tanto no estado de Roraima quanto Brasil à fora. Começar-se-á por um processo que ocorreu na cidade e Comarca de Juiz de Fora, Minas Gerais, em que um agente, sistematicamente oprimia sua companheira, e depois, ex-companheira, com os reflexos da Lei Maria da Penha.

O referido agente a humilhou, reduziu-lhe a autoestima, fez ameaças as mais diversas, até chegou ao ataque físico, quando a ofendida resolveu pela separação. Tinham um filho em comum, para sustentar. Ela era o dinheiro, o afeto, o teto, enfim, tudo que uma família precisa para sobreviver. Cabeleireira, trabalhava de segunda a sábado, para fazer o seu ganha pão.

Certa noite, deixando o salão muito cansada, pois havia trabalhado o dia inteiro, ao chegar em seu carro, todos os quatro pneus haviam sido rasgados e o ofensor, com uma chave de fenda, violara a pintura do carro, em todos os lados, escrevendo a palavra “puta”.

A polícia, chamada ao local, logrou êxito em prender em flagrante o opressor, o que aconteceu pela primeira vez. Formado o Inquérito Policial e remetido para a Justiça, ele veio a ser denunciado. A Justiça manteve-lhe a prisão. Sob a égide do Código de Processo Penal da época, o interrogatório era o primeiro ato da Instrução Criminal e as partes não podiam intervir por qualquer modo.

Terminado o ato, quando o agente foi assinar o termo, a Promotora de Justiça, que já havia observado seus olhos ejetados, viu que ele tremia ao extremo, e que os tremores lhe afetavam as duas mãos. Neste momento, antes que a escolta o levasse, com a permissão da Juíza, a Promotora de Justiça fez algumas indagações tais como: o senhor está tomando algum remédio? Qual tipo de remédio? Tem assistência médica na unidade em que se encontra recolhido?

A Promotora de Justiça então solicitou à Magistrada, no que foi prontamente atendida, que se realizasse nele alguns exames, sendo a principal pesquisa destinada aos hormônios tiroidianos. Com os resultados, positivado ficou que ele estava sofrendo de severo hipertireoidismo, que já havia desencadeado o mal de *Graves*. Chamada a família ao gabinete, foram providenciados todos os medicamentos, e o agente, com pouco tempo de tratamento apresentou melhoras significativas.

Ao final da terapia estava-se diante de um outro homem: o homem que ele sempre foi antes do acometimento da disfunção tireoidiana. Deixou o estabelecimento prisional, onde já estava agendado e deferido, a pedido de seu defensor, um exame para verificação de sua saúde mental. O casal não voltou a conviver, pois o estrago de quase dois anos já estava feito, mas ele se tornou um homem produtivo, sem incidentes outros de violência, nem para com a mulher, nem para com o filho, nem para com a sociedade.

Com este exemplo, não se pretende, uma visão simplista da complexa questão da saúde mental, mas apenas dizer que é preciso um olhar diverso do que seja, exclusivamente, insanidade mental. Outro exemplo, que foi bem explorado pela mídia nacional, ficou conhecido como “o caso Champinha”. Uma adolescente, de classe média alta, com 16 anos de idade, enamorou-se de um colega de escola, com 18 anos de idade, e resolveram passar, juntos, um fim de semana romântico.

Claro que os pais da adolescente, à época casados, não iriam permitir tão inusitada e perigosa aventura. Então ela aos genitores disse que iria a uma excursão do colégio e que voltariam na tarde-noite de domingo. Os pais, que confiavam na filha, acreditaram e o casal partiu para a “excursão colegial”, cada um levando uma mochila e algumas poucas roupas e pouco dinheiro. Felizes e apaixonados, adentraram em uma mata e, em uma picada que encontraram, montaram uma barraca. Estavam a poucos metros de uma casa abandonada.

Então, se aproximam, “Champinha”, que na época tinha 16 anos e mais três homens adultos. “Champinha”, apesar de sua tenra idade, era o líder do bando, que abordou o casal apaixonado da maneira mais apavorante possível. O rapaz, levado para a casa abandonada, viria a ser executado, como de fato foi, com um tiro na nuca, depois de se prostrar de joelhos e implorar para sua vida. Enquanto isso, o pai dedicado foi ao colégio buscar a sua filha, quando soube que não houve excursão alguma e que sua filha estava desaparecida.

Em franco desespero, comunicou o desaparecimento à polícia, que fez intensas buscas para encontrar o casal. O pai chegou a imprimir 5.000 folhetos com foto da filha, implorando por qualquer informação que levasse ao paradeiro dela. Enquanto isso, o grupo se voltava para a adolescente aterrorizada. Ela foi estuprada, sodomizada e espancada durante cinco longos dias, e ao final deles, “Champinha” ordenou que ela caminhasse pela mata, porque ele iria soltá-la. Logo em seguida, alguns disparos e a garota foi morta.

Encontrado o casal, “Champinha” foi encaminhado para a fundação casa, com medida detentiva por sua idade, onde deveria ficar até os 18 anos. Os agentes penalmente responsáveis foram todos condenados, uma vez que mentalmente capazes.

Ocorre que “Champinha” se tornou um grande problema jurídico. Legalmente, deveria ser posto em liberdade aos 18 anos, mas do ponto de vista de sua periculosidade, e alta periculosidade, já que ele declarava a todo instante que, uma vez solto, iria voltar a matar, foi diagnosticado com doença mental e sua soltura era temerária.

Os trabalhadores do Direito sabem que não se pode aplicar duas penas para o mesmo fato gerador. O que fazer então? Foi construída uma casa de custódia e tratamento para doentes mentais e, coincidência ou não, “Champinha”, já com 18 anos, foi seu primeiro interno, onde se encontra até os dias atuais.

A esse respeito, o psiquiatra forense, chamado Guido Palomba, renomado em todo país, cunhou a seguinte expressão para definir a nova situação de “Champinha”: uma verdadeira gambiarra jurídica. Prefere-se o amparo de Eduardo Juan Couture: “Teu dever é lutar pelo Direito, mas se um dia encontrares o Direito em conflito com a Justiça, luta pela Justiça”.

Até onde se sabe, a casa de Custódia e Tratamento que abrigou “Champinha” possui boas acomodações e bons profissionais para acompanhá-lo. Os pais da adolescente, destroçados, se separaram pouco tempo depois. É isso que acontece no mais das vezes: o ato criminoso não afeta apenas o ofendido, mas todo o universo que gravita em torno dele.

O Art. 5º da Lei de Saúde mental diz que:

O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário (Brasil, 2002, p. 16).

Pode ser citado, como ilustração, o caso de Chico Picadinho ou Francisco Costa Rocha, que é responsável pela morte de duas mulheres entre os anos de 1966 e 1976. Seus delitos foram tão cruéis que chegaram a ser colocados pelo G1 de São Paulo, em 2014, como os “9 casos de assassinos que chocaram o país com seus crimes”.

Ele nasceu do caso que seu pai teve com uma amante. A mulher, dona Nancy, em outras ocasiões já havia cometido o aborto, mas, diferentemente dos exemplos

anteriores, resolveu ser mãe pela primeira vez em 27 de abril de 1942, do homem que seria conhecido como Chico Picadinho.

Ele foi mandado por seu pai para morar em uma casa de empregados, em razão de uma enfermidade que acometeu sua esposa. Ele se sentiu desamparado pela família, e foi abandonado, também, pelo casal, que a ele não destinava qualquer afeto, o que o levou a ficar com animais na mata, com porcos, algumas galinhas e gatos. Foi assim que iniciou seus rituais sádicos, matando os gatos de diferentes formas. Ao cabo de 2 anos, sua mãe, Nancy, reapareceu para buscá-lo.

Jornalistas afirmam que logo em seguida começou os estudos em uma escola católica, onde presenciou um caso de pedofilia com um colega, o que levaria a seu isolamento social. Foi reprovado naquele ano, e deixou os estudos.

Quando jovem, fez parte de um grupo chamado “senta pua”, onde foi abusado sexualmente. Assim, tanto o sexo, quanto a violência foram introduzidas na sua biografia. Por não conseguir ser aprovado nem na Escola Naval, nem na Aeronáutica e nem na Polícia Militar (Fagundes, 2020).

Decidiu ser corretor de imóveis. A disponibilidade de horários o fez participar da conhecida “boca do lixo”, lugar marcado pela prostituição e consumo de drogas. Naquela oportunidade, ele compartilhava um apartamento com um amigo e cirurgião médico, de quem era amante. E foi naquela residência que Chico Picadinho cometeu seu primeiro crime, em agosto de 1966, matando uma bailarina austríaca, de 38 anos de idade, convidada por ele para sua casa onde, durante o sexo, a enforcou com um cinto, partindo, a seguir para o espóstejamento do corpo.

A polícia foi informada por seu próprio amante e ele foi preso em 05 de agosto de 1966 e ele, a fim de justificar o crime afirmou que “a vítima se parecia com sua mãe, pois ambas se envolveram com homens por dinheiro e status (Fagundes, 2020). Assim, ficou preso por 18 anos, em razão do homicídio qualificado aos quais foram somados mais 2 anos e 6 meses pela desintegração do cadáver. Sua condenação, mais tarde, foi substituída por 14 anos e 4 meses. No estabelecimento prisional, trabalhou estudou e até se casou, sendo solto em 1974, oito anos após o ocorrido.

Separou-se da esposa quando ela ainda se encontrava grávida. Casou-se novamente, tendo outro filho, mas novamente se separou. Desse modo, livre ficou para retornar para a “boca do lixo”, local onde conheceu sua primeira vítima, e passou a viver como se nada tivesse acontecido: bebidas, drogas, sexo e prostituição.

Apenas dois anos e cinco e meses depois de ser solto viria a matar, como de fato matou, de novo. A vítima tinha o prenome de Ângela, outra prostituta, com 34 anos de idade, que foi levada para o apartamento de um colega dela e, quando da relação sexual, foi estrangulada. Fazendo uso de uma faca, um canivete e um serrote, procedeu a outro espotejamento de cadáver. Quando deixava o local, depois de um sono reparador, foi preso novamente.

Desta feita, foi condenado a 22 anos e 6 meses de reclusão, mas foi considerado portador de personalidade psicopática de tipo complexo. Em 1994, Francisco foi internado na Casa de Custódia e Tratamento de Taubaté para ser tratado de sua insanidade mental. É interessante observar que com o cumprimento integral de sua pena, no ano de 2017 ele teve sua soltura determinada por uma Juíza de primeira instância. Contudo, em maio daquele mesmo ano, o Tribunal de Justiça de São Paulo decidiu pela manutenção da Custódia.

Na decisão de segundo grau, o Julgador constatou que a casa de custódia era "melhor local para albergar civilmente Francisco, com registro que está adaptado à rotina diária, à disciplina, recebe tempestiva e eficazmente a medicação psiquiátrica". Isto somente foi possível porque, em 1970, Chico Picadinho foi diagnosticado como portador de personalidade sádica e psicopática, tendo laudo médico legal nesse sentido.

Em recurso datado de 25 de novembro de 2015, o Tribunal de Justiça de São Paulo entendeu "que a interdição de doente mental com gravíssima patologia não se iguala à prisão perpétua, uma vez que não visa punir pela prática de infrações, mas sim privar do convívio social aquele que sofre gravíssima doença mental. *In casu*, entenderam os magistrados que haveria segura comprovação da personalidade dissocial do interditando, bem como grave histórico de violência, mantendo, portanto, a internação.

Saliente-se, porque necessário, que ele precisava ser tratado de sua insanidade mental, e não de transtorno mental. Examinar-se-á agora o caso, de repercussão também nacional, que ficou conhecido como "o maníaco da Cantareira".

Crianças e adolescentes saíam de bicicleta para percorrer as trilhas a Serra da Cantareira, no estado de São Paulo, e simplesmente desapareciam. As famílias encetavam buscas por conta própria e ao final de mais ou menos tempo, encontravam seus entes queridos mortos. Eram meninos, e adolescentes do sexo masculino, estabelecendo um padrão de preferência bem nítido do agente. Foram muitos, até que foi identificada a autoria. O agente foi processado. Ao passar por incidente de

insanidade mental, constataram os peritos que ele era plenamente irresponsável por responder por seus atos, incapacidade mental plena.

A ele foi imposta medida de segurança detentiva e os desaparecimentos e as mortes cessaram, mas deixaram uma trilha de sofrimento e dor para as famílias que tiveram seus filhos vítimas de sodomia e homicídio. O tempo transcorreu, e em determinado dia, dois irmãos, completamente seguros com o afastamento do “Maníaco da Cantareira” saíram, de bicicleta, para uma trilha. Não retornaram para casa. E o terror voltou a reinar. Seria um imitador?

Com uma investigação até superficial, descobriu-se que o Hospital Psiquiátrico em que o “Maníaco da Cantareira” estava internado, tinha recebido “saída temporária” para visitar seus familiares. E ele logo confessou os crimes. Este ato de “humanidade” custou a vida dos dois irmãos. Como equacionar esta questão?

Na época o Código de Processo Penal não obrigava as autoridades a comunicar aos familiares da vítima a colocação, em liberdade, a qualquer título, dos ofensores. Embora seja algo doloroso de se afirmar, é a mais pura realidade: é mais fácil falar em favor de quem está vivo do que quem está morto. É mais “solidário” falar em favor dos ofensores, do que dos ofendidos.

Assim, passar-se-á para o caso de um estudante de engenharia, que protagonizou homicídio em massa na cidade de São Paulo. Ele escolheu com antecedência e meticulosamente as armas e munições que usaria no ataque. Foi para um quarto de hotel, onde fez uso da substância entorpecente denominada vulgarmente de cocaína, e se dirigiu para um cinema localizado no Morumbi *Shopping* onde era exibido o filme denominado “Clube da Luta”. Disparou rajadas de metralhadora na assistência, matando três pessoas, ferindo quatro e levando pânico a todos os presentes.

A defesa adotou a tese de sua inimputabilidade e que ele era portador de distúrbios mentais, agravado pelo uso de substância entorpecente e de uso proscrito no Brasil. No entanto ele foi sentenciado a 48 anos e 9 meses de reclusão, e recolhido ao Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Salvador, na capital baiana.

Atente-se para a fundamental diferença: o agente não era portador de doença mental, mas de distúrbios mentais. Exatos dez anos após o crime, o mesmo agente, que seria considerado apto para a desinternação, esfaqueou um companheiro de cela na Penitenciária Lemos Brito, na capital baiana. Foi submetido a exame para verificação de cessação de periculosidade, objetivando sua liberdade. Terá sido uma promiscuidade jurídica? O laudo assegurou que ele “encontrava-se compensado, funcional, sem

qualquer alteração de comportamento” que indicasse periculosidade, e assim foi considerado apto a desinternação.

Celso Teixeira, diretor de comunicação da Record TV, que cobriu o caso à época, declarou: “Espero que as vítimas e os familiares tenham vivido em paz todos estes anos para superar o trauma”, pois pessoa alguma poderia imaginar que em um cinema, poderia ser alvo de um crime tão brutal quanto inimaginável”.

Impactando ainda o país, tem-se o caso do cartunista Glauco e de seu filho Raoni, mortos a tiros por um frequentador da Igreja Céu de Maria, fundadores e mantenedores dela, que utilizavam da substância psicoativa conhecida como Santo Daime. O criminoso foi preso alguns dias depois. Seu defensor alegou que ele era esquizofrênico e que passou a ter alucinações depois do uso do chá do Santo Daime. Ele foi considerado inimputável e acabou internado em hospital psiquiátrico para tratar, esta sim, sua doença mental.

Estranhamente, no ano de 2014, ele matou mais duas pessoas em Goiás, onde foi preso e condenado como um criminoso comum, e no curso do cumprimento de sua pena, em 2016, foi morto por um colega de cela. Considera-se necessário se indagar novamente: promiscuidade processual ou médico legal? A viúva de Glauco, Senhora Bia, chegou a afirmar: “Essas duas mortes após a do Glauco, a culpa é da Justiça. A culpa é de quem soltou o criminoso”.

Passar-se-á, a partir de agora, ao circuito doméstico, de Roraima, em que as constatações não são muito diversas. Cita-se como exemplo o “caso Kalberg”¹. Sem dúvida, um dos mais instigantes dos anos recentes, com um sentenciado portador de doença mental, pela prática de vários crimes, inclusive, com violência doméstica contra sua mãe e sua filha menor. Entradas e saídas do sistema de Justiça penal, ao longo de anos, representaram um círculo perverso para suas vítimas.

Em 2014, Kalberg Magalhães cumpria pena na Penitenciária Agrícola do Monte Cristo pelos crimes de furto, roubo e ameaça com violência doméstica, quando foi espancado por outros detentos sob a acusação de praticar ato obsceno no cárcere². Tempos depois, exames periciais atestaram transtornos mentais com surtos, agravados

¹ Assim se convencionou chamar o caso de Kalberg da Silva Magalhães, cujo processo principal tramitou na Vara de Execuções Penais, na comarca de Boa Vista, sob o número 0011104-55.2014.8.23.0010.

² MARQUES, Marcelo. Preso é agredido após ser visto em ato obsceno com foto de mulher, em RR. G1 RR, de 20 mar, 2014. Disponível em: <http://g1.globo.com/rr/roraima/noticia/2014/03/preso-e-agredido-apos-ser-visto-em-ato-obsceno-com-foto-de-mulher-em-rr.html>

pelo consumo frequente de substâncias entorpecentes. Para Kalberg, a medida adequada então seria a internação em hospital de custódia; porém, não há estabelecimentos desse tipo em Roraima.

De novo, o diagnóstico não foi de doença mental, mas de transtornos mentais, “com surtos, agravados pelo consumo frequente de substâncias entorpecentes”. A manutenção da pena de reclusão, de outra parte, constituiria um abuso de autoridade por parte de agentes estatais e excesso na execução penal ante a sua condição psiquiátrica.

Em 2002, a medida de segurança que havia sido decretada contra ele estava em vias de ser extinta, considerando que entendem os tribunais, atualmente, que a medida de segurança não pode ser perpétua e que deve se balizar pelo tipo penal em que incurso a pessoa sujeita a medida de segurança. O Ministério Público já havia se manifestado favoravelmente ao pedido de extinção formulado pela defesa, a despeito da personalidade do agente indicar a alta probabilidade de reiteração de práticas criminosas.

No mês de maio daquele ano, às vésperas do Dia das Mães, a própria mãe de Kalberg dirigiu-se à Vara de Execução Penal para implorar à juíza que não devolvesse a liberdade ao filho. Mais do que com a sua segurança ou a de sua neta, ela estava preocupada com a integridade e a vida de seu filho: “prefiro ele preso do que morto³”.

³ Dona X (a chamarei assim para preservá-la) toda franzina, estatura baixa, voz quase imperceptível, coração apertado entra no Gabinete. Então dona X o que faz a Senhora vir aqui.

Doutora é meu filho. Sei que parece esquisito: mas preciso. Não sei como falar com uma Juíza. Preciso que meu filho fique recolhido. Um silêncio incomum: não se escuta isso sempre. Estranho. Minha cara denuncia o estranhamento. Pois então é para o bem da filha dele, minha e dele, porque sei que se não for assim vão matar meu filho Dra.

Então como é isso Dona X. Vou abrindo o processo do filho dela: indivíduo com várias medidas protetivas, vários crimes contra Dona X e sua neta, a neta de 08 anos relata Dona X morre de medo do pai. Esteve internado algumas vezes: medicado tem melhoras. Mas sem a medicação e com o uso de drogas ilícitas.

Pois então não sei como falar Dra. Mas preciso que meu filho fique recolhido, porque vão matá-lo doutora. Prefiro ele preso e vivo do que morto. Escuto aquela senhora. Não sei nem o que fazer, responder. Combino com Dona X: hoje tenho várias pessoas para atender. Gostaria de dar uma atenção melhor a Senhora. Pode voltar na sexta-feira. No tal dia lá está a Senhora franzina... isso anos atrás. Escuto, fico pensando na ambiguidade de uma mãe (prefere o filho preso, mas vivo).

Tento todas as medidas possíveis juridicamente falando: internação em hospital de custódia. Não há Hospital de Custódia. Determino recolhimento prisional correndo o risco de responder por abuso. Determino isolar ele. Ter acesso a medicamentos. Funciona por um tempo. Após internado em Hospital Normal já que não tem de custódia.... E assim vai neste ciclo.... Por anos. Feito pedido de extinção da medida de segurança. O filho já estava submetido há anos a medida de segurança. Parecer favorável pela extinção. Estudo dias este processo. Não há saída a não ser extinguir. Faço a extinção da Medida. Dona X quando fica sabendo vai no Gabinete desesperada: dr.^a por favor vão matar meu filho, ou ele vai nos matar, só tivemos sossego no tempo que a senhora o manteve na Unidade, por favor. Explico para Dona X: não posso fazer isso. Se algo acontece com seu filho dentro a Unidade eu estou frita. Perco meu cargo. Explico, explico, tento explicar... depois de muito tempo ela “entende” ou como diz: "se conforma”.

A súplica da mãe de Kalberg esbarra no chamado paradigma da não-internação psiquiátrica involuntária defendido pela Lei 10.216/01 (Lei da Reforma Psiquiátrica), que teria derogado a parte geral do Código Penal e da Lei de Execuções Penais na parte relativa às medidas de segurança detentivas. Com o advento dessa lei, a internação, para casos como o de Kalberg, estaria limitada aos casos de surtos violentos e teriam a duração limitada ao tempo de permanência do surto (Mendes; Faria, 2018).

No capítulo XVI de seu clássico “O Espírito das Leis”, o barão de Montesquieu afirma que as leis, por serem feitas para pessoas com uma capacidade mediana de entendimento, deveriam corresponder ao “raciocínio simples de um chefe de família”. Mas a Lei nº 10.216/01, com seus paradigmas inovadores, não pareciam compreensíveis para a mãe de Kalberg, uma senhora humilde, franzina, baixa estatura e voz tímida.

Após a decretação da extinção da medida de segurança que mantinha detido o seu filho violento, ela foi uma vez mais até a Vara de Execução Penal, inconformada, compartilhar as suas angústias com os serventuários daquela unidade: “Por favor vão matar meu filho, ou ele vai nos matar. Só tivemos sossego no tempo em que a juíza o manteve na Unidade”⁴. Embora tenham lhe explicado que a soltura dele era decorrência da imposição de uma lei, isso não pareceu fazer a ela qualquer sentido.

O caso Kalberg é ilustrativo das respostas que são buscadas não apenas por alguns membros da sociedade que sofrem diretamente com a impossibilidade de internação de pessoas com transtorno mental e perfil voltado para prática de fatos descritos pela lei penal como crime, mas também pelos próprios atores que gerenciam o sistema de execução penal. Embora haja respostas possíveis, a forma como pessoas com transtornos mentais e de alta periculosidade pode ser segregadas, para a sua própria segurança e a dos demais, é ainda uma questão em aberto e de difícil equacionamento da prática diária.

Assim, o caso Kalberg é um exemplo das questões que são enfrentadas não apenas por indivíduos na sociedade que são afetados diretamente pela incapacidade de internar pessoas com transtornos mentais e comportamento perigoso, mas também pelos responsáveis pelo sistema de justiça criminal. Embora existam possíveis soluções, como as pessoas com transtornos mentais e alta periculosidade, podem ser isoladas para proteção própria e de outros, ainda é uma questão em aberto e desafiadora de se resolver

⁴ As falas atribuídas aqui à mãe de Kalberg (que convém não ser identificada) são reais, embora adaptadas, e foram obtidas a parte do testemunho de servidores do Poder Judiciário que estiveram presentes no atendimento prestado a ela.

na prática cotidiana. É importante discutir esse assunto e buscar soluções para garantir a segurança de todos.

3 TEORIAS SOBRE AS DOENÇAS MENTAIS NO SISTEMA DE SAÚDE

A classificação de transtornos mentais tem como objetivo categorizar e descrever as diferentes formas de sofrimento mental que uma pessoa pode apresentar. Esse processo é importante para ajudar no diagnóstico, tratamento e compreensão dos transtornos mentais.

A distinção entre doença mental e transtorno mental é uma questão que vem sendo debatida há muito tempo na área da saúde mental. Enquanto alguns autores entendem a doença mental como uma variação mórbida do normal, outros enfatizam a importância de compreender o sofrimento mental como uma construção social e cultural.

Por exemplo, o psicanalista Franco Basaglia (1988), argumenta que a distinção entre normalidade e patologia é uma construção social que se reflete na forma como a sociedade entende e trata as pessoas com sofrimento mental. O referido psiquiatra defende a ideia de que o sofrimento mental deve ser compreendido como uma resposta humana diante de situações adversas e não como uma patologia.

Por outro lado, o psiquiatra Thomas Szasz (1977), defende que a doença mental é uma construção cultural e social que se reflete na forma como a sociedade entende e trata as pessoas com sofrimento mental. Szasz (1977), argumenta que a doença mental não é uma entidade real, mas sim uma descrição cultural da forma como a sociedade entende e trata o sofrimento mental.

Em resumo, a classificação de transtornos mentais é uma questão complexa e multifacetada que envolve diferentes perspectivas teóricas e culturais. Alguns autores enfatizam a importância de compreender o sofrimento mental como uma construção social e cultural, enquanto outros destacam a importância de classificar os transtornos mentais para fins diagnósticos e terapêuticos.

Considera-se importante, também, se fazer a distinção entre doença mental e transtorno mental, até porque esta diferenciação tem efeitos práticos relevantes no cotidiano jurisdicional. Senão, veja-se: doença mental é uma variação mórbida do normal, capaz de produzir prejuízo no comportamento global do indivíduo, citando-se como exemplo os campos social, ocupacional, familiar e pessoal.

Segundo a teoria biopsicossocial, desenvolvida por George L. Engel (1977), a doença mental é entendida como um processo interativo entre fatores biológicos,

psicológicos e sociais. Essa teoria destaca que a doença mental é resultado da interação complexa entre fatores biológicos, tais como predisposições genéticas ou desequilíbrios químicos no cérebro, fatores psicológicos, como o estresse ou a ansiedade, e fatores sociais, como o ambiente de trabalho ou as condições sociais adversas. A teoria biopsicossocial argumenta que a doença mental é uma condição real e persistente que requer tratamento médico e psicológico.

Já o transtorno mental fica em uma área cinzenta entre a normalidade e a patologia. São síndromes ou padrões de comportamentos psicológica e clinicamente importantes. Essa síndrome não deve constituir meramente uma resposta previsível e culturalmente aceita diante de um determinado evento. Um engano frequente consiste em pensar que uma classificação de transtornos mentais classifica pessoas, quando na verdade o que se classifica são os transtornos que as pessoas apresentam.

A definição de transtorno mental também pode variar dependendo do autor ou da perspectiva teórica. No entanto, a seguinte é uma definição de transtorno mental baseada no DSM-5, um dos manuais de referência mais influentes na psiquiatria. Segundo o referido manual, um transtorno mental é definido como "uma condição clínica que afeta a maneira como uma pessoa pensa, se sente, comporta-se ou interage com outras pessoas".

