

YUKI PERRONE OZAKI¹, RUBENS ALVES DA SILVA²

¹Graduanda em Direito pelo Centro Universitário Luterano de Manaus, Manaus – AM, E-mail: yukiperrone12@gmail.com. ²Bacharel em Direito pela Ulbra, Especialista em Processo Judicial, Especialista em Docência e Gestão do Ensino Superior, Mestre em Direito pela FDSM, Autor de Livros e Advogado.

RESUMO

Hospitais de Custódia ou Manicômios Judiciários, como popularmente conhecidos, é a medida de segurança aplicadas aos imputáveis por doença mental. Tem como principal fim a reintegração social por meio do tratamento do paciente. Ocorre que, se estes não recebem o devido tratamento torna-se irrecuperáveis e a desinternação, que está condicionada em sua cura, acaba tornando-se perpétua.

Palavras-chave: Medidas de segurança, Manicômios judiciários, Periculosidade, Prazo máximo de duração, Ofensa a constituição.

MANICÔMIOS JUDICIÁRIOS- A INCONSTITUCIONALIDADE DOS PRAZOS DA MEDIDA DE SEGURANÇA APLICADAS AOS INIMPUTÁVEIS**INTRODUÇÃO**

Primeiramente gostaria de situar o leitor a realidade de que se trata a presente discursão. Alderindo, senhor retratado no documentário "A Casa dos Mortos" (produzido pela equipe da ANIS/DF), foi internado no dia 02 de novembro de 1981, teve seu laudo psiquiátrico expedido 6 meses após sua internação e a sentença do juiz somente 3 anos depois, impondo a medida de segurança de no mínimo dois anos. Hoje com sua vida social totalmente atingida, sem nenhum contato com familiares e nem para onde ir, Alderindo, internado a 38 anos, faz do hospital de custódia o seu abrigo. Quase que um cemitério para

o socialmente morto. Diante dessa realidade que se impulsionou a presente discussão: Por que a medida de segurança tem tempo mínimo e como máximo tem caráter perpétuo?

A partir de então o problema ora proposto é: A propensão perpétua das Medidas de Segurança aplicadas ao inimputáveis por doença mental. Dessa forma o presente artigo tem por objetivo analisar a origem das medidas de segurança aplicadas aos inimputáveis, identificar os requisitos que legitimam sua aplicabilidade e entender o motivo pelo qual nas Medidas de Segurança são afastados todos os limites da intervenção punitiva do estado.

Eis que a questão que se pretende levar em apreço, por meio desta pesquisa bibliográfica e documental com contornos etnógrafos é o fim de quebra crenças limitantes. Em que pese que o fim da medida de segurança é o tratamento do paciente e este por falta de assistência psiquiátrica, condições insalubres, sem o mínimo de dignidade, não recebe o devido tratamento, tornam-se irrecuperáveis.

Na tentativa de fomentar um debate sobre as medidas de segurança o presente artigo está dividido em 3 sessões a saber: 1) Evolução histórica das medidas de segurança no Brasil, 2) Mecanismo para averiguação da inimputabilidade, 3) A reversibilidade do discurso e a inconstitucionalidade dos prazos. E por fim serão apresentadas discussões conclusivas em torno do resultado do tema debatido.

Que se escrevam o inferno de Dante mas aqui é a realidade manicomial.

1. EVOLUÇÃO HISTÓRICA DAS MEDIDAS DE SEGURANÇA NO BRASIL

Ao lado da pena, existe uma espécie do gênero sanção penal, chamada de medida de segurança. O Código Penal (1940) defere-se aos inimputáveis em seu artigo 26 ao estabelecer:

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

Mas nem sempre foi assim, segundo Ferrari (2001, p. 07)

“A medida de segurança a princípio, era aplicada como meio preventivo às ações dos menores infratores, ébrios habituais ou vagabundos, e constituía-se em um meio de defesa social contra atos antissociais. Para a sua aplicação não se exigia nem mesmo a prática de um delito, somente que o destinatário representasse perigo para a sociedade.”

Com o avanço do estudo dos transtornos mentais percebeu-se que era injusto que a punição fosse a mesma para todos. Então a partir do século XIX as medidas de segurança começaram a ganhar espaço e se desenvolver passando por inúmeras alterações desde seu surgimento.