O DSM-5 fornece critérios diagnósticos para vários transtornos mentais, incluindo transtornos de ansiedade, transtornos afetivos, transtornos psicóticos e outros. O transtorno mental é entendido como uma condição persistente e clinicamente significativa que requer tratamento. O DSM-5 enfatiza que o transtorno mental é diferente de reações normais a eventos estressantes ou condições temporárias, como o luto ou a ansiedade social.

Esses breves conceitos são imprescindíveis para o exame dos objetivos geral e específicos desse estudo, a justificativa, a revisão da literatura e metodologia empregada. Não se pode perder de vista que a aplicação prática destes conceitos a cada caso concreto será, sempre, uma “espada de Dâmocles” pendente sobre a cabeça do julgador.

Nesse contexto, decisões respeitáveis se voltam no sentido de que a medida de segurança detentiva não pode ser perpétua. Antes, o contrário, deve estar jungida à pena aplicada ao ofensor da norma, e, numa aplicação mais dura, à pena máxima cominada ao delito cometido. Dessa maneira, há que se indagar: como dar “alta”, juridicamente, para ofensores extremamente perigosos, se é sabido que doença mental não tem cura? A

outra visão, a qual filiar-se-á é a de que, como doença incurável, o transgressor não deverá ser colocado em liberdade.

Faz-se necessário considerar que a decisão de conceder uma alta depende de vários fatores, incluindo a avaliação da equipe médica sobre a condição da pessoa e se ela é considerada segura para ela mesma e para a sociedade. No caso de ofensores extremamente perigosos com problemas de saúde mental, a decisão de conceder uma alta é ainda mais complexa e envolve considerações de saúde pública, direitos humanos e segurança.

A equipe médica pode trabalhar com órgãos de justiça criminal e outros profissionais da saúde para avaliar o risco e determinar o melhor curso de ação. Entretanto, considera-se que em casos de ofensores extremamente perigosos, o mais recomendável é que necessário se mantenha a pessoa em um ambiente institucional por questões de segurança, mesmo que sua doença mental não tenha cura.

Considera-se que as decisões sobre a liberação de ofensores extremamente perigosos precisam ser muito cuidadosas e baseadas em avaliações rigorosas e revisões frequentes. É importante que sejam tomadas medidas eficazes para garantir a segurança da sociedade e dos indivíduos envolvidos. Assim, também serão oferecidas, humildemente, alternativas, ou soluções, ainda que paliativas, para que o sentenciado permaneça em casa de recolhimento para doentes mentais, porque sua insanidade há de colocar a ele, a sua família e a toda comunidade, em perigo: iminente, real e concreto.

Feitas essas considerações, há de se trazer a questão da doença de *Graves*, provocada por uma hiperatividade da tireoide. A origem exata da doença de *Graves* ainda é desconhecida. No entanto, é amplamente aceito que é uma condição autoimune, ou seja, ocorre quando o sistema imunológico ataca o próprio corpo. Em casos de hipertireoidismo o mal de Graves, atinge o sistema imunológico e ataca a tireoide, resultando na produção excessiva de hormônios tireoidianos.

Fatores genéticos e ambientais podem desempenhar um papel na formação do mal de Graves. Algumas evidências sugerem que a doença pode estar relacionada a fatores como o estresse, infecções virais ou a exposição a certos produtos químicos. No entanto, ainda não foi estabelecida uma causa clara e única para a doença de Graves.

Além disso, a doença é mais comum em mulheres e geralmente ocorre na idade adulta. No entanto, pode afetar pessoas de qualquer idade ou gênero. É importante lembrar que a referida doença é uma condição complexa e que a pesquisa sobre sua origem ainda está em andamento.

A glândula pituitária, na base do cérebro, tornou-se, mais tarde, “a regente da orquestra endócrina”, um conjunto de sete instrumentos. Foi Harvey Williams Cushing (1869-1939), professor de cirurgia no Hospital Johns Hopkins e em Harvard, quem iniciou a orquestra. Ele começou identificando a pituitária em 1912 e descreveu a síndrome de Cushing em 1932, na qual o doente apresenta o rosto redondo como a lua.

Quaisquer destes exames, ao que se sabe, não são realizados quando se pesquisa uma doença mental em agressores e ela, uma vez comprovada, poderia poupar dinheiro aos cofres públicos e muito sofrimento ao examinando, que receberia o tratamento adequado, fazendo cessar sua agressividade ou até mesmo sua periculosidade.

De igual modo, as características hereditárias, que podem ser assim sintetizadas: a genética é uma matéria tão opaca e tediosa quanto a filosofia teológica, mas como essa filosofia contém o segredo da vida eterna, o que pode ser traduzido pelo dito popular: “a fruta só cai debaixo do pé”, ou “filho de peixe, peixinho é”. Nada disso pode escapar ao observador com objetivo geral, muito embora, como geral, não se possa descer a peculiaridades de caso a caso.

A esse respeito, cumpre mencionar que a biologia tem uma compreensão limitada sobre as características hereditárias que podem estar relacionadas a comportamentos violentos ou criminosos. Embora algumas pesquisas tenham encontrado uma ligação entre certos genes e predisposições para comportamentos agressivos, essas associações são geralmente fracas e muito complexas.

A maioria dos especialistas concorda que o comportamento humano é influenciado por uma combinação de fatores biológicos, ambientais e sociais. Por exemplo, problemas de saúde mental, como transtornos de personalidade ou psicopatia, podem contribuir para comportamentos violentos, mas esses problemas geralmente estão relacionados a uma combinação de fatores genéticos e ambientais, incluindo traumas na infância ou abuso de substâncias.

Além disso, a pesquisa em genética criminal ainda é uma área muito controversa e não há consenso sobre sua validade ou utilidade. Portanto, é importante ter cautela ao interpretar e utilizar as informações sobre as características hereditárias em relação a comportamentos criminosos ou violentos.

Enfim, a biologia pode contribuir para o entendimento da complexidade das causas subjacentes a comportamentos criminosos, mas é importante levar em consideração uma ampla variedade de fatores e evitar simplificações excessivas ou explicações únicas para comportamentos violentos ou criminosos.

Após esta visão panorâmica geral, pretende-se que ao final, e que elas se encontrem soluções humanas, para o doente mental infrator e para a sociedade como um todo e, principalmente, para as famílias de cada um, sustentado pelo dogma jurídico de que a pena não pode ir além da pessoa do criminoso.

3.1 MAIS UMA VEZ COUTURE: ENTRE O DIREITO E A JUSTIÇA

Lembramos mais uma vez a afirmação de Couture: “Teu dever é lutar pelo Direito, mas se um dia encontrares o Direito em conflito com a Justiça, luta pela Justiça” que a todos sugere que existe uma diferença entre o conceito de Direito e Justiça, e que em algumas situações, esses conceitos podem entrar em conflito. O dever da pessoa é lutar pelo Direito, mas se um dia encontrar o Direito em conflito com a Justiça, então a escolha deve ser pela Justiça.

Assim, a Justiça é entendida como uma questão moral e eticamente correta, enquanto o Direito é uma questão de regras e leis estabelecidas. Embora seja importante seguir as regras e leis, às vezes, essas regras podem ser injustas ou não levar em consideração todas as circunstâncias. Nessas situações, é importante lutar pela Justiça e buscar fazer o que é certo e justo, mesmo que isso signifique questionar ou ignorar o Direito.

Em resumo, deve-se lembrar esta afirmação para destacar a importância de equilibrar a obediência às regras e leis com a busca pelo que é moralmente correto e justo, e sugere que, se houver conflito entre esses conceitos, a escolha deve ser sempre pela Justiça.

Surge, no presente estudo, o nascimento apresentado às etapas, claro, em linhas gerais, de como foi o desenvolvimento humano até chegar ao *homo sapiens*. Hoje o desempenho da seleção natural vem encontrando grandes desafios: seres vivos criados em laboratório, a substituição da seleção natural pelo *design* inteligente, que pode ocorrer de três maneiras: por meio de engenharia biológica; por meio de engenharia *cyborg*, que são seres que combinam partes orgânicas e inorgânicas e utilizando-se da engenharia de vida inorgânica.

Por que se fala nestes temas? Porque o mesmo homem que cresce em conhecimentos científicos e tecnológicos é refém da própria ignorância, ou insanidade, ou descaso, no trato do ser humano como ser humano. Embora a crise do modelo prisional brasileiro se torne um problema perceptível para a sociedade somente em

alguns momentos mais extremos, como rebeliões com execuções em larga escala em presídios, para os gestores públicos e acadêmicos ele é realmente um problema e aponta para diversos impasses.

Um desses impasses é o aqui destacado: quais as formas de restringir a liberdade e deter pessoas com transtorno mental e comportamento desviante, que, no convívio social, sejam propensas a praticar condutas lesivas a si mesmo e aos outros? Não se pode deixar de pontuar que a restrição da liberdade de pessoas com transtornos mentais ou comportamento desviante é uma questão complexa e polêmica, que envolve questões éticas, legais e de saúde pública. Alguns autores que discutem essa questão como Thomas Szasz (1977), que argumenta que a restrição da liberdade de pessoas com transtornos mentais é invasiva e viola os direitos humanos, e defende a ideia de que a pessoa com transtorno mental deve ter o direito de escolher seu próprio tratamento.

Já Michel Foucault (1905), aborda a questão da restrição da liberdade em seu livro "Vigiar e Punir", onde argumenta que a restrição da liberdade de pessoas com transtornos mentais é uma forma de controle social exercido pelo Estado. American Psychiatric Association (APA) defende a ideia de que a restrição da liberdade deve ser usada como último recurso, e apenas quando a pessoa representa perigo iminente a si mesma ou aos outros. Além disso, a APA defende que a restrição da liberdade deve ser implementada de forma justa e equilibrada, respeitando os direitos humanos e garantindo o bem-estar da pessoa em questão.

Michel Foucault é considerado (por esta que escreve) um verdadeiro bandeirante no estudo da mente humana e seus comportamentos desviantes das desumanas punições que eram impostas aos infratores "da Lei". Ele não apenas se insurgiu contra os suplícios impostos aos condenados antes e durante as penas corporais, como colocou em evidência as condutas perturbadoras dos detentores do poder, que se compraziam com o sofrimento alheio, como externou sua preocupação e filosofia com os espectadores da barbárie.

Não se vai citar os suplícios por ele mencionados em "Vigiar e Punir". De dor o mundo já tem o suficiente até mesmo na atualidade. Chama a atenção a frase: alma, prisão do corpo", denotando, inclusive preocupação teológica. Revoltas foram registradas neste período, em vários lugares do mundo: contra a miséria física, que perdurou por mais de um século; contra o frio, o excesso populacional carcerário e, também, contra as denominadas prisões modelos, com isolamento, excesso de

tranquilizantes etc. Revoltas estas que se mostravam contraditórias contra a decadência e ao mesmo tempo contra o conforto, o que também se verifica, no país, atualmente.

Somente em 1831, na França, é que foram eliminados, parcialmente, o suplício e a exposição do condenado, apesar de muitas críticas. Finalmente, em 1848, no mês de abril, é que tais práticas foram abolidas por completo. Assim, pouco a pouco, a punição deixou de ser um espetáculo grotesco. Guardadas as devidas precauções, Cesare Beccaria também chamou a atenção para o tema, em sua obra “Dos Delitos e das Penas”. Beccaria há muito dissera: o assassinato que nos é apresentado como um crime horrível, vemo-lo sendo cometido friamente, sem remorsos. A execução pública é vista então como uma fornalha em que se acende a violência.

A punição vai-se tornando, pois, a parte mais velada do processo penal, provocando várias consequências: deixa o campo da percepção quase diária e entra no da consciência abstrata; sua eficácia é atribuída à sua fatalidade não à sua intensidade visível; a certeza de ser punido é que deve desviar o homem do crime e não mais o abominável teatro; a mecânica exemplar que a punição dá às engrenagens. Por essa razão, a justiça não mais assume publicamente parte de violência que está ligada a seu exercício.

O fato de ela matar ou ferir já não é mais a glorificação de sua força, mas um elemento intrínseco a ela que ela é obrigada a tolerar e muito lhe custa ter que impor. As caracterizações da infâmia são redistribuídas: no castigo-espetáculo um horror confuso nascia do patíbulo: ele envolvia ao mesmo tempo o carrasco e o condenado: e se por um lado sempre estava a ponto de transformar em piedade ou em glória a vergonha infligida ao supliciado, por outro lado, ele fazia redundar geralmente em infâmia a violência legal.

Enfim, compreendemos que a restrição da liberdade de pessoas com transtornos mentais ou comportamento desviante é uma questão complexa, que envolve questões éticas, legais e de saúde pública e a importância de se abordar essa questão de forma cuidadosa e equilibrada, respeitando os direitos humanos e garantindo o bem-estar da pessoa em questão.

Por isso, frisar e pontuar, porque necessário, que quaisquer medidas tomadas, devem estar de acordo com a lei e a Constituição e os direitos humanos devem representar uma limitação: quaisquer que sejam as soluções propostas, elas não devem violar a dignidade de quaisquer dos envolvidos, inclusive a dessas pessoas com transtornos de ordem mental.

Em Roraima, a aplicação da lei penal para elas é um desafio especialmente preocupante. Há um número de presos com transtornos mentais ainda não levantado e tornado público. Até o levantamento dos dados é impreciso. Nos anos de 2017 a 2022 em busca junto ao Sistema Prisional pela busca junto ao SEEU- Sistema de Execução Penal Unificado tramitou-se por volta de 40 processos com o agrupador de medida de segurança.

De outra parte, a infraestrutura disponível para esses pacientes judiciários apresenta inúmeras irregularidades: até hoje, não há um hospital de custódia onde essas pessoas possam ser internadas e monitoradas; e interná-las “em outro estabelecimento adequado” também não é uma tarefa fácil, pois em qualquer outro estabelecimento há riscos para os profissionais que vão lidar com esses sujeitos e que não possuem capacitação adequada.

O ideal seria, a partir de uma cooperação permanente entre o sistema de justiça e o sistema de saúde, que o paradigma da não intervenção delineado na lei de saúde mental fosse respeitado; porém, ao mesmo tempo, que a identificação clínica de surtos violentos pudesse ser antevista a tempo de haver uma intervenção das forças de segurança, com o auxílio do sistema de saúde. Entretanto, isso certamente seria muito custoso e demandaria mais recursos humanos e mais especializados do que o que existe atualmente no Sistema da arte em Roraima.

A situação de atendimento à saúde mental em Roraima é preocupante, já que o número de 26 leitos de internação psiquiátrica é insuficiente para atender à população tanto do interior quanto da capital do Estado. Além disso, a transferência dos leitos de internação para o CAPs (Centro de Atenção Psicossocial) pode ter impactado na qualidade do atendimento, já que a unidade pode não estar preparada para lidar com a demanda por internações psiquiátricas.

O caso dos detentos com problemas de saúde mental é ainda mais preocupante, já que a Cadeia Pública de Boa Vista funciona como um anexo ao HGR (Hospital Geral de Roraima), pode não estar preparada para lidar com a demanda por atendimento à saúde mental. Além disso, é importante destacar que o ambiente de uma prisão pode agravar o quadro de saúde mental de uma pessoa, o que requer uma atenção especial por parte das autoridades.

Em suma, a falta de leitos de internação psiquiátrica e a situação dos detentos com problemas de saúde mental em Roraima são preocupantes e requerem uma atenção imediata por parte das autoridades. É necessário que sejam investidos recursos para

ampliar o número de leitos de internação psiquiátrica e para garantir que as unidades de saúde estejam preparadas para lidar com a demanda por atendimento à saúde mental. Além disso, é importante garantir que as pessoas com problemas de saúde mental, incluindo os detentos, recebam o atendimento adequado e respeitem-se os seus direitos humanos.

Dessa maneira, é necessária uma criação ou aprimoramento da rede de saúde mental com auxílio e capacitação da rede de segurança para que sejam capazes de oferecer a essas pessoas os cuidados necessários exigidos pela saúde mental de cada agente, sem descuidar do fator de segurança da sociedade.

É de conhecimento público e notório, na cidade e Comarca de Juiz de Fora, a existência de uma professora que lecionou, por alguns anos, em cursos preparatórios para os mais variados concursos na seara do Direito, que afirmava: O Direito, como um todo, é de papel, agora os direitos Constitucional, Processo Penal e Penal, são de papel mais fino que os demais.

Fala-se isso porque toda vez que surge um problema, os “doutores” em lei, *latu e strictu sensu*, afirmam: é preciso mudar a lei ou é preciso criar uma lei. A lei é boa, enquanto freio para o mau operador do Direito, mas como solução dos conflitos desafiadores da sociedade, se aparenta desidratada. É fato: na falta do cenário ideal, o sistema de justiça tem que atuar dentro dos limites da lei, mas de uma forma um tanto criativa.

3.2 MEDIDAS CÍVEIS E CRIMINAIS

Uma dessas formas, como aqui se propõe, é conjugar medidas cíveis e criminais, de modo a limitar ou minimizar o potencial lesivo do comportamento daquelas pessoas com transtornos mentais que demandem preocupação ao Poder Judiciário, ainda, o fortalecimento da rede de saúde mental com busca ativa dessas pessoas para que não abandonem os tratamentos e os medicamentos prescritos pela equipe médica.

A preocupação com as pessoas que apresentam transtornos mentais e que demandam atenção do Poder Judiciário é um assunto relevante e importante para a sociedade. Nesse sentido, é necessário que as medidas cíveis e criminais sejam conjugadas de forma a limitar ou minimizar o potencial lesivo do comportamento dessas pessoas.

O fortalecimento da rede de saúde mental é uma das medidas mais eficazes para prevenir e tratar os transtornos mentais. É importante que haja uma busca ativa pelas pessoas que precisam desse tipo de atendimento, para que elas não abandonem os tratamentos e os medicamentos prescritos pela equipe médica.

Em relação às medidas cíveis e criminais, é importante destacar que elas devem ser aplicadas de forma justa e equilibrada. O objetivo é proteger tanto as pessoas que apresentam transtornos mentais quanto a sociedade. Por exemplo, em casos de comportamento lesivo, pode ser necessário aplicar medidas de proteção, como a internação compulsória, mas sempre de forma respeitosa e humanizada. Em resumo, é fundamental que as medidas cíveis e criminais sejam conjugadas com o fortalecimento da rede de saúde mental, para garantir a proteção e o bem-estar das pessoas que apresentam transtornos mentais.

É nesse contexto que trazemos a Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001 (abaixo), conhecida como a "Lei de Internação Compulsória de Portadores de Transtornos Mentais e de Condutas Perigosas". Ela foi criada para regulamentar a internação compulsória de pessoas que apresentam transtornos mentais graves e cujos comportamentos colocam em risco a si mesmas ou a terceiros.

Presidência da República
Casa Civil
Subchefia para Assuntos Jurídicos
LEI Nº 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001.

Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

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.

Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º.

Art. 5º O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário.

Art. 6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;

II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e

III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

Art. 7º A pessoa que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento.

Parágrafo único. O término da internação voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente.

Art. 8º A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.

§ 1º A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

§ 2º O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.

Art. 9º A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança

do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.

Art. 10. Evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento serão comunicados pela direção do estabelecimento de saúde mental aos familiares, ou ao representante legal do paciente, bem como à autoridade sanitária responsável, no prazo máximo de vinte e quatro horas da data da ocorrência.

Art. 11. Pesquisas científicas para fins diagnósticos ou terapêuticos não poderão ser realizadas sem o consentimento expresso do paciente, ou de seu representante legal, e sem a devida comunicação aos conselhos profissionais competentes e ao Conselho Nacional de Saúde.

Art. 12. O Conselho Nacional de Saúde, no âmbito de sua atuação, criará comissão nacional para acompanhar a implementação desta Lei.

Art. 13. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 6 de abril de 2001; 180º da Independência e 113º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

Jose Gregori José Serra Roberto Brant

Examinar-se-á, com de detalhes, cada artigo da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Pela justificativa da lei já se verifica algo estranho: ela fala em “transtornos mentais” e não em doença mental, o que pode levar ao aplicador da lei a dar uma interpretação restritiva a seu texto.

Art. 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

A escolha do termo "transtornos mentais" ao invés de "doenças mentais" pode ser vista como uma opção terminológica que busca refletir a natureza multifatorial e complexa dos distúrbios mentais, que envolvem interações entre fatores biológicos, psicológicos e sociais.

No entanto, a utilização do termo "transtornos mentais" pode levar a uma interpretação restritiva da lei por parte de seus aplicadores, o que pode limitar o alcance e a efetividade da lei na proteção de pessoas com problemas de saúde mental. Além disso, o termo "transtornos mentais" pode ser interpretado de maneira diferente por diferentes profissionais da saúde e pode não ser uniformemente compreendido pela sociedade. Assim, é prescrição legislativa que pode ser considerada inócua, pois este tipo de direitos deve ser destinado a qualquer pessoa, com ou sem doença mental ou transtornos mentais.

O Art. 2º afirma: “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.” Este artigo é importante, pois além de proteger o paciente, protege também os profissionais da saúde da acusação de alguma negligência, imprudência ou imperícia.

- 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.

O acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades; o tratamento com humanidade e respeito, visando a recuperação; e a proteção contra qualquer forma de abuso e/ ou exploração, são exigências destinadas a todo e qualquer paciente, e não apenas ao doente mental ou com transtornos mentais. É meio paradoxal assegurar, por exemplo, “sigilo nas informações prestadas”, quando se sabe que estas informações vão direto para um processo, que no caso penal, é essencialmente público.

Quando se consulta um profissional da medicina, norteiam essa decisão dois fatores importantes: a confiança nele depositada, exercida pela escolha do paciente e o sigilo àquele imposto, garantia da privacidade das informações e detalhamento das consultas e exames contidos na anamnese.

Uma vez instaurado um incidente de sanidade mental, estes dois fatores se esvanecem: o paciente não tem escolha, pois o médico é indicado pelo Magistrado, dentro dos quadros profissionais que ele possui, e o sigilo profissional cai por terra, com publicidade de tudo que foi visto, revisto, examinado e documentado no paciente. Presença médica, em qualquer tempo para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária é outro dispositivo que, com certeza, vai gerar interpretação pelo Magistrado:

A quem será ofertada a possibilidade de hospitalização involuntária? Ao paciente, presumidamente incapaz, e, como tal sem possibilidade de consentir ou negar, ou aos familiares, que por ele decidirão? O acesso aos meios de comunicação disponíveis, pelo paciente, poderá ter interpretação restritiva: para com seus familiares,

para com seus advogados, mas com a mídia em geral, tradicional ou digital, não se afigura produtivo: vai expor o paciente e seus familiares desnecessariamente.

A mesma coisa se diga ao recebimento do maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento: incapaz, total ou parcialmente, a quem é destinada a norma? E finalmente, o direito de ser tratado em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis, o que deve ocorrer com todo e qualquer paciente, doente mental, portador de transtorno mental ou não.

A História da Medicina nem sempre foi generosa com o ser humano, principalmente com o paciente psiquiátrico. Freud via a origem dos “males” mentais no sexo. Young, seu admirador, seguiu pelo mesmo caminho. As mulheres foram as que mais sofreram, pois, todo inconformismo e inclinação para uma certa e pouca independência, eram diagnosticadas como “histéricas”, histeria causada pela não resolução de suas mal elaboradas questões sexuais. O filme “Um método perigoso” (Dirigido por Pedro Arantes, Santiago Fernández Calvete e Denis Nielsen) bem demonstra esse tipo de “tratamento”.

Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

A designação de responsabilidade do Estado no desenvolvimento de políticas de saúde mental é uma medida importante para garantir o direito à saúde para todos, incluindo pessoas com transtornos mentais. No entanto, é preciso considerar que o Estado não pode realizar essa tarefa sozinho. A participação da sociedade e da família é fundamental para garantir a efetividade dessas políticas e para oferecer suporte e assistência às pessoas com transtornos mentais.

A inclusão da família e da sociedade nesse processo é importante porque muitas vezes as pessoas com transtornos mentais dependem de seus cuidadores e familiares para obter ajuda e apoio. Além disso, a sociedade como um todo tem um papel importante na conscientização e no combate aos estereótipos e discriminação enfrentados por pessoas com transtornos mentais.

No entanto, é preciso reconhecer que a parceria entre o Estado, a sociedade e a família, pode ser utópica em algumas situações, especialmente devido aos desafios sociais, econômicos e culturais enfrentados pelos portadores de transtornos mentais.

Alguns fatores, como a falta de recursos financeiros e de profissionais de saúde capacitados, podem impedir a implementação eficaz dessas políticas. Além disso, a discriminação e o estigma em torno de transtornos mentais ainda são problemas sérios que precisam ser abordados para garantir a efetividade dessas políticas.

Por fim, é importante reconhecer que a responsabilidade do Estado no desenvolvimento de políticas de saúde mental é fundamental, mas que a participação da sociedade e da família é tão importante quanto. No entanto, é preciso considerar que esse tipo de parceria pode ser utópica em algumas situações e que é necessário abordar desafios sociais, econômicos e culturais para garantir a efetividade dessas políticas. Assim, no modesto entender de quem redige, é muito mais útil nessa situação toda que os gestores sejam, efetivamente gestores.

Voltando ao caso “Champinha”, a casa de acolhimento foi construída para ele em tempo recorde e funciona até hoje. Por que em outros casos não haveria de acontecer a mesma coisa? E mais uma vez se misturam, “doença mental” com transtornos mentais que, conforme já demonstrado, são coisas diversas, muito embora possam ser abrigados sob o mesmo teto e administração.

Como decorrência de uma luta antimanicomial, a Lei 10.216/2001, proposta pelo deputado mineiro Paulo Delgado, objetivou um novo modelo de tratamento às pessoas com sofrimento mental, e pretendeu criar estruturas de atendimento à saúde mental, como os Centros de Atendimento Psicossociais (Caps), que deveriam se espalhar por todo o país, dando ênfase ao profissional psicólogo, que passou a ser uma referência.

Com todo respeito aos profissionais que trabalharam arduamente para que esta lei viesse a luz, há de se perguntar: 20 anos depois, qual a mudança, significativa, para a sociedade e para os familiares que ela representou?

Não se atreverá a dizer nada, mas pode-se assegurar que, para melhor, quase nada. Os doentes mentais, ou com transtornos mentais somente conseguem ficar isolados mediante internação. Fora dela, existe um mundo atraente e sedutor, composto por amigos, não tão amigos, familiares esgotados, drogas lícitas e ilícitas que, unidas aos medicamentos prescritos, transformam o paciente em verdadeiras bombas relógio, prontas para explodir. E com certeza e com frequência explodem.

Citar-se-á o seguinte exemplo, mas não o único: uma jovem que trabalhou por alguns anos em um Hospital Psiquiátrico em Belo Horizonte. Sempre era, nos dias de visitação, designada para recepcionar os familiares dos internos e verificar se o que estava sendo levado poderia ou não entrar no estabelecimento. Por repetidas vezes

interceptou o ingresso de garrafas e café, com fundo falso, que continha significativa quantidade de bebida alcoólica, frutas, com o miolo retirado, e no oco deixado, substância entorpecentes.

Certa tarde, logo após o término da visita, um interno surtou violentamente, quebrando a ala em que se encontrava instalado, vários objetos que guarneciam seu quarto e agrediu, ferozmente a 2 colegas internos. Como ela tinha realizado a revista nos pertences dele, achou quase impossível que ele tivesse uma regressão tão rápida. Vasculhou tudo de novo, e quando já ia se dar por vencida, olhou para uma inocente penca de bananas, parcialmente consumida. Ciosa de seus deveres, descascou uma das frutas e nelas sentiu o gosto forte e característico de aguardente.

Há de se perguntar: é com este tipo de familiar que os governantes pretendem trabalhar em harmonia? A família, modo geral, quer o agressor longe, internado, porque com ele se vão todos os problemas que ele pode criar, do mais inofensivo ao mais agressivo. A questão da família e da sociedade em relação aos portadores de transtornos mentais é, sem dúvida, complexa e multifacetada. Em muitos casos, a falta de informação e compreensão acerca da doença mental pode levar à marginalização e rejeição dos portadores destes transtornos.

Art. 5º O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário.

Aqui pode-se suscitar alguns questionamentos, tais como: se o paciente possui grave dependência institucional, o que fundamenta sua alta planejada, por mais planejada que o seja? Sob qual supervisão ficará assegurada a continuidade do tratamento?

A esse respeito, trazemos alguns apontamentos. Compreende-se que o referido artigo se preocupa com pacientes que estão há muito tempo hospitalizados ou que apresentam uma situação de grave dependência institucional. Acredita-se que o objetivo é garantir que estes pacientes recebam uma política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, com o objetivo de proporcionar-lhes uma reintegração à sociedade com o mínimo de dificuldades.

O artigo destaca a importância da responsabilidade da autoridade sanitária competente para assegurar a continuidade do tratamento, quando necessário. Entretanto, ainda não se compreendeu completamente o que é o alcance deste artigo, ou seja, como ele será implementado na prática e quem será responsável por garantir a continuidade do tratamento. Além disso, a supervisão de instância mencionada é deixada a cargo do Poder Executivo, sem detalhamentos específicos sobre quem será responsável por essa supervisão.

Desse modo, é importante que haja uma compreensão clara e detalhada sobre o alcance e a implementação deste artigo, para garantir que pacientes com dependência institucional grave possam ter acesso a um tratamento de saúde mental de qualidade e à reabilitação psicossocial assistida.

Art. 6º-A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;

II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e

III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

A exigência e laudo médico para a internação é perfeitamente compreensível: segurança do paciente, segurança dos familiares e segurança de todos os demais atores envolvidos no processo.

A internação voluntária, que somente ocorrerá com o “consentimento do usuário” é de aplicação extremamente duvidosa. Qual doente mental ou portador de transtornos mentais há de se apresentar em uma clínica, ou hospital psiquiátrico, para sua internação? Se ele possui esse discernimento e força de vontade, fará o tratamento ambulatorial sem maiores problemas.

Frisa-se aqui a importância do artigo 6º, que é, indubitavelmente, uma medida importante para garantir que a internação psiquiátrica seja realizada de forma adequada, considerando as necessidades e o bem-estar do paciente. A exigência do laudo médico circunstanciado, além de proteger o paciente, também contribui para a transparência e a responsabilidade dos profissionais de saúde envolvidos na decisão de internação.

No entanto, a internação voluntária pode ser uma questão controversa. De fato, muitas vezes, as pessoas com transtornos mentais não têm a capacidade ou o desejo de procurar ajuda ou internação por conta própria. É importante levar em consideração as

circunstâncias específicas de cada caso, pois a internação voluntária pode ser uma opção viável em algumas situações.

Por outro lado, é preciso considerar que existem limitações na aplicação da internação voluntária. Muitas vezes, as pessoas com transtornos mentais não têm acesso a informações adequadas sobre tratamento e cuidados, ou não têm suporte familiar e social. Além disso, muitas vezes, as condições de saúde mental e financeiras dificultam a procura por tratamento.

Diante disso, é importante que o Estado garanta acesso a informações claras e precisas sobre saúde mental e tratamentos, bem como forneça suporte financeiro e psicológico para que as pessoas possam procurar tratamento de forma adequada.

A internação involuntária é a que ocorre sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro. Isso ocorre, quase sempre quando o paciente está em surto, podendo ferir ou matar familiares, amigos ou aleatoriamente. A internação compulsória é aquela determinada pela Justiça, quando o dano já foi causado. Já tem previsão legal no ordenamento jurídico pátrio.

Art. 7º A pessoa que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento.

Parágrafo único. O término da internação voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente.

Quem não tem capacidade para “consentir” não tem capacidade para “desconsentir”. Noção elementar do direito. Nesta situação, a decisão de internação voluntária ou a descontinuação desta, deve ser tomada por uma pessoa legalmente autorizada a representá-las, como um representante legal ou um tutor.

Além disso, é importante lembrar que a internação voluntária é uma questão muito delicada e que envolve uma série de direitos e garantias. Por esta razão, é fundamental que as pessoas que desejam solicitar ou descontinuar a sua internação voluntária estejam cientes dos seus direitos e tenham acesso a um advogado ou a um profissional de saúde mental para auxiliá-los na tomada de decisões.

Mais um exemplo prático: um paciente, a pedido da própria mãe, foi internado em um Hospital Psiquiátrico na cidade de Juiz de Fora, quando eles ainda existiam. O paciente, ao final de menos de 2 meses solicitou o término de sua internação, que de voluntária não tinha nada, pois foi sua mãe, sugada por tanta humilhação e lesões

corporais, algumas que lhe chegaram a quebrar um determinado número de costelas, quem solicitou a internação.

O médico, não se sabe por que, atendeu ao pedido do paciente e mais, como ele alegasse que não tinha dinheiro para nada, ainda lhe deu uma nota de R\$ 50,00, que há mais de 20 anos atrás era muito dinheiro. O paciente comprou uma passagem para uma pequena cidade do interior do Rio de Janeiro, na divisa com Minas Gerais. Dentro do ônibus, ele acendeu um cigarro que incomodou profundamente a um senhor idoso que estava assentado ao seu lado e reclamou. Dele recebeu, como resposta, algumas palavras grosseiras e ameaças.

Em determinado ponto da viagem, o paciente desceu e, logo em seguida desceu o senhor idoso. Bem idoso mesmo. Só que ele estava armado, e descarregou toda a munição de um revólver 38 que portava no paciente, que morreu na hora.

Era o fim de uma vida, mas não o fim de uma irresponsabilidade médica, porque o Psiquiatra era adepto da desinternação voluntária. A mãe passou a ser assombrada com visões do filho morto. Ela se refugiou na “loucura”, o que de nada ou quase nada adiantou, porque não reconhecia qualquer familiar ou amigo. Apenas o filho opressor. Enquanto conseguiu falar, somente dele falava. Depois deixou de falar, mas seus olhos demonstravam verdadeiro pavor, até que se fecharam para sempre.

Art. 8º A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.

§ 1º A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

§ 2º O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.

O texto desde artigo vale por sua literalidade: se somente o médico pode proceder a internação, somente ele pode se valer da desinternação. A inovação da comunicação ao Ministério Público é salutar, seja quando da internação quanto da alta, sempre precedido de solicitação escrita do familiar, ou o responsável legal, ou quando estabelecida pelo médico responsável.

Assim, esse artigo estabelece as regras para autorização e término da internação psiquiátrica, tanto voluntária quanto involuntária, em um estabelecimento de saúde mental. Conforme o texto, somente médicos registrados no Conselho Regional de Medicina (CRM) do Estado onde se localiza o estabelecimento podem autorizar a

internação. Além disso, o artigo estabelece a obrigação de comunicação da internação involuntária ao Ministério Público Estadual, no prazo de setenta e duas horas, pelo responsável técnico do estabelecimento.

O parágrafo 2º estabelece que o término da internação involuntária deve ser solicitado por escrito pelo familiar ou responsável legal, ou pelo médico especialista responsável pelo tratamento. Essa regra é importante para garantir que a internação psiquiátrica involuntária seja realizada com a máxima transparência e respeito aos direitos dos pacientes e de suas famílias.

A inovação da comunicação à autoridade competente é uma medida salutar, pois ela permite que sejam tomadas as medidas necessárias para garantir a proteção dos direitos dos pacientes e a transparência do processo de internação. Além disso, a exigência da solicitação escrita pelo familiar ou responsável legal reforça a importância de envolver os pacientes e suas famílias na tomada de decisões importantes sobre o seu tratamento.

Dessa maneira, o artigo 8º do texto estabelece as regras para a autorização e término da internação psiquiátrica, incluindo a obrigação de comunicação ao Ministério Público e a exigência de solicitação escrita pelo familiar ou responsável legal. Estas regras são importantes para garantir a proteção dos direitos dos pacientes e a transparência do processo de internação.

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

O grande problema em Roraima é: em qual estabelecimento, com segurança a salvaguarda do agressor, dos demais internados e, principalmente, dos funcionários, poderá existir a internação compulsória? Não existe.

Os espaços destinados a ala psiquiatra é “porteira” aberta, sem grades para aparato para contra eventuais fugas. Não se deveria dizer, mas não raro, por deficiência de estrutura e falta de efetivo, o “paciente” deixa a Unidade, notadamente aqueles que possuem problemas com a drogadição para além dos problemas de ordem mental.

A dita internação compulsória, pelo menos no Estado de Roraima, é um faz de conta. Há uma determinação pelo Juiz da internação. Esta é feita no Hospital (CAPZ perto da 2.90 que possui os leitos psiquiátricos). E por falta de estrutura finge-se que internou.

Art. 10. Evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento serão comunicados pela direção do estabelecimento de saúde mental aos familiares, ou ao representante legal do paciente, bem como à autoridade sanitária responsável, no prazo máximo de vinte e quatro horas da data da ocorrência.

Este artigo parece oferecer, em parte, a solução para a inexistência de estabelecimento adequado para o paciente com doença mental ou portador de transtornos mentais quando acena com a possibilidade de transferência. E não há falar em transferência quando os reclamos são de natureza clínica, não psiquiátrica, à luz do disposto logo a seguir: intercorrência clínica grave.

Assim, poder-se-á transferir este tipo de doente para qualquer hospital psiquiátrico ainda existente no país, o que atenderia a demanda dele, paciente, dos demais internos e dos familiares. Pode parecer cruel, mas é uma boa saída prática até que políticas públicas sejam desenvolvidas em Roraima, voltadas para esta exigência.

Efetivamente, a possibilidade de transferência de pacientes com doenças mentais ou transtornos mentais para estabelecimentos mais adequados é uma solução prática, que pode oferecer tratamentos mais eficazes e condições mais seguras para o paciente, além de preservar a saúde e segurança dos demais internos e dos funcionários. No entanto, é importante destacar que a transferência deve ser realizada de forma criteriosa e planejada, garantindo que o paciente tenha acesso às melhores condições possíveis e às mais adequadas para o seu tratamento.

Art. 11. Pesquisas científicas para fins diagnósticos ou terapêuticos não poderão ser realizadas sem o consentimento expresso do paciente, ou de seu representante legal, e sem a devida comunicação aos conselhos profissionais competentes e ao Conselho Nacional de Saúde.

Saudável dispositivo, porém ele também se aplica a qualquer paciente, doente mental, com transtorno mental ou não. Art. 12: “O Conselho Nacional de Saúde, no âmbito de sua atuação, criará comissão nacional para acompanhar a implementação desta Lei”. Este é o dispositivo que comprova toda a inoperância do Estado gestor: mais de 20 anos do nascimento desta lei, não se sabe da implementação destas medidas, pelo menos, não no estado de Roraima.

Mas para além disso, o artigo 11 mostra a importância de proteger os direitos do paciente em relação à sua privacidade e às suas informações médicas. O paciente deve ser informado e dar seu consentimento antes que qualquer pesquisa científica seja

realizada, e essa pesquisa precisa estar registrada nos conselhos profissionais competentes e no Conselho Nacional de Saúde.

No entanto, a inoperância do Estado gestor em implementar medidas para garantir o cumprimento desta lei é preocupante. Ainda existem muitos problemas no sistema de saúde mental, especialmente em Roraima, onde apenas 16 dos 26 leitos psiquiátricos estão na Cadeia Pública do São Vicente. Isso sugere que há uma falta de recursos e uma falta de prioridade por parte do estado em resolver este problema, o que é um indicativo de uma falha sistêmica na área de saúde mental. A implementação desta lei deve ser monitorada e as medidas necessárias devem ser tomadas para garantir que os direitos dos pacientes sejam respeitados e que eles tenham acesso à saúde mental de qualidade. E, por fim, o Art. 13 afirma: “Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação”. E ela foi publicada em 6 de abril de 2001, e como toda boa lei de papel, continua no papel, sem efeito prático na vida dos jurisdicionados.

Infelizmente, é comum que muitas leis sejam publicadas sem que sejam devidamente implementadas e cumpridas, levando a uma descrença na efetividade das políticas públicas. No caso da Lei de Saúde Mental, apesar de ter sido publicada há mais de 20 anos, sua efetividade tem sido questionada, especialmente no estado de Roraima, onde há falta de estrutura adequada para o atendimento de pacientes com doenças mentais ou transtornos mentais.

A falta de implementação da lei pode ser atribuída a uma série de fatores, como falta de recursos financeiros, falta de equipe de profissionais capacitados e falta de políticas públicas eficazes. Além disso, pode haver falta de vontade política para abordar este tema, o que é uma questão grave que precisa ser endereçada para garantir que a lei seja implementada e efetiva.

A implementação da lei de saúde mental é fundamental para garantir o atendimento adequado de pacientes com doenças mentais ou transtornos mentais. É necessário que o estado gestor invista em recursos financeiros, em equipes de profissionais capacitados e em políticas públicas eficazes para garantir a efetividade da lei e a proteção dos direitos dos pacientes.

4 O PERCURSO METODOLÓGICO

Muitas são as influências intangíveis sobre a descoberta científica – curiosidade, intuição, criatividade. Grande parte delas desafia a análise racional do pesquisador (*National Academy of Sciences*, 1995). E é esta efervescência de saber que impulsionou, em grande parte, a escolha do tema. Definido o tema e objeto da pesquisa, foi procedida revisão da bibliografia atinente à temática, com o objetivo de embasar os pressupostos constitutivos do projeto. Esta revisão bibliográfica objetivou compreensão adequada de qual o estado do objeto estudado e o que já foi feito no mesmo sentido.

Há inúmeros trabalhos publicados que abordam os principais conceitos que foram utilizados nesta pesquisa, por exemplo, sobre os novos mecanismos e paradigmas trazidos com a Lei nº 10.216/01: “Saúde Mental e Direitos Humanos: 10 Anos da Lei 10.216/2001”, de Pedro Gabriel Godinho Delgado; “Um outro olhar sobre a loucura: a luta antimanicomial no Brasil e a Lei 10.216/2001”, de Joyce Finato Pires e Laura Lemes de Resende; e “Política de saúde mental no Brasil: reflexões a partir da lei 10.216 e da portaria 3.088”, de Gabriela Lemos de Pinho Zanardo, Loiva dos Santos Leite e Eliane Cadoná.

Em outra linha, há também trabalhos que discutem as formas como o direito e a saúde podem cooperar para fazer frente a desafios comuns relacionados à aplicação da lei penal para semi-imputáveis, como “Princípios de uma política alternativa aos manicômios judiciais”, de Pedro Afonso Cortez, Marcus Vinícius Rodrigues de Souza e Luís Fernando Adas Oliveira; e “Direito e saúde mental: percurso histórico com vistas à superação da exclusão”, de Ana Flávia Ferreira de Almeida Santana, Tânia Couto Machado Chianca e Clareci Silva Cardoso.

Há ainda trabalhos publicados em anos recentes sobre medida de segurança que podem ajudar a compreender os limites desse instituto em certos casos: “Medida de Segurança: a violação do direito à saúde a partir do conceito de periculosidade”, de Valéria Rondon Rossi; “Direito à saúde mental e evolução da medida de segurança à luz da reforma psiquiátrica”, Gustavo D'Andrea, Emanuele Seicenti de Brito e Carla Arena Ventura; e “A medida de segurança na contramão da Lei de Reforma Psiquiátrica: sobre a dificuldade de garantia do direito à liberdade a pacientes judiciários”, de Alessandra Rapacci Mascarenhas Prado e Danilo Oitaven Schindler. Esses artigos acima são uma mostra significativa dos trabalhos que compõem o estado da arte já publicado sobre as palavras-chave da presente pesquisa.

A revisão da literatura, à exceção das obras concernentes à metodologia, foi caminho tão novo, quanto árduo, demandando muito trabalho, foi relativamente tranquila, com a releitura de muitos textos, em face ao conhecimento acumulado de quem escreve. Entretanto, mesmo aquelas obras conhecidas, se apresentaram, com o novo olhar, um viés bem diferente do anterior, o que comprova que todo conhecimento, científico ou não, é movimento, porque o ser humano está em constante movimento. Conversar, de novo, com autores já conhecidos, alguns até com certa intimidade, constituiu uma trajetória mágica. Descobrir-se em comunhão, com alguns deles foi muito prazeroso.

4.1 METODOLOGIA

Enise Barth Teixeira, Mestre em Administração pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), e doutoranda em Engenharia de Produção na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Professora do Departamento de Estudos da Administração da Unijuí, sobre a Análise de Dados na Pesquisa Científica, sua importância e desafios em estudos organizacionais, escreveu: a ciência, entendida

como conhecimento da natureza e exploração desse mesmo conhecimento, envolve três aspectos básicos: uma história, um método de investigação e uma comunidade de investigadores (Kneller, 1980). A ciência apresenta-se, então, como uma sucessão de ações dentro do movimento histórico mais amplo da própria civilização.

Ao longo da História revelam-se diferentes ciências, a partir das diversas civilizações, resultando em distintas tradições culturais da ciência. (...) A ciência é intrinsecamente histórica, haja vista que é uma atividade e um corpo de conhecimentos que mudam no tempo em função da busca permanente da compreensão da realidade. A ciência é, também, inerentemente histórica na medida em que tende a ser cumulativa, uma vez que toda investigação é uma tentativa para resolver um problema decorrente da solução de um problema anterior. Nessa sucessão de problemas resolvidos por meio de soluções, a ciência avança”.

Corroborando Demo (1994), a ciência não deve ser uma acumulação de resultados definitivos, mas sim o questionamento inesgotável e sistemático de uma realidade reconhecida também como inesgotável, sobretudo as Ciências Sociais. Neste sentido fazer ciência é, na essência, questionar com rigor, na acepção precisa de atitude sistemática cotidiana, não de resultado esporádico, estereotipado, especial.

A pesquisa em questão teve como objetivo avaliar e criticar o modelo de tratamento de pessoas com transtornos mentais no sistema de justiça penal, após a edição da Lei nº 10.216/2001. Para tal, ela utiliza uma metodologia que combina elementos qualitativos e quantitativos.

A parte qualitativa da pesquisa descreveu o modelo de tratamento como insuficiente para impedir comportamentos lesivos por parte dessas pessoas, especialmente em unidades federativas com infraestrutura precária em saúde, como é o caso de Roraima. Nesta etapa, foram coletados relatos de experiência e realizada uma análise de caso para compreender as implicações práticas da atual situação.

Já a parte quantitativa da pesquisa buscou-se levantar dados numéricos sobre o número de pessoas com transtornos mentais que estão presas provisoriamente ou já foram apenas, bem como aquelas que estão aguardando perícia de insanidade. Esses dados permitirão estimar a magnitude do problema de saúde mental no sistema prisional de Roraima.

Em resumo, a metodologia empregada nesta pesquisa teve como objetivo combinar uma avaliação crítica e descritiva do modelo de tratamento de pessoas com transtornos mentais no sistema de justiça penal, com informações quantitativas que

permitam mensurar a dimensão do problema na região de Roraima. Foi selecionado um caso-referência (caso “Kalberg”) que se como o fio-condutor para situar o problema de pesquisa. A pesquisa comprometeu-se a obedecer a todos os requisitos exigidos para estudos de caso desse tipo.

Entende-se por metodologia “o caminho percorrido pelo pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade” (Minayo, 2010, p.14). Segundo Minayo (2010), a metodologia inclui, simultaneamente, o método (que é a teoria da abordagem adotada), as técnicas (que são instrumentos e a forma de operacionalização do conhecimento) e a criatividade do pesquisador (sua experiência, capacidade pessoal e sensibilidade).

Na mesma toada: entendemos por metodologia o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade. Neste sentido, a metodologia ocupa um lugar central no interior das teorias e está sempre referida a elas. Dizia Lênin (1965, p. 148) que "o método é a alma da teoria", distinguindo a forma exterior com que muitas vezes é abordado tal tema (como técnicas e instrumentos) do sentido generoso de pensar a metodologia como a articulação entre conteúdos, pensamentos e existência.

É um conflito aparente de saberes, pois o fim a ser alcançado é a explicação dos princípios do conhecimento científico, e sua objetividade. Isto se torna claro à vista do que ensinam Eva Maria Lakatos e Marina de Andrade Marconi:

A Metodologia Científica, mais do que uma disciplina, significa introduzir o discente no mundo dos procedimentos sistemáticos e racionais, base da formação tanto do estudioso quanto do profissional, pois ambos atuam, além da prática, no mundo das idéias. Podemos afirmar até: a prática nasce da concepção sobre o que deve ser realizado e qualquer tomada de decisão fundamenta-se naquilo que se afigura como o mais lógico, racional, eficiente e eficaz (Marconi; Lakatos, 2003, p. 17).

Enfim, a Metodologia Científica é uma parte fundamental da formação tanto dos estudiosos quanto dos profissionais. Ela permite que eles avaliem questões, problemas e hipóteses de forma objetiva e rigorosa, chegando a conclusões baseadas em evidências e construindo conhecimento confiável. Assim se buscou identificar os aspectos problemáticos mais persistentes em todos esses casos, se servindo da técnica da pesquisa bibliográfica e documental, buscando textos acadêmicos, atos normativos e decisões judiciais atualizados e cuja referência seja indispensável para o encaminhamento da pesquisa.

De acordo com o sociólogo Max Weber (1905), "a pesquisa bibliográfica é a base da investigação social, pois permite o acesso a informações já coletadas e

registradas por outros pesquisadores." Além disso, a pesquisa bibliográfica permite ao pesquisador verificar a consistência e a validade de suas hipóteses e argumentos, bem como estabelecer relações entre seu trabalho e o conhecimento existente na área.

O antropólogo Clifford Geertz (1973), afirma que "a pesquisa documental é uma ferramenta valiosa para compreender a dinâmica social, pois permite acessar informações e perspectivas que seriam difíceis de obter por meio de outras técnicas." A pesquisa documental inclui não apenas a revisão de literatura, mas também a análise de fontes como relatórios, registros históricos, registros oficiais e outros documentos que possam fornecer informações relevantes para a pesquisa.

Em resumo, a pesquisa bibliográfica e documental é uma técnica fundamental para as pesquisas científicas, pois permite estabelecer o panorama geral da área de estudo, identificar lacunas no conhecimento, verificar a consistência e a validade das hipóteses e argumentos e estabelecer relações com o conhecimento existente na área. Além disso, a pesquisa documental é uma ferramenta valiosa para compreender a dinâmica social, pois permite acessar informações e perspectivas que seriam difíceis de obter por meio de outras técnicas.

Nesse contexto, foi realizado um levantamento quantitativo de dados sobre as medidas de segurança aplicadas o âmbito do Sistema de Justiça da Comarca de Boa Vista. É importante lembrar que a questão da periculosidade de pessoas com transtornos mentais é uma problemática que tem gerado preocupação tanto na sociedade quanto nos atores que gerenciam o sistema de execução penal. A Lei 10.216/2001 prevê a não internação de pessoas com transtornos mentais, mas isso tem sido questionado em casos em que a periculosidade dessas pessoas é evidente.

A busca é por uma melhor compreensão da rede de apoio para pessoas que tenham transtornos mentais e tenham cometido violações à lei, sujeitas a medidas de segurança, mas que apresentem periculosidade elevada. Além disso, busca-se aprimorar e modificar a Lei de Saúde Mental para superar o primado da não internação em casos de violência grave e periculosidade elevada.

Em resumo, a questão da periculosidade de pessoas com transtornos mentais é complexa e requer uma resposta satisfatória. A metodologia quali-quantitativa aplicada no caso Kalberg, em Roraima, buscou avaliar os limites da aplicação da Lei 10.216/2001 e propor soluções para aprimorar a proteção da sociedade e dessas pessoas que precisam de apoio.

5 ANÁLISE E DISCUSSÃO

Medidas de segurança para pessoas com transtorno mental e alta periculosidade são desafiadoras para a execução penal no Estado de Roraima devido à falta de recursos e infraestrutura adequados para atender às necessidades específicas destes indivíduos. O sistema de justiça penal é desafiado a garantir a segurança da sociedade, enquanto também assegura o tratamento adequado e humanitário para as pessoas com transtornos mentais.

Em Roraima, como em muitas outras unidades federativas, as instituições responsáveis pelo tratamento de saúde mental são frequentemente sobrecarregadas e subfinanciadas, o que pode levar a uma falta de atenção adequada para as pessoas com transtornos mentais e alta periculosidade. Além disso, a falta de recursos para treinamento e capacitação dos profissionais envolvidos na execução penal pode levar a uma falta de compreensão e habilidade para lidar com estas situações.

Outro desafio é o acesso limitado à informação e à avaliação clínica para determinar o grau de periculosidade dos indivíduos. Sem informações adequadas, é difícil para as instituições de justiça penal tomar decisões informadas sobre como garantir a segurança da sociedade, ao mesmo tempo em que garante o tratamento adequado para as pessoas com transtornos mentais.

Por fim, a falta de colaboração entre as instituições responsáveis pelo tratamento da saúde mental e o sistema de justiça penal pode levar a uma falta de coordenação na implementação de medidas de segurança e tratamento para pessoas com transtornos mentais e alta periculosidade.

Em resumo, a execução penal no Estado de Roraima enfrenta vários desafios na implementação de medidas de segurança para pessoas com transtornos mentais e alta periculosidade. É importante que sejam feitos investimentos em recursos, infraestrutura, treinamento e colaboração entre as instituições responsáveis para garantir que as pessoas com transtornos mentais recebam o tratamento adequado e que a sociedade esteja segura.

É chamada de medida de segurança a que tem como objetivo tratar os inimputáveis e semi-imputáveis com periculosidade, a fim de evitar que cometam infrações penais no futuro. De acordo com Cleber Masson, autor de "Direito Penal esquematizado", a medida de segurança é uma sanção penal com finalidade

exclusivamente preventiva e de caráter terapêutico. Isso significa que ela não visa punir a pessoa, mas sim tratá-la para que não venha a cometer infrações penais no futuro. É uma medida que visa proteger não apenas a pessoa com transtornos mentais, mas também a sociedade como um todo.

A importância da medida de segurança reside no fato de que, em muitos casos, a pessoa com transtornos mentais e alta periculosidade é incapaz de entender ou controlar seus atos. Assim, a medida de segurança é uma forma de garantir a proteção da pessoa e da sociedade, ao mesmo tempo em que oferece tratamento para que a pessoa possa superar seus problemas mentais.

No entanto, a execução da medida de segurança apresenta desafios para o Estado de Roraima, que precisa garantir infraestrutura adequada para o tratamento desses pacientes. Além disso, é necessário o aprimoramento de políticas públicas para garantir a efetividade da medida de segurança como um todo.