Porém foi somente no Código Penal de 1940 que o tema foi concretizado na legislação Brasileira. Saliente-se, desde já, tratar-se de um *“instituto recentemente sistematizado nas legislações, necessitando ainda evoluir”*. (FERRARI, 2001, p. 167).

No Código de 1940, adotou-se o sistema duplo binário, onde penas e medidas de segurança são aplicadas juntamente e a presunção de periculosidade era absoluta, obrigando o juiz a aplicá-la quando configurados os requisitos legais, ou seja, não era admitido provas em contrário.

No entanto com a vigência da lei 7.209 de 1984 conhecida como Lei das Execuções Penais, alterou-se dispositivos do código de 1940, como a presunção de periculosidade e o sistema de sanção penal. Com a reforma penal foi adotado o sistema vicariante, abandonando o sistema binário com fulcro na violação do o princípio no *bis in idem*. Dessa forma a medida de segurança passou a ser aplicada de forma isolada com qualquer espécie de sanção penal, ou seja, ou haverá pena ou medida de segurança, um substituindo o outro. E até hoje a execução das medidas de segurança é regulamentada de acordo com o artigo 171 e seguintes da citada lei.

O Código Penal classifica duas espécies de medida de segurança baseando sua aplicação na gravidade do ilícito penal. Dessa forma as medidas de segurança são classificadas como detentivas conforme art 96, I CP, e restritivas previstas no art 96, II CP.

“Art. 96. As medidas de segurança são:

I - Internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou, à falta, em outro estabelecimento adequado;

II - sujeição a tratamento ambulatorial.”

De acordo com Capez (2003) as principais características dessas espécies de medida de segurança são que na detentiva a pena prevista é de reclusão enquanto na restritiva é aplicada aos fatos punidos com detenção. Porém ambas são impostas por tempo indeterminado, enquanto não se verificar a cessação da periculosidade possuindo um prazo mínimo para a verificação da cessação da periculosidade de um ano a três anos, ou, a qualquer tempo se o juiz da execução determinar, mas não possuem prazo máximo.

2. MECANISMO PARA AVERIGUAÇÃO DA INIMPUTABILIDADE (GRAU DE PERICULOSIDADE)

É sob o argumento do perigo que o Estado e nossa sociedade se permitem trancafiar, muitas vezes perpetuamente, o sujeito considerado louco.

“O conceito de periculosidade não possui nenhum fundamento científico, sendo fruto muito mais de um preconceito oracular sobre o futuro comportamento problemático do cidadão problemático do que propriamente da situação concreta” (Mattos, 2006, p.176).

Conditio sine qua nom para a imposição da medida de segurança constitui a necessidade de haver uma periculosidade. Embora falível, o juízo de prognose é a figura indispensável para a medida de segurança penal.



Maurício Dieter (2012, p. 137/147) explica que a verificação da periculosidade criminal é realizada por meio de métodos científicos conhecidos como “Psicologia dos formulários”, que definem o risco que o inimputável pode vir a oferecer, entre eles destacam-se os principais:

- Diagnóstico Clínico (Medicina/Psicologia);
- Prognóstico Atuarial (Direito);
- Exame Anamnésico.

O diagnóstico clínico, é o método que tradicionalmente decide a imputabilidade penal diante de possível “doença” ou deficiência mental. Realizado por meio de uma avaliação especializada pressupõe a identificação e interpretação de sinais/ sintomas e adequada associação a estados psíquicos patológicos, que autorizam ou não sua classificação no marco conceitual de uma psicopatologia previamente descrita. Realizada por meio de quesitos extremamente delicados que determina a “certeza” de desdobramentos futuros, necessários ou possíveis, em termos de conduta humana.

Fato importante que a falta de autoridade científica para contestar um laudo médico especializado praticamente obriga os Tribunais a ratificarem a opinião clínica, transformando-se os médicos em juízes paralelos. (JUAREZ, 2011, p. 286-291).