Em resumo, a medida de segurança é uma forma importante de tratar pessoas com transtornos mentais e alta periculosidade, a fim de prevenir a prática de futuras infrações penais. No entanto, a execução dessa medida apresenta desafios que precisam ser superados para garantir a eficácia dessa modalidade de sanção penal.

O problema central em relação a pessoas com transtornos mentais e alta periculosidade que cometem crimes é como lidar com essas situações de forma eficaz e justa. A lei 10.216/01, conhecida como Reforma Psiquiátrica, trabalha com o paradigma da não internação involuntária, o que significa que a internação deve ser a última opção, tendo em vista que o objetivo é a reintegração social dessas pessoas.

O Código Penal, por sua vez, estabelece que para delitos menos graves com pena de detenção o tratamento deve ser ambulatorial, enquanto para delitos mais graves com pena de reclusão é prevista a internação. No entanto, o STJ (Superior Tribunal de Justiça) tem adotado uma postura mais flexível em relação a essas regras, tendo em vista que a periculosidade do agente deve ser considerada como critério decisivo para a escolha da medida de segurança.

Assim, a aplicação da medida de segurança deve ser pautada pela adequação, razoabilidade e proporcionalidade, e não necessariamente pela natureza da pena privativa de liberdade aplicável. É importante que o julgador tenha a faculdade de optar pelo tratamento que melhor se adapte ao inimputável, mesmo que o crime cometido seja punível com reclusão.

Dessa forma, o tratamento adequado para pessoas com transtornos mentais e alta periculosidade é um desafio constante para a execução penal, exigindo uma análise cuidadosa e sensível das condições específicas de cada caso, a fim de garantir a proteção da sociedade e, ao mesmo tempo, a reabilitação e reinserção social desses indivíduos.

A hipótese central que se pode formular a respeito do sistema de execução penal e a forma como ele lida com pessoas com transtornos mentais e alta periculosidade é a de que existe ainda muito a ser feito para que essas pessoas sejam tratadas de forma adequada e humana.

Em primeiro lugar, é preciso lembrar que o sistema de execução penal é, em sua essência, uma resposta à criminalidade e, portanto, tem como objetivo principal a punição dos infratores. No entanto, é importante que ele também atenda às necessidades de aqueles que apresentam transtornos mentais e que representam alto grau de periculosidade para a sociedade.

Infelizmente, a realidade é que muitas vezes essas pessoas são simplesmente encarceradas, sem que sejam oferecidos tratamentos adequados e eficazes para a resolução de seus problemas. Isso acaba por perpetuar um ciclo de violência e criminalidade, sem que se busque a verdadeira solução para o problema.

Por outro lado, existem hoje em dia diversas iniciativas que visam a integração desse público aos serviços de saúde mental, com o objetivo de proporcionar tratamento adequado e eficaz, além de ressocialização. Essas iniciativas incluem programas de terapia, atividades terapêuticas e até mesmo a possibilidade de reinserção social de forma gradativa e controlada.

Em suma, a hipótese central que se pode formular é a de que o sistema de execução penal ainda tem muito a evoluir em relação à forma como trata pessoas com transtornos mentais e alta periculosidade. Porém, é importante destacar que existem iniciativas positivas que visam a melhoria desse quadro e que é fundamental continuar a investir em soluções que promovam a saúde mental e a ressocialização dessas pessoas, a fim de garantir uma sociedade mais justa e segura para todos.

A medida de segurança é uma forma de proteção à sociedade contra pessoas perigosas que cometem crimes. Porém, há controvérsias quanto ao prazo máximo dessa medida. De acordo com o STF (Supremo Tribunal Federal), o tempo máximo de duração da medida de segurança é de 30 anos, sendo que o tempo de cumprimento das penas privativas de liberdade não pode ser superior a esse período. Já o STJ (Superior

Tribunal de Justiça) entende que o tempo de duração da medida de segurança não deve ultrapassar o limite máximo da pena abstratamente cominada ao delito praticado.

Em caso de periculosidade efetiva da pessoa envolvida, mas com a impossibilidade de internação, a interdição civil pode ser utilizada. Nesse caso, o MP (Ministério Público) poderá pedir ao Poder Judiciário que decrete a interdição civil da pessoa em virtude de sofrer de doença mental grave. Além disso, o Ministério Público poderá pedir também a internação compulsória da pessoa com base na lei de proteção e direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais.

Portanto, a medida de segurança é uma forma de proteção à sociedade, porém há controvérsias quanto ao prazo máximo dessa medida. O STF e o STJ possuem posições diferentes sobre o assunto. Em caso de periculosidade efetiva da pessoa envolvida, mas com a impossibilidade de internação, a interdição civil pode ser utilizada. O MP poderá pedir tanto a interdição civil quanto a internação compulsória da pessoa com base na lei de proteção e direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais.

A restrição da liberdade de pessoas com transtornos mentais e comportamento desviante que representam perigo à sociedade é uma questão complexa e delicada, que requer uma abordagem humanitária e respeitosa aos direitos fundamentais dessas pessoas. Nesse sentido, existem diversas formas de restringir a liberdade dessas pessoas, que visam preservar a segurança dos outros e garantir o tratamento adequado para a recuperação da saúde mental da pessoa.

A primeira forma é a prisão, que é a restrição mais rigorosa da liberdade e é reservada para situações em que o comportamento da pessoa é altamente perigoso e há risco iminente de prática de novos crimes. No entanto, a prisão pode ser desadaptada para pessoas com transtornos mentais, que muitas vezes requerem tratamento especializado e não respondem bem à privação da liberdade.

A segunda forma é o hospital de custódia, que é uma instituição destinada ao tratamento de pessoas com transtornos mentais e comportamento desviante que representam perigo à sociedade. Nesse tipo de estabelecimento, a pessoa é submetida a tratamento médico e psicológico, além de ter sua liberdade restrita para preservar a segurança dos outros. O hospital de custódia é uma alternativa mais adequada do que a prisão para pessoas com transtornos mentais, pois oferece um ambiente mais propício para o tratamento e recuperação da saúde mental.

Por fim, existe a possibilidade de restrição da liberdade em outro estabelecimento adequado, que pode ser um hospital psiquiátrico ou uma clínica

especializada, por exemplo. O importante é que o estabelecimento escolhido seja adequado para o tratamento da pessoa com transtorno mental, ofereça condições adequadas de segurança e garanta o respeito aos direitos fundamentais da pessoa.

O conceito de medida de segurança é um instituto dos Direitos Penal e Processual Penal, que tem como objetivo proteger a sociedade de indivíduos que apresentam comportamentos desviantes e representam ameaça para o bem-estar coletivo. A medida de segurança é aplicada ao indivíduo que tenha praticado crime, mas não tenha sido condenado a uma pena privativa de liberdade.

Apenas para fins de comparação, as penas são medidas impostas pelo Estado a quem praticou crime e foram condenadas, já as medidas de segurança são aplicadas a indivíduos que, apesar de não terem sido condenados, representam perigo à sociedade. Os princípios penais se aplicam tanto às penas quanto às medidas de segurança, garantindo a proteção aos direitos e garantias fundamentais.

Para que a medida de segurança seja aplicada, é necessário que existam requisitos que justifiquem sua aplicação, tais como a periculosidade efetiva do indivíduo, ou seja, a probabilidade de ele envolver-se em condutas criminosas. Além disso, a medida de segurança só pode ser aplicada após um juízo de prognose, que consiste em avaliar a situação individual do indivíduo e sua capacidade de reincidência.

Existem duas espécies de medida de segurança, sendo a restritiva, que consiste na imposição de limitações ao comportamento do indivíduo, e a detentiva, que implica em sua privação de liberdade. Quanto ao prazo da medida de segurança, este não pode ser eterno e é limitado por lei. Existe um prazo mínimo para sua aplicação, e um prazo máximo, que é de trinta anos, conforme entendimento firmado pelo STF e STJ. O objetivo é garantir que a medida de segurança seja aplicada somente enquanto necessário para proteger a sociedade, sem prejudicar os direitos e liberdades do indivíduo.

Em resumo, a medida de segurança é uma ferramenta importante para proteger a sociedade de indivíduos que apresentam comportamentos desviantes e representam ameaça para o bem-estar coletivo. Entretanto, é necessário que sejam respeitados os requisitos e princípios penais para sua aplicação, bem como o prazo máximo estabelecido em lei.

5.1 CONSIDERAÇÕES PENAIS E PROCESSUAIS PENAIS

O Caput do artigo 5º da Constituição Federal, de 1988, apresenta os direitos fundamentais no Brasil, e seus incisos detalham cada um deles. É marco para os valores nacionais, enquanto sociedade, e muito importante para um Estado justo e próspero. Abaixo dele, as leis infraconstitucionais, sejam de que natureza for, estabelecem as minúcias para o exercício desses valores e direitos. Código Penal, Artigo 26 do Decreto Lei nº 2.848 de 07 de dezembro de 1940,

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)

Redução de pena

Parágrafo único - A pena pode ser reduzida de um a dois terços, se o agente, em virtude de perturbação de saúde mental ou por desenvolvimento mental incompleto ou retardado não era inteiramente capaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento. (Redação dada pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984)

Verifica-se que o legislador estabeleceu diferença entre “doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado” e “perturbação da saúde mental”. Em qualquer dos casos, o agente precisa ser submetido a exame psiquiátrico, que dará origem a um laudo, comprovando ou não a sua higidez mental.

A legislação penal reconhece que algumas pessoas podem ser penalmente inimputáveis devido à sua doença mental ou condição de desenvolvimento mental incompleto ou retardado. De acordo com o Artigo 26 do Código Penal, é isento de pena o agente que, por essas razões, 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.

Já o Parágrafo Único deste artigo estipula que a pena pode ser reduzida de um a dois terços, se o agente, em virtude de perturbação da saúde mental, não era inteiramente capaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento. Ou seja, mesmo que a pessoa não seja considerada penalmente inimputável, se ela apresentar uma perturbação da saúde mental, sua pena pode ser reduzida.

A diferença entre “doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado” e “perturbação da saúde mental” é que a primeira se refere a condições mais graves e estruturais, enquanto a segunda se refere a transtornos mais leves e temporários.

Em ambos os casos, é importante destacar que é necessário que o agente seja submetido a um exame psiquiátrico, que dará origem a um laudo, comprovando ou não a sua condição de saúde mental. Esse procedimento é fundamental para garantir a justiça e a equidade na aplicação da pena. Assim, a legislação penal reconhece que algumas pessoas podem apresentar condições que as tornam penalmente inimputáveis ou que mereçam uma redução de pena. O exame psiquiátrico é uma ferramenta importante para avaliar a condição de saúde mental do agente e garantir a justiça e a equidade na aplicação da pena.

A imputabilidade penal é o critério que define a capacidade da pessoa de ser responsável pelos seus atos, considerando sua capacidade de compreender a ilicitude do seu comportamento e de agir de acordo com esse entendimento. De acordo com o Código Penal Brasileiro, o artigo 26 dispõe que é imputável o autor de infração penal, maiores de 18 anos, que não se encontrem em estado de perturbação mental que os torne incapazes de entender o caráter ilícito do fato ou de agir de acordo com esse entendimento.

Assim, o Código De Processo Penal em seu Capítulo VIII – Da Insanidade Mental do Acusado, afirma:

Art. 149. 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.

§ 1º O exame poderá ser ordenado ainda na fase do inquérito, mediante representação da autoridade policial ao juiz competente.

§ 2º O juiz nomeará curador ao acusado, quando determinar o exame, ficando suspenso o processo, se já iniciada a ação penal, salvo quanto às diligências que possam ser prejudicadas pelo adiamento.

Art. 150. Para o efeito do exame, o acusado, se estiver preso, será internado em manicômio judiciário, onde houver, ou, se estiver solto, e o requererem os peritos, em estabelecimento adequado que o juiz designar.

§ 1º O exame não durará mais de quarenta e cinco dias, salvo se os peritos demonstrarem a necessidade de maior prazo.

§ 2º Se não houver prejuízo para a marcha do processo, o juiz poderá autorizar sejam os autos entregues aos peritos, para facilitar o exame.

Art. 151. Se os peritos concluírem que o acusado era, ao tempo da infração, irresponsável nos termos do art. 22 do Código Penal, o processo prosseguirá, com a presença do curador.

Art. 152. Se se verificar que a doença mental sobreveio à infração o processo continuará suspenso até que o acusado se restabeleça, observado n§ 2º do art. 149.

§ 1º O juiz poderá, nesse caso, ordenar a internação do acusado em manicômio judiciário ou em outro estabelecimento adequado.

§ 2º O processo retomará o seu curso, desde que se restabeleça o acusado, ficando-lhe assegurada a faculdade de reinquirir as testemunhas que houverem prestado depoimento sem a sua presença.

Art. 153. O incidente da insanidade mental processar-se-á em auto apartado, que só depois da apresentação do laudo, será apenso ao processo principal.

Art. 154. Se a insanidade mental sobrevier no curso da execução da pena, observar-se-á o disposto no art. 682. TÍTULO VII – Da Prova CAPÍTULO I – Disposições Gerais. Art. 155. O juiz formará sua convicção pela livre apreciação da prova produzida em contraditório judicial, não podendo fundamentar sua decisão exclusivamente nos elementos informativos colhidos na investigação, ressalvadas as provas cautelares, não repetíveis e antecipadas.

Parágrafo único. Somente quanto ao estado das pessoas serão observadas as restrições estabelecidas na lei civil.

A lei brasileira, ao tratar da imputabilidade penal, se orientou pelo critério biopsicológico. Nela a causa biológica é indispensável. Nesse sentido, a lei brasileira se orientou pelo critério biopsicológico na definição da imputabilidade penal. Isso significa que a lei considera a existência de causas biológicas e psicológicas que possam afetar a capacidade da pessoa de entender e agir de acordo com a ilicitude de seus atos.

A causa biológica é referida como a existência de uma doença ou distúrbio mental que afete a capacidade de compreender e agir de acordo com o entendimento da ilicitude do ato. Já a causa psicológica refere-se aos fatores emocionais, sociais e psicológicos que possam afetar a capacidade de compreender e agir de acordo com o entendimento da ilicitude do ato.

O Código de Processo Penal prevê a possibilidade de realização de exame médico-legal para determinar a existência de perturbação mental no acusado, que pode ser requerido pelo Ministério Público, defensor, curador, ascendente, descendente, irmão ou cônjuge do acusado. O resultado desse exame poderá ser utilizado pelo juiz para decidir se o acusado é imputável ou não. Caso os peritos conclua que o acusado era irresponsável ao tempo da infração, o processo continuará com a presença de um curador. Caso a doença mental tenha sobrevivido à infração, o processo será suspenso até que o acusado se restabeleça.

Desse modo, a lei brasileira considera a existência de causas biológicas e psicológicas na imputabilidade penal e prevê a realização de exame médico-legal para determinar a capacidade de compreender e agir de acordo com a ilicitude do ato. O resultado desse exame será utilizado pelo juiz na formação da sua convicção na decisão do processo.

Ensina o sempre atual professor Hélio Tornaghi (1991, p. 256), que:

Quando o Código Penal não adotou um critério puramente biológico, o que se quer dizer é apenas que ele considerou inimputáveis todos os doentes

mentais, desde que a doença tenha impedido o uso das faculdades psíquicas no *momento da ação*. () Ora, o pronunciamento sobre a doença mental ou sobre o desenvolvimento mental acerca de suas consequências no psiquismo do agente é tema pericial, assunto que escapa ao conhecimento normal do jurista”. (O destaque consta no próprio original).

E continua o mesmo educador:

Se se verificar que a doença mental sobreveio à infração, o processo continuará suspenso até que o acusado se restabeleça, observado o § 2º so art. 149 do Código de Processo Penal”. É a denominada incapacidade de sujeição.

E arremata o respeitável doutrinador:

O laudo psiquiátrico deve manter-se dentro do campo biopsíquico. Não há de ser teórico nem se perder em generalidades. Convém usar linguagem acessível a leigos (juízes, promotores, advogados, deve ser claro e preciso, singelo e despido de todo pedantismo. Os peritos não devem utilizar os laudos para fazer exibição de conhecimentos” (grifos do autor).

É sabido que a literatura médica apresenta experimentos médicos e desumanos para o tratamento de todo e qualquer tipo de doença. Entretanto, o doente mental foi o que mais sofreu ao longo dos tempos. Tratamentos experimentais, sem a mais mínima comprovação científica foram empregados, para desespero do paciente e para o malogro total das técnicas empregadas.

Nesse sentido, focar-se-á em apenas três exemplos, dos quais a camisa de força é o primeiro. Ela é uma veste projetada para conter alguém e foram usadas para controlar pacientes em instituições para doentes mentais. Em estabelecimentos superlotados, com funcionários nada treinados, elas costumavam ser usadas em excesso. Hoje já não possuem o apoio da comunidade médica como um todo. Isto porque a veste é feita de material pesado, com mangas compridas, e confinam as mãos. Depois de colocada no corpo, ela é firmemente fechada e fitas são fixadas para que não escorregue.

Os braços são amarrados na frente do corpo, tornando muito difícil de se soltar. Além da questão puramente inumana, no sentido mental, a camisa de força pode restringir os movimentos do paciente que, apesar de poder andar, ela pode prejudicava circulação e a respiração de seu usuário. A palavra certa a ser usada é: angustiante! A partir do momento em que se constatou que a camisa de força passou a ser usada mais como aplicação penal, do que terapêutica, seu uso passou a ser desaprovado.

A camisa de força é parte inegável da história da Psiquiatria, que abrangia um conjunto de medidas de repressão, impregnadas nas práticas dos “asilos”, “hospícios”, “hospitais de alienados” e, mais tarde, dos “hospitais psiquiátricos”, denominações dadas a instituições que albergavam pessoas com doenças mentais (Pereira, 2015).

A implementação desse tipo de medidas era amplamente aceita, com o objetivo de conter os pacientes em estado de excitação ou furor, agitação psicomotora, agressividade, que agrediam os outros ou se autoagrediam e quando existia a necessidade de estabelecer limites (Pereira, 2015).

No Brasil ela não é mais utilizada. O Conselho Federal de Medicina através da Resolução de nº 1.408 em 1994, é explícito em seu art. 5º, parágrafo 2º:

Em qualquer estabelecimento de saúde onde se presta assistência psiquiátrica é vedado o uso de "celas fortes", "camisa de força" e outros procedimentos lesivos à personalidade e à saúde física ou psíquica dos pacientes, sendo dever do médico assistente denunciar ao Conselho Regional de Medicina sempre que tiver conhecimento do desrespeito a esta norma.

Eletroconvulsoterapia (ECT) popularmente conhecida como eletrochoque continuam desconhecidos da própria comunidade médica, ainda incapaz de compreender seus efeitos no cérebro, muito embora tenha surgido entre as décadas de 1930 e 1940. Ela foi fruto da observação de pacientes em clínicas psiquiátricas que apresentavam “melhora” após passarem por um surto psicótico ou de um episódio epilético, levando os médicos a métodos capazes de causar convulsões controladas através de correntes elétricas aplicadas na cabeça.

Como todo processo experimental, no início, as convulsões tinham intensidade imprevista, e, não raro, provocavam machucados durante o procedimento, inclusive fraturas, bem como confusão mental e desorientação por algum tempo. Apesar de seu quase desaparecimento nas décadas de 1960 e 1970, no Brasil ela ainda perdurou.

Conversando com uma atendente de enfermagem, foi relatado que nos anos de 1973 a 1975 ela preparava os pacientes para o procedimento da eletroconvulsoterapia em um Hospital de Belo Horizonte. Já era um tratamento “humanizado”, com o paciente sedado, e com a introdução de espumas em sua boca, depois que ele “dormia”, para que não quebrasse dentes ou cortasse a própria língua. Somente o médico poderia fazer o procedimento. Depois, a enfermagem ficava encarregada de controlar os sinais vitais do paciente até seu retorno à “normalidade possível”, ou relatar alguma intercorrência, que era imediatamente controlada pelo médico responsável. O interessante, segundo aquela

atendente de enfermagem, era que na sala destinada ao eletrochoque havia uma pomposa frase onde se lia: SONOTERAPIA.

Dos anos 1980 em diante, os pesquisadores buscaram métodos mais seguros e fazer a eletroconvulsitoerapia, com mínimo de desconforto e efeitos colaterais para os pacientes. Até os dias atuais a ECT é realizada em muitos serviços públicos e particulares ao redor do mundo, mas utiliza baixas correntes elétricas que podem ser aplicadas apenas de um ou dos dois lados da cabeça e sempre com o paciente anestesiado e acompanhado por uma equipe multidisciplinar.

Por fim, tem-se a Lobotomia: Do grego λοβός [cérebro] e τομή [cortar], a palavra significa, literalmente, "secção cerebral" e foi desenvolvida pelo neurologista português Antônio Egas Moniz, em 1935. Obteve sucesso em alguns tratamentos, mas angariou diversos efeitos colaterais graves: depressão, esquizofrenia, síndrome de pânico, aumento da temperatura corporal, vômitos, incontinência urinária e intestinal graves, problemas oculares, apatia e letargia. Apesar de criticada pela comunidade médica, ela foi usada em vários países do mundo, inclusive no Brasil.

Os primeiros procedimentos de lobotomia envolviam fazer um buraco no crânio e injetar etanol para destruir as fibras que conectavam o lobo frontal a outras partes do cérebro. Posteriormente, passaram a usar um instrumento cirúrgico denominado leucótomo, que, ao ser girado, fazia uma lesão circular no tecido cerebral. O psiquiatra italiano Amaro Fiamberti desenvolveu um procedimento que envolvia acessar o lobo frontal através das órbitas oculares.

Somente em 1945, surgiu a lobotomia transorbital, um método em que o médico inseria a ferramenta na órbita do paciente com o auxílio de um martelo. O instrumento era movido de um lado para outro para separar o lobo frontal do tálamo, a parte do cérebro que recebe e transmite informações sensoriais. As lobotomias transorbitais não exigiam anestesia e eram mais rápidas. Já pensaram no horror disso?

O tempo revelou que a cirurgia causava efeitos negativos na personalidade do paciente, atrapalhando sua autonomia. Na época havia muitos sanatórios, superlotados e caóticos, realizando lobotomias a pacientes indisciplinados, os médicos podiam manter o controle da instituição.

O caso mais famoso de lobotomia é protagonizado por Rosemary Kennedy, irmã de John F. Kennedy, o 35º presidente dos Estados Unidos. Ela nasceu em 13 de setembro de 1918 em meio a um parto cheio de complicações, o que a levou a

apresentar dificuldades de aprendizado. Apesar de ter frequentado várias escolas especiais, teve problemas para ler e escrever até a idade adulta.

Em sua fase adulta, Rosemary protagonizou diversos episódios violentos e ataques de raiva, atingindo quem estivesse por perto. Em um dos incidentes, por exemplo, Rosemary chegou a atacar subitamente seu avô materno, Honey Fitz. A família Kennedy chegou a interná-la em um convento, mas ela fugia diversas vezes. Quando as freiras relataram que Rosemary fugia para se encontrar com homens nos bares, o pai (Joseph Kennedy) decidiu tomar uma providência.

Em novembro de 1941, sem consultar a esposa, Joseph autorizou que Rosemary fosse lobotomizada. Na época, ela tinha 23 anos. No entanto, depois da cirurgia, Rosemary nunca conseguiu mais andar ou falar. Durante a maior parte do tempo, sua existência foi um segredo.

A cidade de Barbacena, no interior de Minas Gerais, em 1903 ficou conhecida como a “Cidade dos Loucos”, por abrigar sete instituições psiquiátricas, sendo a mais famosa o “Hospital Colônia”. No entanto, 70% dos internados não apresentavam simplesmente nenhum registro de doença mental. Eram homossexuais, alcoólatras, militantes políticos, mães solteiras, mendigos, negros, pobres, índios, pessoas sem documento.

Os internos viviam mal, nus, forçados a trabalhar como suposta terapia em pátios ou em celas. Faltavam água encanada e alimentos. Muitos internos bebiam e se banhavam no esgoto a céu aberto. Cerca de 60 mil internos morreram de fome, frio ou diarreia durante nove décadas até o fechamento do Hospital Colônia, que aconteceu na década de 1990. Os "tratamentos" envolviam choques e torturas físicas/psicológicas.

A lobotomia diminuiu na década de 1950, uma vez que boa parte dos “médicos que realizavam o procedimento não era formada por neurocirurgiões, e muitos dos lobotomizados eram submetidos a este “tratamento” sem consentimento próprio, ou de seus familiares ou de algum representante legal. Foi justamente nessa época que os cientistas desenvolveram medicamentos psicoterapêuticos, muito mais eficazes e seguros no tratamento de transtornos mentais do que a lobotomia. Em 1960, o psiquiatra italiano Franco Basaglia (1988), revolucionou o tratamento relacionado a transtornos mentais, investindo uma abordagem de reinserção territorial e cultural do paciente na comunidade, em vez de isolá-lo num manicômio à base de fortes medicações, vigilância ininterrupta, choques elétricos e camisas de força.

Devido aos resultados positivos que alcançou na Itália, a abordagem de Basaglia passou a ser recomendada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) a partir de 1973. A posição da OMS tornou o debate mundial. Atualmente, as operações psicocirúrgicas ainda existem, mas são realizadas raramente. A remoção de áreas cerebrais específicas é reservada para o tratamento de pacientes para os quais todos os outros tratamentos falharam.

5.2 MÉDICO LEGAIS, FILOSÓFICAS E LITERÁRIAS

Agora, deixando de lado as disciplinas das ciências penais, processuais penais e psiquiátricas, vamos nos dirigir ao universo da literatura e das artes em geral, que estão intimamente relacionados com os princípios positivistas. Trazemos o quadro “A Noite Estrelada, de Vincent Van Gogh que foi pintado em 1889. É um óleo sobre tela, com 74 cm X 92 cm, e se encontra no Museu de Arte Moderna de Nova York (MoMA). A pintura retrata a paisagem da janela do quarto do artista enquanto esteve no hospício de Saint-Rémy-de-Provence, sendo considerada uma das obras mais significativas do artista holandês. Ele teve uma vida tempestuosa, sofrendo de depressão e surtos psicóticos.

Figura 1- Noite Estrelada



Fonte: Wikipédia, 2022.

Quando se afirmou, neste trabalho, que muito depende de um gestor interessado, Van Gogh é a prova viva disto. Ao longo de anos de internação, ele realizou muitas

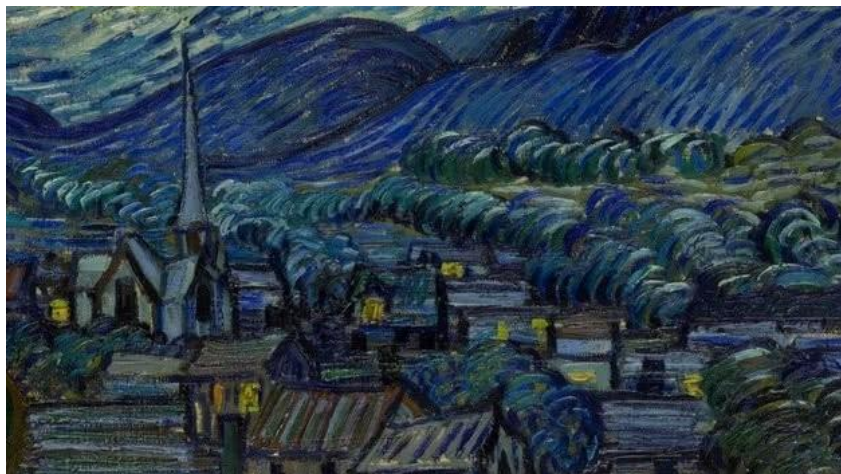
observações sobre os lugares do Hospital, até os corredores e a entrada. Mas ele não tinha autorização para pintar.