O prognóstico atuarial, fundamenta-se na vinculação de um sujeito a um grupo de risco pelas características que compartilham, apostando-se na provável reprodução dos padrões de comportamento dessa coletividade, ou seja, os atuários procuram fatores salientes que determinam estatisticamente o maior risco de ocorrer um fato.

A grande vantagem em favor dos prognósticos de risco está no fato de que, ao contrário dos profissionais da saúde, os atuários não têm, em princípio, compromisso ético com o tratamento do sujeito. (SHERIDAN, 2007, p. 1-2).

O exame anamnésico, normalmente é tomado como critério complementar, prediz o risco referindo-se exclusivamente à repetição de ações pelo próprio indivíduo em semelhantes cenários no passado, contabilizando-as para projeção em situações futuras, compreendidas como idênticas.

A questão é que não é que a periculosidade não exista, mas é importante compreender que ela é construída. O problema está no fato de ser impossível a psiquiatria prever o futuro. A periculosidade do imputável é uma presunção, que não passa de uma ficção, baseada no preconceito que identifica o louco ou quem quer que apareça como diferente, como perigoso. (Karam, 2002, p. 09).

Utilizando a aproximação racional ao mistério do acaso e o prognóstico como procedimento científico que traça o provável desenvolvimento futuro ou o resultado de um processo, o conhecimento ou juízo antecipado, prévio, feito pelo médico, baseado necessariamente no diagnóstico.

A lógica atuarial requer pesquisar a origem histórica e as primeiras experiências de aplicação do cálculo atuarial na definição de ações. A base estatística como é mais imparcial e confiável do que a opinião de médicos, psicólogos e psicanalista, logo o prognóstico atuarial acabou suprimindo o diagnóstico clínico e a busca por fatores de risco passou a ser tão ou mais importante quanto a descoberta de sintomas. (DIETER, 2012, p. 159).

Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R) uma das primeiras e até hoje mais importantes ferramentas a colaborar na descoberta de sujeitos violentos. Surgiu em centros de pesquisa do Canadá, desenvolvido pelo professor canadense Robert D. HARE.

Desenvolvido para agilizar e suprir a falta de certeza dos exames criminológicos na identificação de doenças e distúrbios mentais entre os criminalizados, sob a nomenclatura própria de “DSPD” ou “*Dangerous and Severe Personality Disorder*” (em português, Severos e Perigosos Transtornos de Personalidade) é um Manual dirigido a psicólogos na forma de catálogo de distúrbios e doenças mentais em seres humanos.

Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV), é o critério adotado pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Catálogo este que constava até 1990 o homossexualismo como distúrbio ou doença mental.

A psiquiatria acabou curvando-se à lógica atuarial no momento de prognosticar o risco objetivo de reincidência. E assim por meio da psicologia de formulários, qualquer pessoa é capaz de prognosticar comportamentos futuros, próprios ou alheios, com um mínimo de esforço intelectual. De fato, estão à venda no mercado diversos testes de personalidade para os mais diversos fins, da orientação vocacional à antecipação de esquizofrenia, e que são comercializados praticamente sem pré-requisitos – normalmente, quando incluem avaliação psicológica, a maioria não requer mais do que um curto treinamento, oferecido em cursos e “workshops” que duram dois dias ou menos. (DIETER Maurício, 2012. P. 167).

3. A REVERSIBILIDADE DO DISCURSO E O CARÁTER INCONSTITUCIONAL

Sobre o argumento da proteção individual e social e que a medida de segurança visa a tratamento do inimputável é para o manicômio judiciário que se enviam egressos de uma situação definidora de destinos: a perícia.

Segundo o doutrinador Cezar Roberto Bitencourt (2004, p. 684) os hospitais de custódia não passam de uma expressão eufemística utilizada pelo legislador para se referir ao velho e deficiente manicômio judiciário. Porém mesmo com a “boa intenção” do legislador nenhum Estado brasileiro investiu na construção dos novos estabelecimentos.

Condenados a cumprir medida de segurança, que geralmente impõe sua internação, nos termos do artigo 97 do Código Penal (1940):

“Art. 97 Se o agente for inimputável, o juiz determinará sua internação (art. 26). Se, todavia, o fato previsto como crime for punível com detenção, poderá o juiz submetê-lo a tratamento ambulatorial.