O diretor, contemplando o seu comportamento, a ele disse que poderia pedir qualquer coisa, menos sair do estabelecimento, ao que Van Gogh prontamente respondeu: quero telas, tintas e pincéis. E o diretor atendeu a seu pedido, mas ele somente poderia pintar de dia. O gênio da pintura contemplava, de sua cela para onde era recolhido à noite, e fixava em sua mente a “Noite Estrelada”, indo direto, ao amanhecer, para o andar térreo, onde se encontrava com seu material de pintura.

E assim foi concebida a “Noite Estrelada”, vista pelos olhos da cela em que dormia, e onde se utilizava de carvão e papel para elaborar os esboços e, ao depois, finalizar a obra. Este quadro é considerado um dos mais importantes de sua criação, porque contém pequenas abstrações, o que não ocorria em outras de suas telas.

Foi também por meio dela que ele transmitiu seu estado psicológico agitado, através dos movimentos retratados na obra, com pinceladas rápidas, em sentido horário, e em espirais, permitindo a sensação de profundidade e movimento do céu, aspirais estas que se tornaram característica de toda a sua produção, traduzindo suas próprias perturbações mentais.

Figura 2- A vila



Fonte: Wikipédia, 2022

A vila, incluída no quadro, pode ser uma nostálgica lembrança de sua infância e juventude na Holanda. Os pontos de luz nas casas se relacionam às estrelas no céu, criando um diálogo entre a humanidade e a grandeza da via láctea. O cipreste é um elemento comum nas obras de Van Gogh. Esta árvore está associada à morte em

diversas culturas europeias. Elas eram usadas nos sarcófagos egípcios e nos caixões dos romanos. O cipreste passou a ser comum para ornamentar cemitérios e quase sempre está relacionado ao fim da vida.

À meia noite de 20 de julho 2012, o Century 16 (em Aurora, no Colorado) estava lotado. Era a estreia do filme *Batman: O Cavaleiro das Trevas Ressurge*. Naquela noite, o Cinemark foi palco de um violento ataque: um homem fortemente armado, fantasiado de Coringa, invadiu uma das salas de exibição e lançou bombas de gás e abriu fogo contra o público que assistia ao filme.

James Eagan Holmes, o atirador de 24 anos, agiu sozinho, depois de comprar munição pela internet, quatro meses antes do ataque. Se “armou” também com colete à prova de balas e máscara contra gases até um fuzil. Na noite de estreia do filme, James comprou uma entrada para a sessão entrando normalmente, como se fosse um espectador comum. Fantasiado de coringa, não chamou a atenção das pessoas, vez que, nos Estados Unidos é comum as pessoas comparecerem fantasiadas nas estreias de filmes.

Aproximadamente 40 minutos depois do início do filme, ele começou a lançar bombas de gás e a efetuar diversos disparos, não em antes deixar a saída de emergência entreaberta. Ele não demonstrava qualquer emoção. Simplesmente atirava. As vítimas demoraram a se dar conta da situação. Os tiros efetuados na sala de exibição escolhida ultrapassaram suas paredes e atingiram outras pessoas que assistiam ao filme em outros ambientes. Doze pessoas morreram e 70 ficaram feridas dentre elas um bebê de 3 meses, lesionado, e uma menina de 6 anos, que faleceu no local.

Ocorre que sua arma travou, e ele, em fuga, pela saída de emergência devidamente preparada, tentou chegar a seu carro, que estava no estacionamento em local estrategicamente escolhido. Ali ele foi cercado pela polícia e não resistiu à prisão. No veículo foram encontradas mais armas e munições, supostamente destinadas a fazer mais vítimas no shopping. Ele afirmava ser o Coringa. Com a prisão, constatado ficou que em seu apartamento havia diversos explosivos programados para acionar em eventual invasão no local, o que demandou uma equipe especializada em desarmar explosivos, após evacuação do prédio em que ele residia. A equipe, com o auxílio de robôs, conseguiu detonar os explosivos sem deixar feridos.

Interessante salientar que James Eagan Holmes nasceu em 13 de dezembro de 1987, na Califórnia, vinha de uma família bem estruturada e simples. Seu pai, Robert Holmes era matemático e cientista e sua mãe, Arlene Holmes era enfermeira. Apesar de

introspectivo na infância, segundo sua família, nunca demonstrou qualquer tipo de agressividade ou violência. Pelo contrário, era tranquilo e afeito a esportes. Possuía um histórico acadêmico invejável.

Ele se graduou em medicina em 2010 pela Universidade da Califórnia e foi considerado um dos melhores alunos da sala. Em 2011, iniciou seu PhD em neurociência na Universidade do Colorado, no campus de Aurora. Ao tempo do massacre, James residia em um apartamento dentro do próprio campus da universidade. O prédio era habitado, essencialmente, por estudantes da área da saúde.

O desempenho do jovem era tamanho que ele recebeu uma doação de 21.600 dólares dos Institutos Nacionais de Saúde, de acordo com registros da agência, que foi desembolsado em parcelas de julho de 2011 a junho de 2012. Holmes também recebeu uma bolsa de 5.000 dólares da Universidade do Colorado. Tristemente, nos primeiros meses de 2012, James foi diagnosticado com febre glandular e seu desempenho na universidade caiu vertiginosamente. Com a saúde fragilizada, com sua dificuldade em socialização, o atirador viveu um momento sofrido.

A saúde debilitada, somada a sua dificuldade em socialização, levaram o jovem a enfrentar um momento tão delicado academicamente, que o levou a abandonar o curso, aproximadamente um mês antes do ataque ao cinema. O término de seu relacionamento amoroso com uma estudante também o abalou. Ela teria aconselhado James a buscar auxílio psicológico. Uma vez preso, ele foi vigiado o tempo todo, a fim de ser evitado um possível suicídio.

Desde o início, a defesa de James alegou que o acusado tinha distúrbios mentais, o que o tornaria menos culpável. Em razão disso, em 05 de agosto de 2013 James foi transferido para o Instituto de Saúde Mental Colorado em Pueblo, Colorado. É essa parte que torna atraente o estudo esta pesquisa. Ele foi avaliado por vários psiquiatras e psicólogos forenses. Todos de renome no estado da Califórnia, e a comunidade médico-pericial ficou dividida: uns o declararam portador de esquizofrenia e, como tal, incapaz de entender o caráter criminoso de seus atos ou de autodeterminar-se e outros o afirmaram plenamente capaz. Há de se indagar; como isso é possível?

Na primeira audiência com o Juiz, lidos os seus direitos, e com a nomeação de um defensor público, James manteve-se calado o tempo todo e não olhou para o magistrado. A acusação pretendeu a condenação de James pelo cometimento de vários crimes, entre homicídios consumados, homicídios tentados e porte de explosivo, totalizando 165 infrações penais. Finalmente, em janeiro de 2013, depois de algumas

audiências, o juiz do caso entendeu que o atirador deveria responder pelos crimes atribuídos pela acusação. Em março do mesmo ano, os promotores pugnaram pela pena de morte ao acusado.

O julgamento de James foi adiado diversas vezes pela defesa. Somente em 2015 os jurados decidiram pela condenação, mas não tiveram consenso sobre a aplicação da pena de morte. O Juiz do caso o sentenciou a 12 prisões perpétuas, 3.312 anos por 70 tentativas de homicídio e 6 anos pela posse de explosivos, tudo sem direito a liberdade condicional.

Voltar-se-á ao exame de eventuais tratamentos psiquiátricos. Ele fazia uso de um antidepressivo denominado sertralina, conhecido como Zoloft nos Estados Unidos, um inibidor seletivo de recaptção de serotonina (ISRS), tudo sob prescrição de uma psiquiatra. O referido psiquiatra o atendeu James a partir de março de 2012, que alegou que, mesmo após o início do tratamento com esta medicação, não reconheceu melhoras na saúde mental dele, o que foi assim descrito em suas anotações: “Pensamento de nível psicótico. Pensamento reservado, paranoico e hostil, sobre o qual não se dá detalhes”.

A mesma médica afirmou em Juízo que havia aumentado a dose da medicação, por acreditar que a nova dosagem seria apropriada para James. Entretanto, David Healy, psicofarmacêutico contratado como perito para defesa de James, em entrevista para um programa investigativo da *BBC Panorama* foi categórico: “Essa matança nunca teria acontecido se não fosse pelo medicamento receitado a James Holmes”.

Não há um consenso entre os pesquisadores da área para afirmar que os efeitos dos medicamentos ISRS são de fato negativos e causam distúrbios mentais, mas especula-se que pode potencializar alguma doença ou distúrbio mental. Outra coisa interessante a ser observada foi a sensibilidade e o poder do Magistrado. Ele aceitou, não explicitamente, e em parte, o argumento da defesa de que o agente era portador de distúrbios mentais. Chega-se a esta conclusão pelo fato dele não ter aplicado a pena de morte e sim a de prisão perpétua. A Justiça penetrou nos meandros da mente humana aonde nem mesmo o agente foi capaz de se encontrar.

Do real, passar-se-á a literatura pura. William Shakespeare (1564-1616) foi dramaturgo e poeta inglês. Autor de tragédias famosas como "Hamlet", "Otelo", "Macbeth" e "Romeu e Julieta, dentre outras. Assentar-se-á o exame sobre Macbeth, ganancioso, sedento de poder, que foi capaz de cometer grandes atrocidades em cumplicidade com sua esposa.

Seu tormento, sua loucura e de sua esposa chegou a tal ponto que, por mais que lavassem as mãos, elas eram sempre vistas manchadas de sangue. Somado a isso, o casal não mais conseguia dormir. O sono simboliza paz de espírito e eles ouviam as vozes das pessoas a quem torturaram e mataram sem piedade, por ganância pelo poder, o que levou o rei a afirmar: “Macbeth acaba de assassinar o sono”. Este assunto é introduzido no Ato 2.2 da peça, quando o monarca passa a ouvir vozes dizendo que ele não dormirá mais, o que ocorre logo depois dele matar o Rei Duncan, para assumir o seu lugar.

Esta peça, que chegou a se tornar filme, é uma das mais belas e diretas afirmações da doença mental: “Macbeth acaba de assassinar o sono”. Não se há de resistir a citar um outro filme: Laranja mecânica. O título original do filme é *A Clockwork* e foi para as telas no ano de 1971, dirigido e adaptado para o cinema por Stanley Kubrick, o filme é baseado do romance homônimo de Anthony Burgess, publicado em 1962. O personagem Alexander Delarge, o protagonista, lidera uma gangue de jovens marginais e violentos ao extremo.

A película coloca em relevo questões sociais, delinquência juvenil, psiquiatria, o livre arbítrio e a corrupção moral das autoridades. O filme é cheio de imagens muito violentas, perturbadoras, e se tornou um filme *cult*, aclamado pelo público e pela crítica.

O filme começa com Alex, Pete, Georgie e Dim bebendo leite misturado com drogas no bar da predileção deles. Logo a gangue, em busca de violência, espanca um velho mendigo que está caído na rua. Em seguida, roubam um carro e invadem a casa de um escritor e sua esposa, estuprando e matando a mulher enquanto espancam o marido e o líder canta "Singing in the Rain".

A gangue retorna ao bar, onde Alex e Dim acabam brigando por uma mulher. Dim e Georgie começam a desafiar a autoridade de Alex, o que os joga no rio. Os companheiros fingem perdoar. Alex invade, sozinho, uma residência conhecida como a casa da "mulher dos gatos" e a mata. O resto da gangue o esperava na porta, à traição, quebra uma garrafa no seu rosto, deixando-o temporariamente cego. Assim, ele não consegue fugir e acaba sendo preso.

O Ministro da Defesa estava procurando cobaias para um tratamento experimental que deixaria um criminoso reabilitado em duas semanas, e se ele aceitasse, o resto de sua pena seria cancelada. Alex aceita e nele são injetadas drogas e ele é forçado a assistir imagens de extrema violência, aonde ele chega até a passar mal. O processo de condicionamento funciona e Alex se torna inofensivo. Exibido em um

palco, como um animal selvagem que foi domesticado, o próprio Ministro demonstra o caráter sua submissão, chamando um homem que o agride e obriga a lamber a sola do seu sapato.

Na rua, e expulso da casa dos pais, fica sem rumo, e reencontra o velho mendigo que tinha espancado no início do filme. O mendigo e seu grupo batem e humilham Alex, que não consegue se defender. A polícia interrompe a cena. Os policiais levam Alex para o mato, onde o torturam. Ele consegue fugir e acaba pedindo ajuda na casa do escritor, uma de suas vítimas, agora paraplégico e este, lhe oferece hospedagem.

Quando escuta Alex cantando "Singing in the Rain", o velho paraplégico o reconhece pela voz e descobre que durante o tratamento Ludovico (nome dado em razão da música tocada horas a fio e em som muito alto), momento em que descobre que, durante o tratamento, Alex começou a odiar sua música favorita, a Nona Sinfonia de Beethoven, ficando com desejos suicidas quando a escuta.

O escritor coloca droga na sua comida e ele apaga. Quando acorda, está trancado em um quarto, escutando a música num volume ensurdecedor. Desnortado, Alex se joga pela janela e fica gravemente ferido. Alex acorda no hospital livre das marcas do condicionamento. Ao saber da sua tentativa de suicídio, a mídia culpa o governo e exige justiça para o jovem.

O Ministro da Defesa, por meio de boa soma em dinheiro, consegue apoio de junto da opinião pública. Seu quarto é invadido por flores, decorações, jornalistas e fotógrafos. Alex e o Ministro são fotografados juntos e sorrindo, para os jornais.

Poder-se-ia pensar em uma "lobotomia" sem qualquer tipo de incisão? Poder-se-ia pensar que a música de Beethoven, quando ouvida, fazia com que o paciente não expressasse qualquer tipo de agressividade, como nos reflexos dolorosos condicionados utilizados por domadores de ursos, mundo afora?

A sua "apresentação" triunfal para um número de médicos e agentes penais foi um "sucesso". Contudo, ele, ao ouvir a música, se tornava permeável a qualquer tipo de agressividade do mundo circundante. Era um sociopata a solta, para a vaidade de muitos.

O filme explora questões sociais e políticas intemporais, reflete sobre temas como a delinquência juvenil, psiquiatria, livre arbítrio e corrupção moral das autoridades. Isto foi um resumo de um texto publicado por Carolina Marcello, Mestre em Estudos Literários e Interartes e do assistir ao filme por algumas vezes.

Caminhar-se-á, agora, pela poesia, que também empresta sua contribuição para os doentes mentais, seja por eles mesmos seja pela observação de terceiros:

METADE

Que a força do medo que tenho
 Não me impeça de ver o que anseio;
 Que a morte de tudo em que acredito
 Não me tape os ouvidos e a boca;
 Porque metade de mim é o que eu grito,
 Mas a outra metade é silêncio...

Que a música que eu ouço ao longe
 Seja linda, ainda que tristeza;
 Que a mulher que eu amo seja pra sempre amada
 Mesmo que distante;
 Porque metade de mim é partida
 Mas a outra metade é saudade...
 Que as palavras que eu falo
 Não sejam ouvidas como prece
 E nem repetidas com fervor,
 Apenas respeitadas como a única coisa que resta
 A um homem inundado de sentimentos;
 Porque metade de mim é o que ouço
 Mas a outra metade é o que calo...
 Que essa minha vontade de ir embora
 Se transforme na calma e na paz que eu mereço;
 E que essa tensão que me corrói por dentro
 Seja um dia recompensada;
 Porque metade de mim é o que penso
 Mas a outra metade é um vulcão...
 Que o medo da solidão se afaste
 E que o convívio comigo mesmo
 Se torne ao menos suportável;
 Que o espelho reflita em meu rosto
 Um doce sorriso que me lembro ter dado na infância;
 Porque metade de mim é a lembrança do que fui,
 A outra metade eu não sei...

Que não seja preciso mais do que uma simples alegria
 para me fazer aquietar o espírito
 E que o teu silêncio me fale cada vez mais;
 Porque metade de mim é abrigo
 Mas a outra metade é cansaço...
 Que a arte nos aponte uma resposta
 Mesmo que ela não saiba
 E que ninguém a tente complicar
 Porque é preciso simplicidade para fazê-la florescer;
 Porque metade de mim é platéia
 E a outra metade é canção...
 E que a minha loucura seja perdoada

Porque metade de mim é amor
 E a outra metade... também.
 (Oswaldo Montenegro).

Mais incisivo ainda é: Um homem chamado Alfredo:

O meu vizinho do lado
 Se matou de solidão
 Abriu o gás, o coitado
 O último gás do bujão
 Porque ninguém o queria
 Ninguém lhe dava atenção
 Porque ninguém mais lhe abria
 As portas do coração
 Levou com ele seu louro
 E um gato de estimação
 Há tanta gente sozinha
 Que a gente mal adivinha
 Gente sem vez para amar
 Gente sem mão para dar
 Gente que basta um olhar
 Quase nada
 Gente com os olhos no chão
 Sempre pedindo perdão
 Gente que a gente não vê
 Porque é quase nada
 Eu sempre o cumprimentava
 Porque parecia bom
 Um homem por trás dos óculos
 Como diria Drummond
 Num velho papel de embrulho
 Deixou um bilhete seu
 Dizendo que se matava
 De cansado de viver
 Embaixo assinado Alfredo
 Mas ninguém sabe de quê

(Vinícius de Moraes e Toquinho - Tonga Editora Musical LTDA).

Após essas considerações, finalmente, a filosofia. Ah, a filosofia! Sempre ela, perpassando todas as atividades do ser humano, ainda que de modo inconsciente. “O século XX inaugura-se com a morte de F. Nietzsche, que se revela como o seu pensador mais significativo”, escreveram, como organizadores, Giorgio Penzo e Rosino Gibellini (1993, p. 23), na obra denominada “Deus na filosofia do século XX”.

Nietzsche nasceu em uma família de pastores protestantes e deveria seguir a missão do pai, pastor. Seu pai, entretanto, morre, de derrame cerebral, subitamente quando ele tinha apenas 5 anos de idade, e ele viveu atormentado pela hipótese de ter o mesmo destino.

Nietzsche conviveu com o músico Wagner e via seu espírito romântico desenvolver-se através da música, que sentia como “a síntese das experiências físicas, pondo o homem diante de uma dimensão de verdade que constitui o seu fundamento” (Penzo; Gibellini, 1993, p. 24).

Por questões de saúde, abandonou o ensino universitário, iniciando seu período de pensador individual e errante. Apesar de doente e solitário, conseguiu transformar em fenômeno literário não apenas a dor física, mas também as suas decepções afetivas. Sua vida errante tem fim em 1889, em Turim, quando, como o pai, também cai ao chão, já sem consciência. Na obra já mencionada se lê, desta feita, na página 26: “Nietzsche permanecerá até a morte trancado no mistério da loucura”.

E a morte de Deus atribuída a Nietzsche está assim clarificada na obra mencionada, na p. 31: “Assim, é revertida a concepção metafísica do conhecer como segurança e a de Deus como causa última de segurança. Segundo Nietzsche, a raiz metafísica do conhecer como necessidade de segurança leva o homem a ver Deus como último horizonte de segurança e de verdade absoluta. Para o homem metafísico, a morte de Deus é vivida de modo dramático, justamente porque marca o fim de um longo desejo que é necessário ao homem para viver com uma consciência de segurança. Nietzsche faz sua essa angústia “desesperada” do homem metafísico diante do “avanço do niilismo”. Supera, porém, tal angústia, quando observa que a morte de Deus é um acontecimento cultural e existencial necessário para purificar a face de Deus e, por conseguinte, a fé em Deus”.

Este ensinamento filosófico explica, por si mesmo, todas as angústias pelas quais passa um doente mental ou um portador de transtorno mental com uma diferença: estes não possuem discernimento de todo o seu entorno, ou, quando o possuem, é de modo limitado pela autodeterminação. Bergson, outro grande filósofo do século XX, declarou: “Captar o ritmo da evolução criadora, ou seja, a caracterização qualitativa do desenvolvimento temporal dos organismos, é uma possibilidade de razão intuitiva.

A intuição é a alma da metafísica e é função complementar em relação à ciência. O saber total, que é a forma de sabedoria sintética e equilibradora da existência humana, deve conjugar análise e intuição, quer para poder exprimir a unidade da vida no jogo múltiplo das suas formas e dos seus nexos intrínsecos, quer para captar como que sob forma de musicalidade e de amor inefável o “elã vital” que se abre no universo e o caracteriza como potência e sabedoria divinas” (Penzo; Gibellini, 1993, p. 77 e 78).

Não se aprofundará muito no fascinante mundo filosófico para não fugir ao tema do presente estudo. O pouco que foi dito já sintetiza a razão da filosofia: do homem e para o homem; do ser humano, para o ser humano, doente mental ou não, portador de distúrbios mentais ou não.

Penetrar-se-á agora um ponto que pode ser tido e havido como o mais intrincado a ser resolvido, dirimido e interpretado pelos operadores do direito. Este ponto diz respeito a conflito de normas e aos princípios da anterioridade da lei penal, da reserva legal, da legalidade e da generalidade das leis *versus* a especificidade das leis.

Em poucas palavras, o princípio da anterioridade da Lei Penal resulta na irretroatividade da lei penal, que não alcançará os fatos praticados antes de sua vigência, ainda que venham a ser futuramente tidos como crime. Já o “princípio da reserva legal ocorre quando uma norma constitucional atribui determinada matéria exclusivamente à lei formal (ou a atos equiparados, na interpretação firmada na praxe), subtraindo-a, com isso, à disciplina de outras fontes, àquelas subordinadas” (Crisafulli, apud Silva, 2000, p. 421.).

O princípio da legalidade, por sua vez, está suportado pelo artigo 5º, nº II da Carta Maior, quando estabelece que “ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei. O que leva à conclusão de que as obrigações, ou seja, o fazer e o não fazer somente podem ser instituídas por espécies normativas produzidas em conformidade com o devido processo legislativo.

Pois bem, como conciliar: 1º) as disposições da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental; 2º) com as disposições do artigo 26 do Decreto-Lei nº 2.848 de 07 de dezembro de 1940, que diz:

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).

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. (Redação dada pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984)

E as disposições dos artigos 149 e seguintes do Código de Processo Penal, que instrumentalizam o proceder de quem maneja essa parte do direito? O processo penal é o instrumento garantidor da realização da prestação jurisdicional, de modo geral, sem descer a especificidades. É bem verdade que existem leis formais e materiais, mas isto

não é tema deste trabalho. Antes dele, tem-se a Constituição Federal, com o seguinte comando no artigo 5º, LIV: "ninguém será privado da liberdade ou de seus bens sem o devido processo legal". É por meio do Código de Processo Penal que se detectará se uma ação ou omissão estão abstratamente descritas na lei substantiva penal como proibidas, e, também se ocorreu uma justificativa ou exculpante. É garantidor de todo e qualquer agente.

Pela ementa justificativa da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, verifica-se que não existe qualquer conflito entre ela e o disposto na Constituição Federal, e muito menos nos códigos Penal e de Processo Penal, por uma razão que pode passar despercebida: aquela Lei **dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.** (sem o negrito no original).

E os Códigos Penal e de Processo penal, afinados com a Constituição da República são taxativos ao afirmar que seus dispositivos contemplam agentes que praticaram, em tese crimes, e que são doentes mentais ou portadores de desenvolvimento mental incompleto ou retardado.

Os diplomas legais já mencionados funcionarão como amalgama da construção do direito, em cada caso concreto. Tudo se afina, tudo se completa, tudo se interlaça, perpassando o raciocínio do Magistrado ao dizer o direito.

Se acaso pairar alguma dúvida no que respeita a aplicação harmoniosa destes três diplomas legais, qual seja, a Constituição de 1988, o Código Penal e o Código de Processo Penal, através dos artigos já mencionados, ainda resta o artigo 3º da Lei substantiva penal, interpretação extensiva e aplicação da analogia, quando assim prescreve: “A lei processual penal admitirá interpretação extensiva e aplicação analógica, bem como o suplemento dos princípios gerais de direito”. Observe-se que não se invoca qualquer tipo de ativismo judicial, mas de aplicação destes institutos naquilo que for pertinente.

Hélio Tornaghi (1991, p. 91), tem um ensinamento a respeito de toda e qualquer interpretação, que vale a pena a reprodução: “Intérprete era o intermediário entre o vendedor e um comprador de uma mercadoria e que lhe fixava o preço (*pretium*). Daí, isto é, de *inter* e *pretium*, lhe adveio o nome: intérprete. Acontece que, para desempenhar sua missão, ele precisava falar as línguas das partes. Por isso chamava-se *interpretação* o ato de tornar manifesto par cada uma delas o que a outra diz. A expressão generalizou-se e passou a significar o ato de manifestar o sentido de alguma

coisa. Fala-se em interpretação do contrato, do testamento, da lei e assim por diante” (grifo do autor).

Constata-se, sem muita dificuldade, que interpretar é a manifestação do sentido de alguma coisa, não a “criação” de alguma coisa, como tem acontecido com muita frequência com o ativismo judicial. E para tornar isto bem mais explícito, continua-se com o ensinamento de Hélio Tornaghi, na mesma página “Interpretar a lei é tornar-lhe claro o sentido.

Toda interpretação é meramente declaratória, isto é, esclarecedora. O intérprete nada acrescenta à lei e dela nada retira: apenas a elucida e explica (...). Por isso, não se deve supor que na *interpretação extensiva* alguma ideia nova se acrescenta à lei; ou que na *interpretação restritiva* algo se lhe retire. O que realmente se passa é que a lei se exprimi por palavras: algumas vezes nela se encontram sinédoques, isto é, o emprego do todo em vez da parte, o plural pelo singular, o gênero em lugar da espécie, ou vice-versa” (grifo do autor).

Caminhando com o jurista Hélio Tornaghi, porque sua jornada é fascinante, muito se há de aprender, agora, sobre a aplicação analógica (Tornaghi, 1991, p.26):

(...) Por mais previdente que seja o legislador, a lei poderá ter lacunas: é possível que não haja regulado algo que devia regular. A aplicação dela exige, então, o preenchimento da lacuna porque a lei pode ser lacunosa, mas o Direito não. Uma das maneiras de preencher as falhas da lei é a analogia. Se a *razão* de disciplinar uma situação jurídica prevista é a mesma que existiria para ordenar a não prevista, então é legítimo aplicar (analogicamente) à segunda o que é dito da primeira. A própria origem da palavra analogia (*aná*=segundo + *lógos*=razão) mostra sua função: onde existe a mesma razão aí deve aplicar-se o mesmo preceito (*ubi eadem ratio ibi idem jus*) (grifo do autor).

Finamente, os princípios gerais do Direito, que segundo o mesmo doutrinador (Tornaghi, 1991, p.26 e 27), deve ser entendido de duas maneiras: 1ª) “para designar os dogmas que se inferem do estudo de determinada legislação” (..); 2ª) “para indicar os princípios do Direito natural (para quem o admite)”. E seu ensinamento sobre este tema, princípios gerais do direito, é arrematado da seguinte forma (Tornaghi, 1991, p.27): “Na realidade os dois entendimentos terminam coincidindo, pois os princípios de Direito natural que se chocassem com a ordem estabelecida pelo Direito positivo não poderiam ter aplicação sem transformá-lo”.

Assim, a teoria dos princípios gerais do direito é baseada em uma compreensão dos dois entendimentos de direito: direito natural e direito positivo. De acordo com essa visão, os princípios de direito natural e os princípios estabelecidos pelo direito positivo

tendem a coincidir, pois aqueles princípios de direito natural que entrariam em conflito com a ordem estabelecida pelo direito positivo não poderiam ser aplicados sem transformá-lo.

Isso significa que, em teoria, o direito positivo deve ser harmonizado com os princípios do direito natural, de forma a garantir que a ordem jurídica seja justa e equitativa. No entanto, em alguns casos, o direito positivo pode ser inconsistente com os princípios do direito natural, o que requer uma revisão ou reformulação das leis existentes.

Além disso, é importante perceber os princípios de direito natural como uma referência para avaliar a validade das normas jurídicas positivas. Dessa forma, os princípios do direito natural fornecem uma base ética e moral para o direito, ajudando a garantir que as leis sejam justas e compatíveis com a consciência moral da sociedade. Enfim, destaca-se a importância da harmonia entre os princípios do direito natural e o direito positivo, e a necessidade de que o direito positivo seja compatível com os princípios do direito natural para garantir a justiça e a equidade na ordem jurídica.

5.3 O SISTEMA PENAL E AS DOENÇAS MENTAIS

O sistema de execução penal pode lidar com pessoas com doenças mentais e alta periculosidade através de diversas medidas de proteção e tratamento, incluindo a internação em unidades psiquiátricas especializadas, o acompanhamento médico regular e o tratamento psicológico. No entanto, a aplicação dessas medidas deve ser feita de forma equilibrada, respeitando os direitos humanos e a dignidade da pessoa. A Lei nº 10.216/2001 estabeleceu regras para o tratamento de pessoas com transtornos mentais em instituições de saúde, incluindo a obrigação de garantir um tratamento adequado e humanitário, sempre baseado em evidências científicas e princípios éticos.

Sabe-se que a psicologia forense é o ramo da Medicina Legal que estuda os problemas da psicologia normal ou patológica, sendo esta chamada de psicopatologia forense. É através da Medicina Legal que os profissionais do direito terão o norte para saber o que é doença mental, desenvolvimento mental incompleto ou retardado e transtorno mental. Também é através dela, com laudos fundamentados, é que o Juiz decidirá sobre a capacidade penal do agente, seja ela total ou parcial.

Os laudos médico legais também poderão conter a afirmação de que o agente é tão somente portador de transtorno mental, o que faz dele um ser capaz de responder por

seus atos criminosos. Se o agente for plenamente capaz, ele receberá pena, conforme o mínimo e o máximo pelo delito por ele praticado.

Se o agente for relativamente incapaz, receberá pena, que será reduzida na proporção em que fixada pelo parágrafo único do artigo 26 do Código Penal: “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 (Redação dada pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984). Se o agente for inimputável por completo, receberá medida de segurança, que, dependendo do caso poderá ser detentiva ou ambulatorial.

A medida de segurança é aplicada ao agente que não possuía, ao tempo da ação ou omissão típica e antijurídica, capacidade mental de entender a ilicitude de sua ação, ou de autodeterminar-se de acordo com o caráter ilícito do fato. Para aplicação da Medida de Segurança o Magistrado deve estar convicto da periculosidade do agente devido, diretamente relacionada à sua doença mental, permitindo deliberar sobre sua internação em instituição psiquiátrica para tratamento de sua patologia. Sempre bom lembrar o disposto no artigo 182 do Código de Processo Penal, para as perícias e laudos em geral: “O juiz não ficará adstrito ao laudo, podendo aceitá-lo ou rejeitá-lo, no todo ou em parte”

É o denominado sistema liberatório. Por óbvio que, para refutar qualquer laudo, o juiz, além de ter de fundamentar, à exaustão, a sua decisão, seja no todo seja em parte, militará em favor dele a presunção de vasto conhecimento médico legal e de patologias mentais, sob pena de ser uma decisão facilmente desfeita. Ainda seguindo Hélio Tornaghi (1991, p.255), aprende-se:

Na lei brasileira a causa biológica é indispensável: é preciso que a incapacidade decorra de doença mental, ou de desenvolvimento mental retardado ou incompleto (de perturbação da saúde mental, diz também o parágrafo único do art. 26 do CP). Mas não basta que ocorra a causa, porque pode acontecer que o doente mental tenha podido compreender inteiramente o caráter ilícito do fato e dirigir a própria vontade na conformidade do que entendeu.

Mais uma vez fica claro: não se fala, em momento algum, em transtorno mental, o que reforça a unidade das legislações já citadas, a partir da Constituição Federal, fazendo um todo harmônico com a Lei 10.216/2001, que trata da periculosidade de pessoas com transtorno mental que desafia medida de segurança. O grande desafio

aberto com a Lei 10.216/2001, não é de interpretação legislativa, mas de operacionalidade,

E além da operacionalidade física, estatal, há que se registrar a operacionalidade humana. Retorna-se a Van Gogh: se o diretor do “hospício” em que ele se encontrava confinado não tivesse tido a sensibilidade que teve, o mundo teria sido privado de um grande artista e de grandes obras.

Como pequeno exemplo disso, reprisar-se-á o artigo quinto desta Lei:

Art. 5º O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário.

A operacionalidade do que foi disposto na Lei 10.216/2001 é o grande pondo de dificuldade da aplicação dela em sua plenitude. O estado de Roraima não possui estabelecimentos físicos capazes de abrigar o público destinatário. Ao depois, o Estado de Roraima não possui, ainda, profissionais capacitados e multidisciplinares, que são muitos pela exigência desta Lei específica, para oferecer o tratamento adequado.

A Constituição Federal, por óbvio, não foi alterada com o surgimento de uma lei que lhe é inferior. O artigo 26 e seus incisos do Código Penal e 149 e seguintes do Código de Processo Penal não foram revogados ou sequer derogados pela Lei posterior e sua especificidade. O máximo que poderá ser alcançado pelo aplicador da Lei é o artigo 3º da Lei adjetiva penal. Não é permitido, à vista de tudo que foi estudado, aplicação ou imposição de ativismo judicial a qualquer título ou por qualquer razão. O transtorno mental é muito mais difícil de ser diagnosticado do que a doença mental ou o desenvolvimento mental incompleto ou retardado.

A mente humana é insondável até para o detentor dela, seja criminoso, suicida ou hígida. O mecanismo de que se vale o ser humano para suportar os revezes da vida, quando já não nasce doente, são de matizes tão diversos, que não se tem como catalogá-los por inteiro.

No estágio atual da medicina, até a detecção de doenças mentais, de desenvolvimento mental incompleto ou retardado ou de transtornos mentais, é difícil, complexo e não raro, falho. A medicina não dispõe de um diagnóstico preciso, que dirá de um prognóstico, o que atalharia muitas sendas e empreitadas criminosas.

Aqui, abrimos um parêntese para pontuar, de forma sintética, o que já foi mencionado em algum momento anterior a esse (no texto) que para alcançar o objetivo geral nesse intento, precisar-se-á de:

1. Análise das leis atuais: é importante entender as leis atuais que regem a medida de segurança detentiva, incluindo o Código Civil e a Lei nº 10.216/2001, bem como suas implicações e limitações.
2. Revisão de casos anteriores: é importante estudar casos anteriores relacionados a esse tema para entender como as medidas de segurança detentivas foram aplicadas e quais foram os resultados.
3. Consulta a especialistas: é importante consultar especialistas no campo da saúde mental, direito e segurança pública para obter uma visão ampla e abrangente sobre o tema.
4. Elaboração de uma proposta: com base nas informações coletadas, é importante elaborar uma proposta que combine os mecanismos de direito civil (como a interdição) com os mecanismos de internação psiquiátrica compulsória para oferecer uma solução processual mais eficaz e justa.
5. Divulgação e diálogo: por fim, é importante divulgar a proposta e buscar o diálogo com os envolvidos, incluindo as autoridades competentes, profissionais da saúde mental e familiares das pessoas afetadas.

Deve-se lembrar, ainda, que a implementação de uma proposta desse tipo pode ser um processo complexo e demorado, mas é importante persistir e continuar lutando pelos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e pela proteção da dignidade humana de todos os envolvidos.

Finaliza-se com Florbela Espanca, reproduzida a primeira estrofe de seu poema “Tortura”:

Tirar dentro do peito a emoção,
A lúcida Verdade, o Sentimento!
- E ser, depois de vir do coração,
Um punhado de cinza esparso ao vento1...

A primeira estrofe do poema "Tortura" de Florbela Espanca destaca a importância da emoção, da verdade e do sentimento como parte integrante da nossa identidade e da nossa humanidade. É por meio desses aspectos que são expressas as

emoções e sentimentos humanos, e é por meio deles que se consegue conectar com os outros e construir relacionamentos significativos.

No entanto, a ideia de "tirar" esses aspectos de cada um é descrita como uma tortura, uma forma de violência contra a própria identidade e humanidade. É como se cada um fosse privado daquilo que o torna único e humano, reduzido a um "punhado de cinza esparso ao vento". Esse poema reflete a importância da preservação da dignidade humana e da proteção dos direitos humanos. É fundamental que as pessoas portadoras de transtornos mentais sejam tratadas com respeito e dignidade, e que seus direitos sejam protegidos. Não podemos permitir que eles sejam privados daquilo que os torna únicos e humanos, como descrito no poema.

A implementação da proposta que mencionamos anteriormente é, portanto, uma forma de proteger a dignidade humana dessas pessoas e garantir que seus direitos sejam respeitados. É uma luta constante, mas é importante persistir na busca pela justiça e pela igualdade. Finalizando, por mais atento que se esteja dos sinais de transtornos mentais, que são de difícil diagnóstico, só resta o consolo dos poetas:

Atentou contra a existência
 Num humilde barracão
 Joana de tal, por causa de um tal João
 Depois de medicada
 Retirou-se pro seu lar
 Aí a notícia carece de exatidão
 O lar não mais existe
 Ninguém volta ao que acabou
 Joana é mais uma mulata triste que errou
 Errou na dose
 Errou no amor
 Joana errou de João
 Ninguém notou
 Ninguém morou na dor que era o seu mal
 a dor da gente não sai no jornal".
 (Chico Buarque de Hollanda)

A poesia retrata a triste realidade de muitas pessoas que sofrem de transtornos mentais e que muitas vezes são abandonadas pelo sistema de saúde e pela sociedade. A falta de atenção e de tratamento adequado para essas pessoas pode levar a uma piora da condição e até mesmo a um final trágico, como o descrito na poesia.

É importante lembrar que a saúde mental é tão importante quanto a saúde física e que é necessário investir em políticas públicas eficazes para prevenir e tratar os transtornos mentais. Além disso, é salutar que a sociedade se conscientize da

importância da prevenção e do tratamento desses transtornos e se mobilize para exigir políticas mais eficazes e acessíveis.

O tratamento dos transtornos mentais deve ser baseado em uma abordagem interdisciplinar, incluindo a participação de médicos, psicólogos e outros profissionais da saúde, e deve ser adaptado às necessidades individuais de cada paciente. Além disso, é importante garantir acesso a tratamentos eficazes, incluindo medicamentos e terapias, e apoio aos familiares e aos cuidadores.

Apoiar e tratar as pessoas com transtornos mentais é uma questão de direitos humanos e de responsabilidade social. Não se pode deixar que mais pessoas sigam o caminho de Joana, descrito na poesia. Ação, sempre, para mudar essa realidade.

Por mais divulgação que se tenha da “dor” daqueles que padecem de distúrbios mentais, doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, ela será apenas “mais” uma notícia: “quem, como, quando, onde e porque”. É o que é ensinado nas Faculdades de Comunicação já no primeiro semestre. Fora disso... Essa dor e principalmente, das vítimas, dos familiares das vítimas, dos agentes, e dos familiares do agente, é matéria prima para o Direito, *latu sensu*.

5.4 MOVIMENTO DA LUTA ANTIMANICOMIAL

O Movimento da Luta Antimanicomial se caracteriza pela luta pelos direitos das pessoas com sofrimento mental. Dentro desta luta está o combate à ideia de que se deve isolar a pessoa com sofrimento mental em nome de pretensos tratamentos, ideia baseada apenas nos preconceitos que cercam a doença mental. O Movimento da Luta antimanicomial faz lembrar que como todo cidadão estas pessoas têm o direito fundamental à liberdade, o direito a viver em sociedade, além do direito a receber cuidado e tratamento sem que para isto tenham que abrir mão de seu lugar de cidadãos” (Associação De Volta pra Casa - Blog da Saúde/Ministério da Saúde).

Não se trata de preconceitos, mas de pós conceitos. A literatura jurídica e médico legal está cheia de exemplo vivos do sofrimento de familiares e cuidadores, profissionais ou não, que não conseguem contornar situações de grave e real risco às próprias integridades físicas e de terceiros.

Escreveu Joana Domingos Vargas, *In FAMILIARES OU DESCONHECIDOS?*
A relação entre os protagonistas do estupro no fluxo do Sistema de Justiça Criminal:

(...) os agressores conhecidos são identificados principalmente como pais de meia idade, que agem repetidamente em casa quando a mãe não está presente. A queixa que envolve familiares também adquire uma caracterização que lhe é própria: "muitas vezes a mãe tenta retirar a queixa, por medo, por não querer que o marido perca o emprego, então diz que mentiu [...] são casos e mais casos em que é a palavra da criança contra a família inteira".¹¹ Irei sustentar que, ainda que o grau de relacionamento entre as partes seja fundamental para definir as estratégias dos operadores do Sistema de Justiça Criminal, já que se pode constituir em circunstância agravante do estupro, tal relação, por sua vez, acaba dificultando as decisões, na medida em que congrega conflitos pessoais, de conteúdo emocional.

Estes criminosos estarão no seio familiar, em função da política antimanicomial e, com certeza, farão estragos irreversíveis em toda a comunidade doméstica, podendo se espriar para terceiros próximos, como vizinhos ou parentes mais distantes, por falta de policiamento e contenção adequados. Com os crimes contra a vida, tentados ou consumados, acontece a mesma coisa. Mariana Zylberkan (2013), já documentava:

Para uma modalidade de homicídio considerada rara, que ocupa, segundo especialistas, fatia de 1% a 4% de todos os assassinatos cometidos, a matança em família tem se mostrado um crime bastante recorrente no Brasil. Só neste ano, o país registrou, pelo menos, trinta casos parecidos ao dos Pesseghini, investigado pela polícia sob a tese de que o menino Marcelo, de 13 anos, matou os pais, a avó e a tia-a-avó e se suicidou no dia seguinte, em 5 de agosto. Boa parte desses casos aconteceu nas semanas subsequentes à tragédia na casa no bairro de Brasilândia, em São Paulo.

E a mesma doutrinadora continua:

Pelos olhos da psiquiatria, todo assassinato cometido entre membros de uma mesma família é determinado pela presença de um quadro de psicopatologia em quem mata. Os psiquiatras são reticentes em elencar as doenças mentais mais comuns nesses casos, para evitar o preconceito contra os doentes, mas as de espectro psicótico, em que a percepção da realidade é distorcida, estão no topo da lista das mais recorrentes, além de alcoolismo e vício em drogas (Zylberkan, 2013).

Na mesma toada, continua a escritora: “É mais provável matar uma pessoa do seu convívio próprio do que um total desconhecido” (Zylberkan, 2013). A banalização da violência e a sensação de impunidade contribui para a maior incidência de crimes em geral. No caso dos homicídios em família, é o que faz uma discussão se transformar em uma tragédia. E arremata:

Aliado a todos esses fatores – histórico de maus tratos na infância, componente genético e doenças mentais – há mais um determinado pela criminologia. O estudo do crime acredita que as chances de alguém matar outra pessoa aumentam consideravelmente de acordo com o tempo em que elas passam

juntas cotidianamente. Isso explicaria os crimes cometidos entre casais e parentes que moram na mesma casa (Zylberkan, 2013).

Mais uma vez a lógica está sendo desafiada. A gênese da política antimanicomial remonta ao Projeto de Lei, transformado na Lei Ordinária 10216/2001, de autoria do então Deputado mineiro Paulo Delgado, e data de 12/09/1989.

Sua ementa “dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória. Nova Ementa do Substitutivo do Senado: dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Em resumo, estabelecido ficou que “a internação psiquiátrica só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes”.

Há de se perguntar: quem irá determinar essa hipossuficiência dos recursos extra hospitalares? O Magistrado? Uma junta de psiquiatras? Uma comissão multidisciplinar? A vida é dinâmica. A doença mental e os transtornos mentais bem mais dinâmicos o são. Como equacionar todas estas questões? A respostas a estas questões vai fazer efervescer, ainda mais o ativismo judicial, que já se estendeu além das fronteiras do direito positivo e se tornou bastante perigoso. Tudo chega a dar “arrepios”. Um voo rasante sobre um problema constante.

A maconha está presente em 30% dos casos de esquizofrenia em homens jovens que estão ligados ao uso contínuo da cannabis, segundo uma pesquisa realizada pelo Instituto Nacional de Abuso de Drogas dos Estados Unidos envolveu análise de cerca de sete milhões de pessoas (O Globo, 2023).

O estudioso do assunto, José Elias Murad, mineiro da gema, com vários livros publicados, é natural de Ribeirão Vermelho/MG. Gradou-se em Farmácia pela Universidade Federal de Minas Gerais e depois em Medicina, sendo pós-graduado, com Especialização em Psicotrópicos, pela Faculdade de Medicina de Paris, França, e Especialização em Bioquímica Cerebral, pela Faculdade de Medicina do Texas, também Professor e Diretor da Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais e Diretor do Colégio Estadual Central sempre teve como tema prioritário a defesa da saúde pública e, em particular, uso abusivo de drogas.

Sempre se posicionou favorável ao uso racional de medicamentos, como presidente da – Associação Brasileira Comunitária para a Prevenção do Abuso de Drogas, por ele fundado, assim se posiciona:

“AON, um jovem de 19 anos, procurou-nos no Centro de Orientação Sobre Drogas José Elias Murad (COSDJEM) encaminhado pela mãe. Perguntei-lhe que droga estava usando, ele respondeu:

– “**Boi**”.

– “**Boi**”?, o que é isso?–Perguntei.

– Uai, professor, o senhor não sabe o que é o “**Boi**”?

É o xarope.

– Xarope? E por que você chama o xarope de “**Boi**”?

– Porque você toma e fica... “pastando”...⁵

É chocante. A esquizofrenia e os denominados transtornos esquizofrênicos constituem um grupo de distúrbios mentais graves, sem sintomas patognomônicos, mas caracterizados por distorções do pensamento e da percepção, por inadequação e embotamento do afeto sem prejuízo da capacidade intelectual (embora ao longo do tempo possam aparecer prejuízos cognitivos).

Seu curso é variável, aproximadamente 30% dos casos apresentam recuperação completa ou quase completa, cerca de 30% com remissão incompleta e prejuízo parcial de funcionamento e cerca de 30% com deterioração importante e persistente da capacidade de funcionamento profissional, social e afetivo.

E o que é mais aflitivo: **O tratamento da esquizofrenia não tem tempo determinado**. O período de reavaliação é de 6 meses, ocasião em que o médico avaliará a efetividade e a segurança do tratamento. **A duração indeterminada segue apoiada por um estudo de meta-análise avaliando o efeito da suspensão do uso da clorpromazina em pacientes esquizofrênicos estáveis**. Estudos prévios mostravam que 25% dos pacientes com apenas um quadro psicótico não têm mais episódio depois de tratada a crise. (Sem o negrito no original).

Isso exigirá do Magistrado um ativismo judicial que vai causar muitos arrepios. Um esquizofrênico, principalmente se a doença foi induzida pelo uso de maconha, em surto, será sempre um perigo, para si e para terceiros. O socorro chegaria a tempo de evitar-se uma tragédia? E como fazer o diagnóstico se o médico legal estiver dispensado de agir, nos termos da resolução?

⁵ Texto: José Elias Murad, Drogas: o que é preciso saber, editora Lê, 1997. Imagem: homem ganha prêmio por viver pastando como um bode.

Outra fonte revela: segundo estudo da Universidade de Copenhague, quem faz uso de **maconha** tem 5,2 vezes mais risco de desenvolver a esquizofrenia. Por outro lado, o álcool tem índice menor, de 3,4 vezes. Existe ainda o termo “condutopata”, criado pelo renomado psiquiatra Guido Palomba, para definir transtornos mentais, e não doenças mentais e que foi bem analisado por Dhara Pires Pereira Brandão, Ghiany Paula Loss, Saara Shandy Duarte Machado Ferraresi e pela Prof.^a Layara Mota Gerhardt, que foi assim analisado In “Condutopatas encarcerados: análise dos perfis que matam com requintes de crueldade”.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O que foi discutido nesse trabalho perpassa as implicações da Resolução n. 487 de 15 de fevereiro de 2023 do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), que estabelece a Política Antimanicomial do Poder Judiciário. E aqui, demonstra-se uma preocupação com as consequências dessa resolução, especialmente no que diz respeito ao tratamento de pessoas com transtorno mental ou deficiência psicossocial envolvidas em processos criminais.

A resolução propõe uma série de diretrizes para garantir os direitos dessa população, incluindo a criação de redes de atenção psicossocial e equipes multidisciplinares de acompanhamento. Enfatiza-se que a implementação dessas medidas exigirá a participação de profissionais especializados, como médicos, psicólogos e assistentes sociais, para garantir o tratamento adequado.

Questiona-se, também, a inclusão de grupos específicos, como a população negra, LGBTQIA+, mulheres, mães, pais, pessoas idosas, migrantes, entre outros, no contexto da resolução. **A proposta é** refletir acerca do porquê dessas categorias serem destacadas e se isso representa uma mudança nas normas tradicionais do Direito Processual Penal, que geralmente se concentra na saúde mental.

Argumenta-se, ainda, que a resolução proíbe métodos de contenção física, mecânica ou farmacológica desproporcionais ou prolongados, o isolamento compulsório e a eletroconvulsoterapia, seguindo os protocolos médicos. No entanto, ele levanta questões sobre a aplicabilidade dessas restrições em casos em que o tratamento prolongado pode ser necessário, como em outras doenças não mentais.

Além disso, critica-se a proibição da internação em instituições de caráter asilar, argumentando que pessoas com doença mental ou transtorno mental também podem precisar desse tipo de tratamento especializado, assim como pacientes com outras condições médicas são encaminhados para hospitais especializados.

É válido mencionar a importância da laicidade e liberdade religiosa, destacando que qualquer restrição a esses direitos é inaceitável. Assim como, ressaltar que a resolução visa manter os pacientes em seus ambientes sociais, mas alerta para os riscos de autoagressão e heteroagressão, especialmente quando se trata de transtornos mentais.

Por fim, busca-se trazer uma reflexão hipotética sobre a responsabilidade civil e penal dos familiares de indivíduos com transtorno mental que cometem crimes, quando não têm condições de pagar por cuidadores especializados, bem como questionar quem será responsabilizado nesses casos e destaca a complexidade das questões que envolvem essa política antimanicomial.

Enfim, são manifestas preocupações sobre a implementação da política antimanicomial proposta pela Resolução n. 487 do CNJ, destacando questões relacionadas à necessidade de profissionais especializados, o tratamento de pessoas com transtorno mental, a inclusão de grupos específicos, a proibição de métodos de contenção, a internação em instituições asilares e a responsabilidade dos familiares.

Bem verdade que Michel Foucault e Cesare Beccaria alertaram e se insurgiram, obstinadamente, contra os suplícios e as condições carcerárias impostas aos condenados ou aos presos recolhidos em caráter provisório. Mas àquele tempo, eram torturas institucionalizadas e aceitas pela população em geral, que viam nas torturas um espetáculo mórbido.

No Brasil, de modo institucionalizado, isto não existe. Por óbvio que existem excessos na execução do asilamento, mas isto, por si só, não autoriza a colocação em liberdade de asilados doentes mentais de altíssima periculosidade, como um passe de mágica, como pretende a Lei Paulo Delgado e a perigosa resolução do CNJ. Os peritos psiquiatras, ancorados e ampliados pelos ensinamentos de Foucault, devem evitar a julgar.

Devem se limitar a três perguntas: o acusado apresenta alguma periculosidade? É acessível a sanção penal? É curável ou readaptável? Essas perguntas serão o norte para a administração da pena, sua necessidade, sua utilidade, e sua eficácia possível. Assim, poder-se-á afirmar o que será melhor para o autor com comportamento desviante: prisão ou asilamento e se o enclausuramento poderá ser breve ou longo, assistido por médicos e com a medida de segurança adequada.

Caberá ao psiquiatra tão somente afirmar sobre a periculosidade do agente e se é preferível reprimir ou tratar (ou os dois), quando o indivíduo for perigoso, objetivando proteger, tanto a ele mesmo, quanto a terceiros, principalmente familiares. Não se há de ter o juiz que pura e simplesmente castiga, mas observando a inserção dos sistemas não jurídicos. A punição social é complexa e exige análise dos métodos punitivos, não se divorciando o direito penal das ciências humanas como um todo, pois existem laços comuns que não podem ser negados.

Se a penalidade, para os penalmente responsáveis, não pode ser entendida exclusivamente como repressão aos delitos, a contenção em casas de tratamento e custódia muito menos poderá. É aí que reside um conflito aparente de interpretação, uma vez que a pena tem início e fim, e as doenças mentais não, como qualquer outra

doença terminal. Não se pode pretender que o simples e irresponsável “desasilamento” venha a servir de “cura” ou mesmo reinserção social, porque não pode.

A indulgência com os doentes mentais, agentes de atos criminosos pode (e muitas vezes vai) representar mutilação ou pena de morte para familiares e/ou demais membros da sociedade e até mesmo para o paciente. Não se trata de um poder a ser exercido por quem tem a caneta nas mãos, que não pode conceder privilégios. Sim, porque o “desasilamento” irresponsável sempre será um privilégio, mas de uma responsabilidade social e individual, prevalente.

Exercer este tipo de “poder”, repita-se, porque necessário é dizer: o ente Estatal não está dando conta de garantir dignidade, humanidade e tratamento adequado aos doentes mentais e/ou portadores de doenças mentais que se afiguram de alta periculosidade. É o tipo de atividade que exige conhecimento, para que possa produzir um saber útil, sustentado pelo poder/saber, em todas as suas formas e em todas as áreas do conhecimento humano.