Prazo

§ 1º A internação, ou tratamento ambulatorial, será por tempo indeterminado, perdurando enquanto não for averiguada, mediante perícia médica, a cessação de periculosidade. O prazo mínimo deverá ser de 1 (um) a 3 (três) anos.”

Mesmo limitando o direito fundamental à liberdade assegurado constitucionalmente pelo artigo 5º da Constituição Federal de 1988 o Código Penal limitou-se a definir o prazo máximo de duração, porém estabeleceu o prazo mínimo, fato fortemente criticado pela doutrina uma vez que as patologias são classificadas em diversos graus e com caráter pessoal. Uma vez cessada a periculosidade, mesmo ainda dentro do limite mínimo estabelecido por lei, a angústia será maior.

Enquanto os limites das penas devem ser determinados por um critério de justiça, e, portanto, obedecem a princípios éticos e determinados, as medidas de segurança derivam de um critério puramente utilitário, eticamente neutro e sem nenhuma obediência a critérios de justiça ou a limites de duração. (FERRARI, 2001, p. 176).

Essa indeterminação dos prazos da medida de segurança afronta o princípio da legalidade e a cláusula pétrea- art.60. § 4º da Constituição Federal- vez que caracteriza também a perpetuidade, logo, o art. 97 do Código Penal torna-se inconstitucional.

Com o fim de reparar a omissão legislativa, em relação a duração do prazo máximo das medidas de segurança, os tribunais superiores firmaram entendimentos a respeito do tema, porém divergentes o que acaba por contribuir ainda mais para sua perpetuação.

Segundo o Supremo Tribunal Federal (STF) a corte firmou entendimento de que o prazo máximo da medida de segurança é o previsto no art. 75 do CP, ou seja, 30 (trinta) anos. Conforme Habeas Corpus nº 107432/RS.

Já o Superior Tribunal de Justiça (STJ), mantém o seu entendimento conforme a Súmula 527 que possui a seguinte redação: *“O tempo de duração da medida de segurança não deve ultrapassar o máximo da pena abstratamente cominada ao delito praticado”*.

Levados ao abandono de valores culturais, ao descompromisso com a inclusão, e ao esquecimento. Nasce então a reversibilidade do discurso onde os procedimentos e as instrumentalizações que em nome da proteção dos direitos produzem sua própria violação.

Aqueles que considerados perigosos pelo sistema de justiça criminal a partir dos diagnósticos clínicos são internados em “hospitais” que impedem o “paciente” de sair, porem o conceito de terapia é incompatível com constrangimento. Neste caso, o hospital é na verdade uma prisão, da mesma forma que sexo e trabalho obtidos mediante constrangimento físico são na verdade estupro e escravidão.

Sustenta um posicionamento bem crítico o doutrinador Cândido Furtado Maia Neto (2002, p. 46) *“em relação aos conceitos curativos, pois entende tratar-se de uma restrição de liberdade com tratamento médico forçado, e que a institucionalização manicomial prolongada provoca deterioro psíquico irreversível”*.

A ausência de assistência médica e a violação à liberdade de quem está internado, assim como é a violação do direito à educação os hospitais de custódia acabam sendo vistos como local de vácuo de direitos, onde o Estado de Direito é abandonado. Vivesse assim sob a égide de um direito penal segregacionista, destinado a encarcerar na sua maioria seres tidos como “loucos” e quando “internado”, é preciso sobreviver, mesmo que para lutar contra o estado, de forma mais violenta.

Pacientes mulheres que para conseguirem proteger sua gravidez passam fezes sobre a barriga para não serem tocadas. Um exemplo claro é a história de Sueli Rezende, uma mulher que foi internada pois era elíptica, segundo Arbex (2013. P. 124).

“Tratada como bicho, ela comportava-se como um. Ela devolveu toda crueldade que sofreu. Agiu sem piedade consigo mesma e com outros. Arrancou orelha de muitos pacientes e se mutilou. Usou grampos para ferir o próprio pulso, enfiou cabo de vassoura na vagina, arrancou o próprio dente.”