O sentenciado, plena, relativa, ou totalmente capaz/incapaz de responder por seus atos é detentor de direitos humanos inalienáveis, e, um deles, afirma-se enfaticamente, é o asilamento e as casas de custódia e tratamento bem equipadas e bem aparelhadas. No momento, o que é necessário (e de urgência) é impedir que a política antimanicomial seja posta em prática, pois salta aos olhos que isto será um perigo real para o ofensor das normas penais e para a sociedade como um todo.

O poeta e escritor Kako Santos tem uma frase que vale, por inteiro, essas considerações finais: “Salvem os loucos porque dizem que os normais estão acabando com o mundo.”⁶

Se a Resolução do CNJ entrar em vigor, como se encontra, amalgamada pela Lei Paulo Delgado, o Brasil irá evanescer. Isto porque milita em favor de seus integrantes a presunção de higidez mental, a ciência e consciência de que são “normais”. Ocorrendo sua entrada em vigor, há de se acabar com todo o equilíbrio social que vigora até hoje.

Não se pode negar que existem profissionais ruins nos asilos e casas de custódia, que agem com maldade e maltratam os internos culposa ou dolosamente. A maldade perpassa o ser humano, ainda que não seja a regra, mas perpassa. Entretanto, a solução para isto não é, definitivamente, a extinção de hospitais e casas de tratamento e custódia

⁶ **Página** · Escritor(a) · Rising Creator kakosantosoficial@gmail.com kakopages.com.br

para portadores de doenças ou distúrbios mentais, que praticaram delitos graves. Não mesmo.

Poder-se-á indagar: então qual a solução: com um trocadilho bem-humorado, a resposta está no próprio Foucault: “Vigiar e Punir” estes maus profissionais, tanto na esfera civil, quando em sede criminal. Se nada disso vier a ocorrer, só resta ao país a esperança (essa teimosa esperança) de que tudo vai dar certo. E se não der? Se não der, em meio a toda angústia que se há de instalar, e para a hígidez mental dos não doentes, até que as autoridades resolvam sair da insensibilidade e da própria dormência, restará a cada um fingir demência.

REFERÊNCIAS

ACIOLI, Á. Marginal errante. In: Poemas. [Editora desconhecida]. Ano de publicação desconhecido.

ALCÂNTARA, José Carlos. O homem é um animal político. Disponível em Acesso em 01 de janeiro de 2018.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual de Diagnóstico e Estatística de Distúrbios Mentais DSM-V. São Paulo: Manole, 1994.

BANDDITOLATRIA E DEMOCÍDIO. Ensaio sobre Garantismo Penal e a Criminalidade no Brasil. 4. ed. rev. e ampl. Campinas, SP: Vide Editorial, 2023. ISBN 978-9507-158-2. Editor: Felipe Denardi. Participação de texto: Vítório Armelin. Prefácio de Percival Puggina.

BASAGLIA, Franco. A reforma psiquiátrica italiana. São Paulo: Editora Hucitec, 1988.

BASAGLIA, Franco (Coord). A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BECCARIA, Cesare. Dos delitos e das penas. São Paulo: EDIPRO, 2013, 127 p.

BECKER, Howard S: **Outsiders: estudos de sociologia do desvio**. Ed. Jorge. Zahar, Rio de Janeiro, 2008.

BRASIL. (2002). "Código Civil Brasileiro". Brasília, DF: Imprensa Nacional.

_____. Constituição Federal de 1988. Disponível em < www.planalto.gov.br > Acesso em 11 nov. 2022.

_____. Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001. Brasília: Diário Oficial da União.

Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Disponível em < www.planalto.gov.br > Acesso em 11 nov. 2022.

_____. Associação De Volta pra Casa Blog da Saúde/Ministério da Saúde. **FAMILIARES OU DESCONHECIDOS? A relação entre os protagonistas do estupro no fluxo do Sistema de Justiça Criminal** - Joana Domingues Vargas

_____. Lei Ordinária 10216/2001, de autoria do então Deputado mineiro Paulo Delgado, e data de 12/09/1989.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS Nº 364, DE 9 de abril de 2013. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas. Esquizofrenia.

BRANDÃO, Dhara Pires Pereira. LOSS, Ghiany Paula. SHANDY, Saara. MACHADO, Duarte. LAYARA, Ferraresi. GERHARDT, Mota. **Condutopatas encarcerados: análise dos perfis que matam com requintes de crueldade**.

BERGSON, H. A evolução criadora. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

CORTEZ, Pedro Afonso; SOUZA, Marcus Vinícius Rodrigues; OLIVEIRA, Luís Fernando Adas. Princípios de uma política alternativa aos manicômios judiciais. Saúde e Sociedade, v. 27, n. 4, 2018, pp. 1206-1217.

COUTURE, Eduardo. Os Mandamentos do Advogado, 3ª ed., Porto Alegre: Sergio Antonio Fabris Editor, 1987, p.10 e s.

CRISAFULLI, Vezio apud SILVA, José Afonso da. Curso de direito constitucional positivo. 22. ed. São Paulo: Malheiros, 2000. p. 421.

D'ANDREA, Gustavo; BRITO, Emanuele Seicenti; VENTURA. Direito à saúde mental e evolução da medida de segurança à luz da reforma psiquiátrica. Revista Eletrônica da Faculdade de Direito de Franca, v. 7, n. 1, 2013.

DELGADO, Pedro Gabriel Godinho; "Saúde Mental e Direitos Humanos: 10 Anos da Lei 10.216/2001. Arquivos Brasileiros de Psicologia, v. 63, n. 2, 2011.

DEMO, Pedro. **Pesquisa: princípio científico e educativo**. 12. Ed. São Paulo: Cortez. 2006, 128p

DRUON, Maurice. (1956). "O menino do dedo verde". Paris, França: Éditions Gallimard.

ESPANCA, Florbela, volume I – Trocando olhares, O livro d'ele, Livro das Mágoas, L&PM Editores, Porto Alegre, RS – 2007 – CDD 869.1 e CDU 869.1 – ISBN 978-85-254-1224-9.

FAGUNDES, Gabriel. Os brutais assassinatos de Chico Picadinho, que chocaram o país nas décadas de 60 e 70 –, publicado em 29/03/2020, as 09h00). Disponível em: <https://aventurasnahistoria.uol.com.br/noticias/reportagem/os-brutais-assassinatos-de-chico-picadinho-que-chocaram-o-pais-nas-decadas-de-60-e-70.phtml> Acesso em: 08 de fev. 2022.

FERRARI, Eduardo Reale. Medidas de Segurança e direito penal no estado democrático de direito. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2001.

FOUCAULT, M. Vigiar e Punir: história da violência nas prisões. Petrópolis: Editora Vozes, 1987.

GARY, Slapper. DAVID, Keli. Esta citação foi reproduzida por Sílvio Munhoz, comentando decisão do STF em Recurso Extraordinário do Mato Grosso do Sul contra decisão da anulação pelo STJ (Superior Tribunal de Justiça), no texto denominado "A contradição do relógio quebrado", publicado em 08 de setembro

GEERTZ, C. (1973). **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: LTC, 2000.

HARARI, Yuval Sapiens: Uma Breve História da Humanidade. Tradução de Janaína Marco Antonio, 36ª edição, L&PM 2018, p. 11.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

LOMBROSO, C. (1876). "L'uomo delinquente". Torino, Itália: Fratelli Bocca Editori.

MARCHEWKA, Tânia Maria Nava. As contradições das medidas de segurança no contexto do Direito Penal e da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Revista de Direito Upis, Brasília, v. 1, n. 1, p. 97-112, jan. 2003.

MARQUES, Marcelo. Preso é agredido após ser visto em ato obsceno com foto de mulher, em RR. G1 RR, de 20 mar, 2014. Disponível em: <http://g1.globo.com/rr/roraima/noticia/2014/03/preso-e-agredido-apos-ser-visto-em-ato-obsceno-com-foto-de-mulher-em-rr.html>.

MATTOS, Virgílio. Crime e psiquiatria – uma saída: preliminares para a desconstrução das medidas de segurança. Rio de Janeiro: Revan, 2006.

MENDES, Soraia da Rosa; DALUL FARIA, Gustavo. A (Dis)Funcionalidade Da Medida De Segurança no paradigma da Reforma Psiquiátrica. Revista Brasileira de Ciências Criminais, vol. 144, jun. 2018.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. pp. 185-221.

MURAD, José Elias. Drogas: o que é preciso saber, editora lê,1997. Imagem: homem ganha prêmio por viver pastando como um bode. Disponível em: <<https://pingodeouvido.com/cristiano-escritor-e-redator/>>. Acesso em 10 NOV 2023.

NIETZSCHE, Friedrich W. **A filosofia na idade trágica dos gregos**. Tradução: Maria Inês Madeira de Andrade. Lisboa: Edições 70, 1995.

O Globo. Maconha: 30% dos casos de esquizofrenia em homens jovens estão ligados ao uso contínuo da cannabis. Rio de Janeiro 05 de maio de 2023

PEREIRA, J. M. M. (2015). A Psiquiatria em Portugal. Protagonistas e história conceptual (1884-1924) [Tese de Doutoramento, Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra]. Repositório da Universidade de Coimbra.

PEREIRA, M. E. C. (2004). Pinel – a mania, o tratamento moral e os inícios da psiquiatria contemporânea. Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, 7(3), 113-116.

PENZO, G.; GIBELLINI, R. (Org.). Deus na filosofia do século XX. São Paulo: Loyola, 2002.

PRADO, Alessandra Rapacci Mascarenhas; SCHINDLER, Danilo Oitaven. A medida de segurança na contramão da Lei de Reforma Psiquiátrica: sobre a dificuldade de garantia do direito à liberdade a pacientes judiciários. Revista Direito GV, v. 13 n. 2, 2017.

PIRES, Joyce Finato; RESENDE, Laura Lemes. Um outro olhar sobre a loucura: a luta antimanicomial no Brasil e a Lei 10.216/2001. Cadernos da Escola de Direito, v. 2, n. 25, 2016.

ROSSI, Valéria Rondon. Medida de Segurança: a violação do direito à saúde a partir do conceito de periculosidade. Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário, v. 4, n. 3, 2015.

SANTANA, Ana Flávia Ferreira de Almeida; CHIANCA, Tânia Couto Machado; CARDOSO, Clareci Silva. Direito e saúde mental: percurso histórico com vistas à superação da exclusão. Psicologia em Revista PUC MINAS, v. 17, n. 1, 2011.

SCIMAGO INSTITUTIONS RANKINGS. Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença - Family and mental disease: the hard living with the differences - Familia y enfermedad mental: la difícil convivencia con la diferencia.

SHAKESPEARE, William, Macbeth, texto original, tradução: Jean Melville, Editora Martin Claret, São Paulo/SP, 3ª reimpressão, 2010.

SILVEIRA, Nise da. Imagens do Inconsciente. Rio de Janeiro: Alhambra, 1981.

SZASZ, Thomas S. “O mito da doença mental”. In: Ideologia e doença mental: ensaios sobre a desumanização psiquiátrica do homem. Thomas S. Szasz. Rio de Janeiro: Editora Zahar, 1977. p. 17-30.

TORNAGHI, Hélio (Curso de Processo Penal, volume 1, editora Saraiva, 8ª edição, de acordo com a CF/88 – São Paulo, 1991, CDU-343.1-343.1 (81), 91-1361).

Universidade Federal da Paraíba. Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes. Departamento de Psicologia. Programa de Pós-Graduação. Doutorado em Psicologia Social. UFPB/UFRN. Exclusão|inclusão social do doente mental|louco. Representações e práticas no contexto da Reforma Psiquiátrica Silvana Carneiro Maciel.

WEBER, M. (1904). **A objetividade do conhecimento na ciência social e na ciência política**. Em: Ensaio sobre as categorias sociológicas. Rio de Janeiro: Zahar, 1971.

WEBER, M. (1905). **Metodologia das ciências sociais**. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

YIN, Robert K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. Tradução Cristhian Matheus Herrera. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2015. 290p.

ZANARDO, Gabriela Lemos de Pinho; LEITE, Loiva dos Santos; CADONÁ, Eliane. Política de saúde mental no Brasil: reflexões a partir da lei 10.216 e da portaria 3.088. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, Edição Especial III Fórum de Direitos Humanos e Saúde Mental, v. 9, n. 24, 2017.

ZYLBERKAN, Mariana. Mortes em família: quando o assassino está dentro de casa. Veja, 2013. Disponível em: <<https://veja.abril.com.br/brasil/mortes-em-familia-quando-o-assassino-esta-dentro-de-casa>>. Acesso em: 21 de maio 2022.

ANEXO A- A RESOLUÇÃO N. 487, DE 15 DE FEVEREIRO DE 2023 do CNJ.

Esta resolução institui a “Política Antimanicomial do Poder Judiciário e estabelece procedimentos e diretrizes para implementar a Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência e a Lei n. 10.216/2001, no âmbito do processo penal e da execução das medidas de segurança”.

RESOLUÇÃO N. 487, DE 15 DE FEVEREIRO DE 2023.

Institui a Política Antimanicomial do Poder Judiciário e estabelece procedimentos e diretrizes para implementar a Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência e a Lei n. 10.216/2001, no âmbito do processo penal e da execução das medidas de segurança.

A PRESIDENTE DO CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA (CNJ), no uso de suas atribuições legais e regimentais, CONSIDERANDO os princípios da República Federativa do Brasil, fundada na dignidade da pessoa humana e, especialmente, os direitos fundamentais à saúde, ao devido processo legal e à individualização da pena (CF, arts. 1º, III; 5º, XLVI, LIV e 6º, caput);

CONSIDERANDO a Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência (2006), pela qual o Estado brasileiro comprometeu-se a promover o pleno exercício de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais das pessoas com deficiência, sem qualquer tipo de discriminação;

CONSIDERANDO a Convenção Contra a Tortura e Outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes (1984) e seu Protocolo Facultativo (2002) e a necessidade de combater a sua prática nas instituições de tratamento da saúde mental, públicas ou privadas, bem como a Resolução CNJ n. 414/2021, que estabelece diretrizes e quesitos periciais para a realização dos exames de corpo de delito nos casos em que haja indícios de prática de tortura e outros tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes, conforme os parâmetros do Protocolo de Istambul; Num. 5029601 - Pág. 1 Assinado eletronicamente por: ROSA MARIA PIRES WEBER - 24/02/2023 21:03:38

<https://www.cnj.jus.br:443/pjecnj/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2302>

242103387650000004565616 Número do documento:
2302242103387650000004565616

CONSIDERANDO o Ponto Resolutivo 8 da sentença da Corte Interamericana de Direito Humanos proferida no Caso Ximenes Lopes vs. Brasil, que determinou ao Estado brasileiro continuar a desenvolver um programa de formação e capacitação para o pessoal médico, de psiquiatria e psicologia, de enfermagem e auxiliares de enfermagem e para todas as pessoas vinculadas ao atendimento de saúde mental, em especial sobre os princípios que devem reger o trato das pessoas portadoras de deficiência mental, conforme os padrões internacionais sobre a matéria;

CONSIDERANDO que a Unidade de Monitoramento e Fiscalização das Decisões da Corte Interamericana de Direitos Humanos (UMF Corte IDH/CNJ), instituída no âmbito do Conselho Nacional de Justiça por meio da Resolução CNJ n. 364/2021, acompanha o cumprimento das determinações da Corte Interamericana de Direitos Humanos em relação ao Estado brasileiro;

CONSIDERANDO a Lei n. 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental;

CONSIDERANDO a Lei n. 13.146/2015 - Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência), que assegura e promove, em condições de igualdade, o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais por pessoa com deficiência, visando à sua inclusão social e cidadania;

CONSIDERANDO a Resolução n. 32/18, adotada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em julho de 2016, que reafirma as obrigações dos Estados Membros em promover e proteger todos os direitos humanos e liberdades fundamentais e garantir que políticas e serviços relacionados à saúde mental cumpram as normas internacionais de direitos humanos;

CONSIDERANDO o Relatório do Alto Comissariado para os Direitos Humanos das Nações Unidas, apresentado na 34ª Sessão da Assembleia Geral da ONU Num.

5029601 - Pág. 2 Assinado eletronicamente por: ROSA MARIA PIRES WEBER -

24/02/2023

21:03:38

<https://www.cnj.jus.br:443/pjecnj/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?>

x=23022421033876500000004565616 Número do documento:

23022421033876500000004565616 em janeiro de 2017, que expõe um conjunto de recomendações voltadas à qualificação dos serviços de saúde mental, a acabar com a prática do tratamento involuntário e da institucionalização e para criação de um ambiente político e legal que assegure a garantia dos direitos humanos das pessoas com deficiências psicossociais;

CONSIDERANDO a Resolução n. 8/2019 do Conselho Nacional dos Direitos Humanos (CNDH), destinada à orientação das políticas de saúde mental e uso problemático de álcool e outras drogas em todo o território nacional, e as Resoluções n. 04/2010 e 05/2004 do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCP), para a aplicação da Lei n. 10.216/2001 à execução das medidas de segurança;

CONSIDERANDO a Resolução CNJ n. 113/2010 e a Recomendação CNJ n. 35/2011, publicadas com o objetivo de adequar a atuação da justiça penal aos dispositivos da Lei n. 10.216/2001, privilegiando-se a manutenção da pessoa em sofrimento mental em meio aberto e o diálogo permanente com a rede de atenção psicossocial;

CONSIDERANDO o art. 9º, § 3º, da Resolução CNJ n. 213/2015, que dispõe sobre a realização de audiência de custódia, disciplinando sobre a garantia de acesso aos serviços médico e psicossocial, resguardada sua natureza voluntária, para pessoas que apresentem quadro de transtorno mental ou dependência química;

CONSIDERANDO a Resolução CNJ n. 288/2019, que define a política institucional do Poder Judiciário para a promoção da aplicação de alternativas penais, com enfoque restaurativo, em substituição à privação de liberdade, bem como a Resolução n. 2002/2012 do Conselho Econômico e Social da ONU, destinada à orientação dos princípios básicos para a utilização de programas de justiça restaurativa em matéria criminal, além da Resolução CNJ n. 225/2016, que dispõe sobre a Política Nacional de Justiça Restaurativa no âmbito do Poder Judiciário; Num. 5029601 - Pág. 3 Assinado eletronicamente por: ROSA MARIA PIRES WEBER - 24/02/2023 21:03:38

[https://www.cnj.jus.br:443/pjecnj/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?](https://www.cnj.jus.br:443/pjecnj/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23022421033876500000004565616)

x=23022421033876500000004565616 Número do documento:
23022421033876500000004565616

CONSIDERANDO a Resolução CNJ n. 425/2021, que institui, no âmbito do Poder Judiciário, a Política Nacional Judicial de Atenção a Pessoas em Situação de Rua e suas interseccionalidades;

CONSIDERANDO a atenção às minorias com vulnerabilidades acrescidas e suas interseccionalidades, bem como os atos normativos do CNJ sobre a temática em relação à privação de liberdade, como a Resolução CNJ n. 287/2019 (indígenas); Resolução CNJ n. 348/2020 (LGBTI); Resolução CNJ n. 405/2021 (migrantes); Resolução CNJ n. 369/2021 (gestantes, mães, pais e responsáveis por crianças e pessoas com deficiência);

CONSIDERANDO a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), instituída por meio da Portaria Interministerial n. 1/2014, dos Ministérios da Saúde e da Justiça, bem como a Portaria n. 94/2014, do Ministério da Saúde, que institui o serviço de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

CONSIDERANDO as Regras Mínimas das Nações Unidas para a Administração da Justiça da Infância e da Juventude (Regras de Pequim);

CONSIDERANDO o art. 112, § 3º do Estatuto da Criança e Adolescente (ECA), instituído pela Lei n. 8.069/1990, que dispõe que adolescente com sofrimento mental ou transtorno psíquico deverão receber tratamento individual e especializado, em local adequado às suas condições;

CONSIDERANDO o art. 64, em especial, § 7º da Lei n. 12.594/2012, que institui o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (Sinase), que dispõe que o tratamento a que se submeterá o adolescente com sofrimento mental ou transtorno

psíquico deverá observar o previsto na Lei n. 10.216/2001; Num. 5029601 - Pág. 4Assinado eletronicamente por: ROSA MARIA PIRES WEBER - 24/02/2023 21:03:38
[https://www.cnj.jus.br:443/pjecnj/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?](https://www.cnj.jus.br:443/pjecnj/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23022421033876500000004565616)
x=23022421033876500000004565616 Número do documento:
23022421033876500000004565616

CONSIDERANDO, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei (PNAISARI) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentada pelas Portarias Consolidadas/MS n. 2/2017 (Anexo XVII) e n. 6/2017 (Seção V, Capítulo II);

CONSIDERANDO a deliberação do Plenário do CNJ, no Procedimento de Ato Normativo n. 0007026-10.2022.2.00.0000, 1ª Sessão Virtual, realizada em 10 de fevereiro de 2023;

RESOLVE:

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1º Instituir a Política Antimanicomial do Poder Judiciário, por meio de procedimentos para o tratamento das pessoas com transtorno mental ou qualquer forma de deficiência psicossocial que estejam custodiadas, sejam investigadas, acusadas, rés ou privadas de liberdade, em cumprimento de pena ou de medida de segurança, em prisão domiciliar, em cumprimento de alternativas penais, monitoração eletrônica ou outras medidas em meio aberto, e conferir diretrizes para assegurar os direitos dessa população.

Art. 2º Para fins desta Resolução, considera-se:

I – pessoa com transtorno mental ou com qualquer forma de deficiência psicossocial: aquela com algum comprometimento, impedimento ou dificuldade psíquica, intelectual ou mental que, confrontada por barreiras atitudinais ou institucionais, tenha inviabilizada a plena manutenção da organização da vida ou lhe cause sofrimento psíquico e que apresente necessidade de cuidado em saúde mental em qualquer fase do ciclo penal, independentemente de exame médico-legal ou medida de segurança em curso;

II – Rede de Atenção Psicossocial (Raps): rede composta por serviços e equipamentos variados de atenção à saúde mental, tais como os Centros de Atenção Psicossocial (Caps), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os Centros de Num. 5029601 - Pág. 5. Assinado eletronicamente por: ROSA MARIA PIRES WEBER - 24/02/2023 21:03:38

[https://www.cnj.jus.br:443/pjecnj/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?](https://www.cnj.jus.br:443/pjecnj/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23022421033876500000004565616)

x=23022421033876500000004565616 Número do documento: 23022421033876500000004565616 Convivência e Cultura, as Unidades de Acolhimento (UAs) e os leitos de atenção integral (em Hospitais Gerais, nos Caps III), presentes na Atenção Básica de Saúde, na Atenção Psicossocial Estratégica, nas urgências, na Atenção Hospitalar Geral, na estratégia de desinstitucionalização, como as Residências Terapêuticas, o Programa de Volta para Casa (PVC) e estratégias de reabilitação psicossocial;

III – Equipe de Avaliação e Acompanhamento das Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP): equipe multidisciplinar que acompanha o tratamento durante todas as fases do procedimento criminal com o objetivo de apoiar ações e serviços para atenção à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei na Rede de Atenção à Saúde (RAS) e para viabilizar o acesso à Rede de Atenção Psicossocial (Raps);

IV – equipe conectora: equipe vinculada ao Sistema Único de Saúde (SUS) que exerça função análoga à da EAP;

V – equipe multidisciplinar qualificada: equipe técnica multidisciplinar que tenha experiência e incursão nos serviços com interface entre o Poder Judiciário, a saúde e a proteção social; do Serviço de Atendimento à Pessoa Custodiada (Apec); do Serviço de Acompanhamento de Alternativas Penais; da EAP ou outra equipe conectora;

VI – Projetos Terapêuticos Singulares (PTS): conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas para um indivíduo, uma família ou comunidade, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar e centrado na singularidade da pessoa em tratamento, de modo a contribuir para a estratégia compartilhada de gestão e de cuidado, possibilitando a definição de objetivos comuns entre equipe e sujeito em acompanhamento em saúde; e

VII – Modelo Orientador: modelo elaborado pelo Conselho Nacional de Justiça com o objetivo de instruir o Poder Judiciário acerca dos fluxos a serem adotados para o cuidado da pessoa com transtorno mental submetida a procedimento criminal, em local adequado à atenção em saúde a fim de adotar os parâmetros dispostos na presente Resolução.

Parágrafo único. Estão abrangidas por esta Resolução, nos termos do caput deste artigo, as pessoas em sofrimento ou com transtorno mental relacionado ao Num. 5029601 - Pág. 6 Assinado eletronicamente por: ROSA MARIA PIRES WEBER - 24/02/2023 21:03:38

[https://www.cnj.jus.br:443/pjecnj/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?](https://www.cnj.jus.br:443/pjecnj/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23022421033876500000004565616)

x=23022421033876500000004565616 Número do documento: 23022421033876500000004565616 uso abusivo de álcool e outras drogas, que serão encaminhadas para a rede de saúde, nos termos do art. 23-A da Lei n. 11.343/2006, garantidos os direitos previstos na Lei n. 10.216/2001.

Art. 3º São princípios e diretrizes que regem o tratamento das pessoas com transtorno mental no âmbito da jurisdição penal:

I – o respeito pela dignidade humana, singularidade e autonomia de cada pessoa;

II – o respeito pela diversidade e a vedação a todas as formas de discriminação e estigmatização, com especial atenção aos aspectos interseccionais de agravamento e seus impactos na população negra, LGBTQIA+, mulheres, mães, pais ou cuidadores de crianças e adolescentes, pessoas idosas, convalescentes, migrantes, população em

situação de rua, povos indígenas e outras populações tradicionais, além das pessoas com deficiência;

III – o devido processo legal, a ampla defesa, o contraditório e o acesso à justiça em igualdade de condições;

IV – a proscrição à prática de tortura, maus tratos, tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes;

V – a adoção de política antimanicomial na execução de medida de segurança;

VI – o interesse exclusivo do tratamento em benefício à saúde, com vistas ao suporte e reabilitação psicossocial por meio da inclusão social, a partir da reconstrução de laços e de referências familiares e comunitárias, da valorização e do fortalecimento das habilidades da pessoa e do acesso à proteção social, à renda, ao trabalho e ao tratamento de saúde;

VII – o direito à saúde integral, privilegiando-se o cuidado em ambiente terapêutico em estabelecimentos de saúde de caráter não asilar, pelos meios menos invasivos possíveis, com vedação de métodos de contenção física, mecânica ou farmacológica desproporcional ou prolongada, excessiva medicalização, impedimento de acesso a tratamento ou medicação, isolamento compulsório, alojamento em ambiente impróprio e eletroconvulsoterapia em desacordo com os protocolos médicos e as normativas de direitos humanos; Num. 5029601 - Pág. 7 Assinado eletronicamente por: ROSA MARIA

PIRES WEBER - 24/02/2023 21:03:38

<https://www.cnj.jus.br:443/pjecnj/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?>

[x=23022421033876500000004565616](https://www.cnj.jus.br:443/pjecnj/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23022421033876500000004565616) Número do documento:

23022421033876500000004565616

VIII – a indicação da internação fundada exclusivamente em razões clínicas de saúde, privilegiando-se a avaliação multiprofissional de cada caso, pelo período estritamente necessário à estabilização do quadro de saúde e apenas quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes, vedada a internação em instituição de caráter

asilar, como os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTPs) e estabelecimentos congêneres, como hospitais psiquiátricos;

IX – a articulação interinstitucional permanente do Poder Judiciário com as redes de atenção à saúde e socioassistenciais, em todas as fases do procedimento penal, mediante elaboração de PTS nos casos abrangidos por esta Resolução;

X – a restauratividade como meio para a promoção da harmonia social, mediante a garantia do acesso aos direitos fundamentais e a reversão das vulnerabilidades sociais;

XI – atenção à laicidade do Estado e à liberdade religiosa integradas ao direito à saúde, que resultam na impossibilidade de encaminhamento compulsório a estabelecimentos que não componham a Raps ou que condicionem ou vinculem o tratamento à conversão religiosa ou ao exercício de atividades de cunho religioso; e

XII – respeito à territorialidade dos serviços e ao tratamento no meio social em que vive a pessoa, visando sempre a manutenção dos laços familiares e comunitários.

CAPÍTULO II

DAS DIRETRIZES DA POLÍTICA ANTIMANICOMIAL

Seção I

Das audiências de custódia

Art. 4º Quando apresentada em audiência de custódia pessoa com indícios de transtorno mental ou qualquer forma de deficiência psicossocial identificados por equipe multidisciplinar qualificada, ouvidos o Ministério Público e a defesa, caberá à autoridade judicial o encaminhamento para atendimento voluntário na Raps voltado à proteção social em políticas e programas adequados, a partir de fluxos pré-estabelecidos com a rede, nos termos da Resolução CNJ n. 213/2015 e do Modelo Orientador CNJ. Num. 5029601 - Pág. 8 Assinado eletronicamente por: ROSA MARIA PIRES WEBER - 24/02/2023 21:03:38

<https://www.cnj.jus.br:443/pjecnj/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?>

x=23022421033876500000004565616 Número do documento:
23022421033876500000004565616

Parágrafo único. Será assegurada à pessoa com indícios de transtorno mental ou qualquer forma de deficiência psicossocial a oportunidade de manifestar a vontade de ter em sua companhia pessoa por ela indicada, integrante de seu círculo pessoal ou das redes de serviços públicos com as quais tenha vínculo, ou seja, referenciada, para o fim de assisti-la durante o ato judicial.

Art. 5º Nos casos em que a autoridade judicial, com apoio da equipe multidisciplinar e após ouvidos o Ministério Público e a defesa, entender que a pessoa apresentada à audiência de custódia está em situação de crise em saúde mental e sem condições de participar do ato, solicitará tentativas de manejo de crise pela equipe qualificada.

§ 1º Para efeitos deste artigo, entende-se por manejo da crise o imediato acionamento de equipe de saúde da Raps para a tomada de medidas emergenciais e referenciamento do paciente ao serviço de saúde, além da realização de ações de escuta, compreensão da condição pessoal, produção imediata de consensos possíveis, mediação entre a pessoa e as demais presentes no ambiente e a restauração do diálogo, bem como, o quanto antes, a identificação dos fatores que possivelmente desencadearam a crise.

§ 2º Caso exauridas sem sucesso as tentativas de manejo de crise, a autoridade judicial realizará o encaminhamento da pessoa para atendimento em saúde por meio do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu) ou outros serviços da Raps, e providenciará o registro da não realização da audiência de custódia, por meio de termo no qual constará:

I – a determinação para elaboração de relatório médico acompanhado, se for o caso, de informes dos demais profissionais de saúde do estabelecimento ao qual a pessoa presa em flagrante for encaminhada, a fim de documentar eventuais indícios de tortura ou maus tratos, a ser remetido ao juízo em 24 (vinte e quatro) horas;

II – a requisição imediata de informações às secretarias municipal ou estadual de saúde sobre a atual condição da pessoa e indicação de acompanhamento em saúde mais

adequado, que poderá compor o PTS, com descrição de eventual tratamento que esteja em curso, a serem prestadas em 48 (quarenta e oito) horas, com a finalidade de subsidiar a tomada de decisão judicial. Num. 5029601 - Pág. 9 Assinado eletronicamente por: ROSA MARIA PIRES WEBER - 24/02/2023 21:03:38

[https://www.cnj.jus.br:443/pjecnj/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?](https://www.cnj.jus.br:443/pjecnj/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23022421033876500000004565616)

x=23022421033876500000004565616 Número do documento:
23022421033876500000004565616

§ 3º Caso a pessoa não receba alta médica para ser apresentada em juízo no prazo legal, a autoridade judicial poderá realizar o ato no local em que a pessoa se encontrar e, nos casos em que o deslocamento se mostre inviável, deverá providenciar a condução para a realização da audiência de custódia imediatamente após restabelecida sua condição de saúde ou de apresentação.

Art. 6º A autoridade judicial, quando da análise da legalidade da prisão em flagrante, avaliará se o uso de algemas ou instrumentos de contenção física atendeu aos princípios da proporcionalidade e não discriminação, considerada a condição de saúde mental da pessoa, ou se ocorreu de maneira a causar deliberadamente dores ou lesões desnecessárias, o que poderia configurar hipótese de tortura ou maus tratos, conforme os parâmetros elencados pelo CNJ no Manual de Algemas e Outros Instrumentos de Contenção em Audiências Judiciais.

Art. 7º Nos casos dos art. 4º ou 5º, não sendo hipótese de relaxamento da prisão, a autoridade judicial avaliará a necessidade e adequação de eventual medida cautelar, consideradas as condições de saúde da pessoa apresentada e evitando a imposição de:

I – medida que dificulte o acesso ou a continuidade do melhor tratamento disponível, ou que apresente exigências incompatíveis ou de difícil cumprimento diante do quadro de saúde apresentado; e

II – medidas concomitantes que se revelem incompatíveis com a rotina de acompanhamento na rede de saúde.

§ 1º Será priorizada a adoção de medidas distintas do monitoramento eletrônico para pessoas com transtorno mental ou qualquer forma de deficiência psicossocial, sem que isso enseje a aplicação de medidas que obstem o tratamento em liberdade.

§ 2º A autoridade judicial levará em consideração as condições que ampliem a vulnerabilidade social, bem como os aspectos interseccionais, no caso de pessoas em situação de rua, população negra, mulheres, população LGBTQIA+, mães, pais ou cuidadores de crianças e adolescentes, pessoas idosas, pessoas convalescentes, migrantes, povos indígenas e outras populações tradicionais, para que a aplicação de Num. 5029601 - Pág. 10 Assinado eletronicamente por: ROSA MARIA PIRES WEBER - 24/02/2023 21:03:38

[https://www.cnj.jus.br:443/pjecnj/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?](https://www.cnj.jus.br:443/pjecnj/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23022421033876500000004565616)

x=23022421033876500000004565616 Número do documento: 23022421033876500000004565616 eventual medida seja condizente com a realidade social e o referenciamento aos serviços especializados da rede de proteção social.

Art. 8º Nos casos em que a autoridade judicial substituir a prisão preventiva pela domiciliar, nos termos do art. 318 do Código de Processo Penal, serão garantidos a possibilidade de tratamento adequado na Raps e o exercício de outras atividades que reforcem a autonomia da pessoa, como trabalho e educação.

Seção II

Da necessidade de tratamento em saúde mental no curso de prisão preventiva ou outra medida cautelar

Art. 9º No caso de a pessoa necessitar de tratamento em saúde mental no curso de prisão processual ou outra medida cautelar, a autoridade judicial:

I – no caso de pessoa presa, reavaliará a necessidade e adequação da prisão processual em vigor ante a necessidade de atenção à saúde, para início ou continuidade de tratamento em serviços da Raps, ouvidos a equipe multidisciplinar, o Ministério Público e a defesa;

II – no caso de pessoa solta, reavaliará a necessidade e adequação da medida cautelar em vigor, observando-se as disposições do artigo anterior.

Parágrafo único. O encaminhamento para os serviços da Raps ou rede de proteção social será apoiado pelas equipes mencionadas no art. 2º, III, IV e V, considerando a interlocução entre esses serviços e os equipamentos responsáveis pelo tratamento em saúde, de modo que eventuais subsídios sobre a singularidade do acompanhamento da pessoa sejam aportados ao processo visando a priorização da saúde.

Art. 10. A análise sobre a imputabilidade da pessoa, quando necessária, poderá ser qualificada com requisição de informações sobre o atendimento e o tratamento dispensado nos serviços aos quais a pessoa esteja vinculada, respeitado o sigilo de informações pessoais e médicas.

Parágrafo único. Considerando que o incidente de insanidade mental que subsidiará a autoridade judicial na decisão sobre a culpabilidade ou não do réu é prova pericial constituída em favor da defesa, não é possível determiná-la compulsoriamente em caso de oposição desta. Num. 5029601 - Pág. 11 Assinado eletronicamente por: ROSA MARIA PIRES WEBER - 24/02/2023 21:03:38
[https://www.cnj.jus.br:443/pjecnj/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?
x=23022421033876500000004565616](https://www.cnj.jus.br:443/pjecnj/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23022421033876500000004565616) Número do documento:
23022421033876500000004565616

Seção III

Da medida de segurança

Art. 11. Na sentença criminal que imponha medida de segurança, a autoridade judicial determinará a modalidade mais indicada ao tratamento de saúde da pessoa acusada, considerados a avaliação biopsicossocial, outros exames eventualmente realizados na fase instrutória e os cuidados a serem prestados em meio aberto.

Parágrafo único. A autoridade judicial levará em conta, nas decisões que envolvam imposição ou alteração do cumprimento de medida de segurança, os pareceres das equipes multiprofissionais que atendem o paciente na Raps, da EAP ou outra equipe conectora.

Subseção I

Do tratamento ambulatorial

Art. 12. A medida de tratamento ambulatorial será priorizada em detrimento da medida de internação e será acompanhada pela autoridade judicial a partir de fluxos estabelecidos entre o Poder Judiciário e a Raps, com o auxílio da equipe multidisciplinar do juízo, evitando-se a imposição do ônus de comprovação do tratamento à pessoa com transtorno mental ou qualquer forma de deficiência psicossocial.

§ 1º O acompanhamento da medida levará em conta o desenvolvimento do PTS e demais elementos trazidos aos autos pela equipe de atenção psicossocial, a existência e as condições de acessibilidade ao serviço, a atuação das equipes de saúde, a vinculação e adesão da pessoa ao tratamento.

§ 2º Eventuais interrupções no curso do tratamento devem ser compreendidas como parte do quadro de saúde mental, considerada a dinâmica do acompanhamento em saúde e a realidade do território no qual a pessoa e o serviço estão inseridos.

§ 3º A ausência de suporte familiar não deve ser entendida como condição para a imposição, manutenção ou cessação do tratamento ambulatorial ou, ainda, para a desinternação condicional. Num. 5029601 - Pág. 12 Assinado eletronicamente por: ROSA MARIA PIRES WEBER - 24/02/2023 21:03:38

[https://www.cnj.jus.br:443/pjecnj/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?](https://www.cnj.jus.br:443/pjecnj/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23022421033876500000004565616)

x=23022421033876500000004565616 Número do documento:
23022421033876500000004565616

§ 4º Eventual prescrição de outros recursos terapêuticos a serem adotados por equipe de saúde por necessidade da pessoa e enquanto parte de seu PTS, incluindo a internação, não deve ter caráter punitivo, tampouco deve ensejar a conversão da medida de tratamento ambulatorial em medida de internação.

§ 5º A autoridade judicial avaliará a possibilidade de extinção da medida de segurança, no mínimo, anualmente, ou a qualquer tempo, quando requerido pela defesa ou indicada pela equipe de saúde que acompanha o paciente, não estando condicionada ao término do tratamento em saúde mental.

Subseção II

Da medida de internação

Art. 13. A imposição de medida de segurança de internação ou de internação provisória ocorrerá em hipóteses absolutamente excepcionais, quando não cabíveis ou suficientes outras medidas cautelares diversas da prisão e quando compreendidas como recurso terapêutico momentaneamente adequado no âmbito do PTS, enquanto necessárias ao restabelecimento da saúde da pessoa, desde que prescritas por equipe de saúde da Raps.

§ 1º A internação, nas hipóteses referidas no caput, será cumprida em leito de saúde mental em Hospital Geral ou outro equipamento de saúde referenciado pelo Caps da Raps, cabendo ao Poder Judiciário atuar para que nenhuma pessoa com transtorno mental seja colocada ou mantida em unidade prisional, ainda que em enfermaria, ou seja submetida à internação em instituições com características asilares, como os HCTPs ou equipamentos congêneres, assim entendidas aquelas sem condições de proporcionar assistência integral à saúde da pessoa ou de possibilitar o exercício dos direitos previstos no art. 2º da Lei n. 10.216/2001.

§ 2º A internação cessará quando, a critério da equipe de saúde multidisciplinar, restar demonstrada a sua desnecessidade enquanto recurso terapêutico, caso em que, comunicada a alta hospitalar à autoridade judicial, o acompanhamento psicossocial poderá continuar nos demais dispositivos da Raps, em meio aberto.

§ 3º Recomenda-se à autoridade judicial a interlocução constante com a equipe do estabelecimento de saúde que acompanha a pessoa, a EAP ou outra equipe Num.

5029601 - Pág. 13 Assinado eletronicamente por: ROSA MARIA PIRES WEBER - 24/02/2023 21:03:38 <https://www.cnj.jus.br:443/pjecnj/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23022421033876500000004565616> Número do documento: 23022421033876500000004565616 conectora, para que sejam realizadas avaliações biopsicossociais a cada 30 (trinta) dias, a fim de se verificar as possibilidades de reversão do tratamento para modalidades em liberdade ou mesmo para sua extinção.

Art. 14. Serão proporcionadas ao paciente em internação, sem obstrução administrativa, oportunidades de reencontro com sua comunidade, sua família e seu círculo social, com atividades em meio aberto, sempre que possível, evitando-se ainda sua exclusão do mundo do trabalho, nos termos do PTS.

Seção IV

Da necessidade de tratamento em saúde mental no curso da execução da pena Art. 15. Nos casos em que a pessoa submetida ao cumprimento de pena necessitar de tratamento em saúde mental, a autoridade judicial avaliará a necessidade e adequação da prisão em vigor ante a demanda de atenção à saúde, para início ou continuidade de tratamento em serviços da Raps, ouvidos a equipe multidisciplinar, o Ministério Público e a defesa.

Parágrafo único. O encaminhamento para os serviços da Raps e à rede de proteção social será apoiado pelas equipes de saúde das unidades prisionais, pela EAP e demais equipes conectoras, a partir de constante interlocução com os equipamentos da Raps responsáveis pelo tratamento, de modo que subsídios sobre a singularidade do acompanhamento da pessoa sejam aportados ao processo com a finalidade de priorização da saúde.

Seção V

Da desinstitucionalização

Art. 16. No prazo de até 6 (seis) meses, contados a partir da entrada em vigor desta Resolução, a autoridade judicial competente revisará os processos a fim de avaliar a possibilidade de extinção da medida em curso, progressão para tratamento ambulatorial em meio aberto ou transferência para estabelecimento de saúde adequado, nos casos relativos:

I – à execução de medida de segurança que estejam sendo cumpridas em HCTPs, em instituições congêneres ou unidades prisionais; Num. 5029601 - Pág. 14 Assinado eletronicamente por: ROSA MARIA PIRES WEBER - 24/02/2023 21:03:38
<https://www.cnj.jus.br:443/pjecnj/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?>

x=23022421033876500000004565616 Número do documento:
23022421033876500000004565616

II – a pessoas que permaneçam nesses estabelecimentos, apesar da extinção da medida ou da existência de ordem de desinternação condicional; e

III – a pessoas com transtorno mental ou deficiência psicossocial que estejam em prisão processual ou cumprimento de pena em unidades prisionais, delegacias de polícia ou estabelecimentos congêneres.

Parágrafo único. Para fins do disposto no caput, o Comitê Estadual Interinstitucional de Monitoramento da Política Antimanicomial previsto no art. 20, VI, e as equipes conectoras ou multidisciplinares qualificadas apoiarão as ações permanentes de desinstitucionalização.

Art. 17. Sem prejuízo do disposto no artigo anterior, a autoridade judicial competente para a execução penal determinará a elaboração, no prazo de 12 (doze) meses contados da entrada em vigor desta Resolução, de PTS para todos os pacientes em medida de segurança que ainda estiverem internados em HCTP, em instituições congêneres ou unidades prisionais, com vistas à alta planejada e à reabilitação psicossocial assistida em meio aberto, a serem apresentadas no processo ou em audiência judicial que conte com a participação de representantes das entidades envolvidas nos PTSs.

Art. 18. No prazo de 6 (seis) meses contados da publicação desta Resolução, a autoridade judicial competente determinará a interdição parcial de estabelecimentos, alas ou instituições congêneres de custódia e tratamento psiquiátrico no Brasil, com proibição de novas internações em suas dependências e, em até 12 (doze) meses a partir da entrada em vigor desta Resolução, a interdição total e o fechamento dessas instituições.

CAPÍTULO III

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 19. Recomenda-se, sempre que possível, em qualquer fase processual, a derivação de processos criminais que envolvem pessoas com transtorno mental ou qualquer forma

de deficiência psicossocial para programas comunitários ou judiciários de justiça restaurativa, a partir da utilização de vias consensuais alternativas, Num. 5029601 - Pág. 15 Assinado eletronicamente por: ROSA MARIA PIRES WEBER - 24/02/2023 21:03:38

[https://www.cnj.jus.br:443/pjecnj/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?](https://www.cnj.jus.br:443/pjecnj/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23022421033876500000004565616)

x=23022421033876500000004565616 Número do documento: 23022421033876500000004565616 visando à desinstitucionalização, em consonância com os princípios norteadores da justiça restaurativa presentes na Resolução CNJ n. 225/2016.

Art. 20. Os Grupos de Monitoramento e Fiscalização do Sistema Carcerário (GMFs) dos tribunais poderão:

I – realizar inspeções judiciais, de modo conjunto com as autoridades judiciais da execução penal, nos estabelecimentos em que estejam internadas pessoas em cumprimento de medida de segurança, bem como aquelas internadas provisoriamente, podendo, para tanto, articular-se com as secretarias de saúde, conselhos profissionais com atuação na área da saúde, como os Conselhos Regional ou Federal de Serviço Social e de Psicologia, e instâncias paritárias e organizações da sociedade civil, para verificar as condições dos referidos espaços à luz da Lei n. 10.216/2001;

II – mobilizar a Raps, juntamente com a EAP, visando a integração entre as práticas inerentes à justiça criminal e à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) e o direcionamento de formas de atenção segundo as premissas consignadas nesta norma e nos moldes previstos no art. 4º, § 4º da Portaria n. 94/GM/MS, de 14 de janeiro de 2014;

III – fomentar a atuação do Poder Judiciário de modo articulado com a EAP e demais equipes conectoras para a identificação de pessoas com transtorno mental ou qualquer forma de deficiência psicossocial em unidades de custódia potencialmente destinatários de medidas terapêuticas;

IV – fomentar a instituição e o fortalecimento da PNAISP e da EAP junto às Secretarias Estadual e Municipais de Saúde;

V – fomentar e colaborar com a construção de fluxos de atenção à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei, envolvendo os órgãos e instâncias responsáveis pelas políticas de administração penitenciária, saúde e assistência social, com base no paradigma antimanicomial e no Modelo Orientador CNJ; e

VI – instituir ou participar de Comitê Estadual Interinstitucional de Monitoramento da Política Antimanicomial no âmbito do Poder Judiciário, o qual contará com representantes do GMF, da Vara de Execução Penal, da Saúde Mental-Raps, da Assistência Social, do Mecanismo Estadual de Prevenção e Combate à

Num. 5029601 - Pág. 16
Assinado eletronicamente por: ROSA MARIA PIRES WEBER - 24/02/2023 21:03:38

[https://www.cnj.jus.br:443/pjecnj/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?](https://www.cnj.jus.br:443/pjecnj/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23022421033876500000004565616)

x=23022421033876500000004565616 Número do documento: 23022421033876500000004565616
Tortura, onde houver, dos Conselhos Regionais de Serviço Social, Psicologia e Medicina, do Ministério Público, da Defensoria Pública, do Conselho da Comunidade, onde houver, da Equipe de Saúde da Secretaria responsável pela gestão prisional, podendo contar ainda com outros Conselhos de Direitos, Organizações da Sociedade Civil afetas ao tema, usuários da Política de Saúde Mental, entre outros.

Art. 21. Para o cumprimento do disposto nesta Resolução, os tribunais poderão promover, em colaboração com as Escolas de Magistratura, cursos destinados à permanente qualificação e atualização funcional de magistrados e servidores no tema da saúde mental em consonância com os parâmetros nacionais e internacionais dos Direitos Humanos.

Art. 22. Esta Resolução também será aplicada aos adolescentes com transtorno ou sofrimento mental apreendidos, processados por cometimento de ato infracional ou em cumprimento de medida socioeducativa, no que couber, enquanto não for elaborado ato normativo próprio, considerando-se a condição de pessoa em desenvolvimento, o princípio da prioridade absoluta e as devidas adaptações, conforme previsão do Estatuto da Criança e do Adolescente.

Art. 23. O Conselho Nacional de Justiça, por meio do Departamento de Monitoramento e Fiscalização do Sistema Carcerário e do Sistema de Execução de Medidas Socioeducativas (DMF), dará suporte permanente às ações dos tribunais e de magistrados e magistradas no cumprimento desta Resolução.

Parágrafo único. O DMF elaborará, no prazo de até 180 (cento e oitenta) dias, Manual com Modelo Orientador CNJ voltado à orientação dos tribunais e magistrados quanto à implementação do disposto nesta Resolução.

Art. 24. Esta Resolução entra em vigor em 90 (noventa) dias após sua publicação.

Ministra ROSA WEBER. Num. 5029601 - Pág. 17 Assinado eletronicamente por:

ROSA MARIA PIRES WEBER - 24/02/2023 21:03:38

[https://www.cnj.jus.br:443/pjecnj/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?](https://www.cnj.jus.br:443/pjecnj/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23022421033876500000004565616)

[x=23022421033876500000004565616](https://www.cnj.jus.br:443/pjecnj/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23022421033876500000004565616) Número do documento:

23022421033876500000004565616.

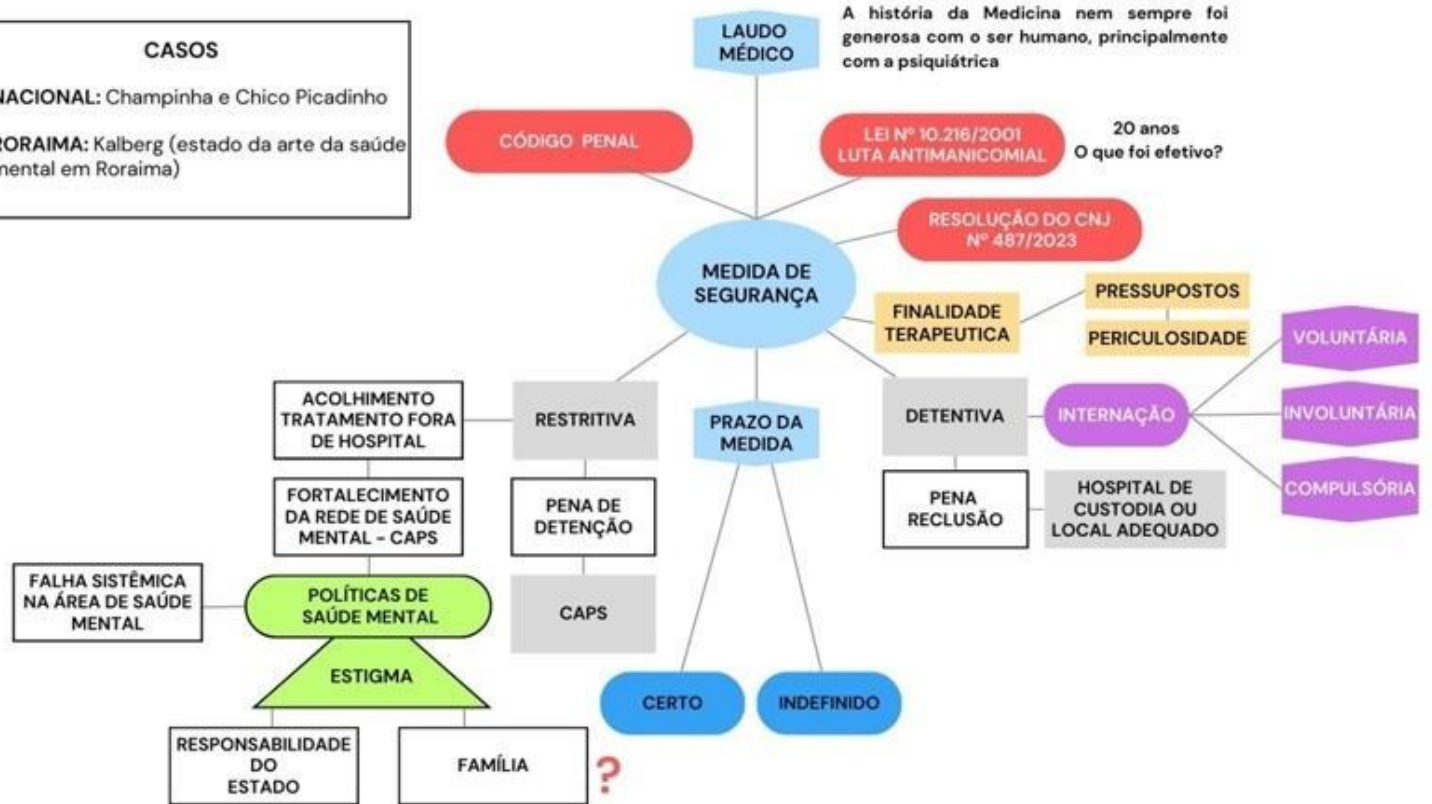
ANEXO B- MAPA MENTAL

MEDIDA DE SEGURANÇA: DESAFIOS EM PLENO 2023

CASOS

- NACIONAL: Champinha e Chico Picadinho
- RORAIMA: Kalberg (estado da arte da saúde mental em Roraima)

A história da Medicina nem sempre foi generosa com o ser humano, principalmente com a psiquiátrica





JOANA SARMENTO DE MATOS

**MEDIDA DE SEGURANÇA DETENTIVA: desafios para a Execução Penal
no Estado de Roraima**

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Segurança Pública Direitos Humanos e Cidadania a Universidade Estadual de Roraima, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Segurança Pública Direitos Humanos e Cidadania.

Dissertação de Mestrado defendida e aprovada em 06/12/2023, perante a Banca Examinadora, constituída pelos seguintes membros:


Prof.^ª Dr.^ª Leila Chagas de Souza Costa
Universidade Estadual de Roraima – UERR
Presidente da Banca


Prof. Dr. Fernando Cesar Costa Xavier
Universidade Estadual de Roraima – UERR
Membro Titular


Prof. Dr. Rildo Dias da Silva
Universidade Estadual de Roraima -UERR
Membro Titular


Prof. Dr. Edgard Vinicius Cacho Zanette
Universidade Estadual de Roraima - UERR
Suplente

**BOA VISTA/RR
2023**