Existindo hoje a possibilidade de integração social por meio da reintegração comunitária daqueles suscetíveis às medidas de tratamento criminal chamada de Desinternação progressiva que é composta por uma equipe técnica formada por um médico, uma assistente social, uma psicóloga, um chefe de segurança penitenciária.

Segundo FERRARI (2001, p. 174) A desinternação progressiva constitui a maior prova de que o bom senso supera o direito positivo, já que pragmaticamente aplicada há dez anos, em Franco da Rocha mesmo sem previsão legal. Graças à boa vontade e ao bom senso Do juiz Francisco Galvão Bruno, carinhosamente apelidado de “padrinho da desinternação progressiva”, tendo havido enormes avanços provenientes a continuidade de outros juízes que atuaram e atuam na Vara de Execuções Criminais de São Paulo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que devido ao conceito falho de periculosidade e com a omissão legislativa vivesse na sombra de um direito penal desprovido de fundamentos racionais e científicos e que ignora os valores éticos. Que culmina inúmeras injustiças e abuso no direito de punir na medida de segurança que acaba se transformando em uma sanção muito mais gravosa do que a pena.

A proposta apresentada se sustenta na recuperação do doente mental e a sua reabilitação social como é de fato do fim das medidas de segurança, dessa forma se faz necessária uma renovação nos hospitais de custódia, nos tratamentos psiquiátricos e a normatização da desinternação progressiva. Dessa forma os pacientes, durante o

cumprimento da medida, terão acesso a um tratamento médico adequado e humanizado que possam assim lhe tornem aptos para o retorno da vida em sociedade.

REFERÊNCIAS

1. ARBEX Daniela. *Holocausto Brasileiro*. 1.ed. São Paulo: Geração Editorial, 2013.
2. BITENCOURT, Cezar Roberto. *Tratado de direito penal*. 8. ed. São Paulo: Saraiva, 2003. v.1.
3. BRASIL. Código Penal (1940). Decreto-Lei nº 2.848, de 07/12/1940. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848compilado.htm>. Acesso em: 03/10/2019.
4. BRASIL. Supremo Tribunal Federal. *Habeas Corpus* nº 107432/RS. Rel. Min. Ricardo Lewandowski. 1ª Turma. DJe-110, 09-06-2011. Publicado por Jusbrasil. Disponível em: <<https://stf.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/19730295/habeas-corpus-hc-107432-rs>>. Acesso em: 03/10/2019.
5. CAPEZ, Fernando. *Curso de direito penal*. Parte Geral. 6. ed. São Paulo: Saraiva, 2003. v.1.
6. CIRINO DOS SANTOS, Juarez. *Direito Penal: Parte Geral*. 4. ed. Florianópolis: Conceito, 2011.
7. DIETER, Maurício Stegemann. *Política Criminal Atuarial: a criminologia do fim da história*. Tese Apresentada ao Programa de Doutorado em Direito da Universidade Federal do Paraná. Curitiba: UFPR, 2012.
8. Documentário “a casa dos mortos”. Disponível em: <http://www.acasadosmortos.org.br>.
9. Ferrari, Eduardo Reale, *Medidas de Segurança e Direito Penal no estado Democrático de Direito – São Paulo: Editora Revistas dos Tribunais, 2001.*

10. Karam, Maria Lúcia. Punição de enfermo mental e violação da dignidade. Verve, São Paulo, PUC- São Paulo, v. 2.
11. MAIA NETO, Cândido Furtado. *Medidas de segurança e periculosidade*. Sistema vicariante versus teoria finalista da ação (tipo penal). Atentado ao princípio *nullum crimen, nulla poena sine culpa* na sistemática penal pátria: propostas para a correta aplicação de formas legais e efetiva proteção dos enfermos mentais e dos Direitos Humanos. Revista Prática Jurídica, São Paulo, ano I, nº 9, p. 46-51, dez. 2002.
12. MATTOS, Virgílio. Crime e psiquiatria: uma saída. Rio de Janeiro: Revan, 2006.
13. SHERIDAN, Daniel J. et al. Prediction of Interpersonal Violence: an Introduction. In: CAMPBELL, Jacquelyn (Org.). *Assessing Dangerousness: Violence by Batterers and Child Abusers*. 2. ed. Nova Iorque (EUA): Springer Publishing Company, 2007.