
Medidas de Segurança e violação de Direitos Humanos: uma realidade de isolamento social e familiar ainda em busca de solução humanizada¹

Adilson Donizeti de Oliveira

Mestrando do Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Direitos Humanos e Desenvolvimento da Justiça – PPG/DHJUS pela Universidade Federal de Rondônia (UNIR). Promotor de Justiça do Ministério Público de Rondônia. E-mail: adilsondonizetideoliveira@gmail.com. <https://orcid.org/0000-0002-2291-7368>.

Emília Oiye

Mestranda do Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Direitos Humanos e Desenvolvimento da Justiça – PPG/DHJUS pela Universidade Federal de Rondônia (UNIR). Promotora de Justiça do Ministério Público de Rondônia. E-mail: emiliaoiye@gmail.com. <https://orcid.org/000-0002-4250-2264>.

Resumo: Nesta pesquisa procuramos analisar as condições de acolhimento dos egressos do sistema penitenciário que cumpriram medida de segurança, levando-se em consideração que o Brasil é signatário de diversos Tratados Internacionais de Direitos Humanos e que, com a edição da Lei n. 10.216/2001, houve redirecionamento da lógica manicomial para assistência integral à pessoa com transtorno mental. Por outro lado, o Código Penal Brasileiro, aparentemente na contramão, prevê a aplicação da medida de segurança como instrumento de neutralização do indivíduo perigoso para a proteção da sociedade. Após análise de caso concreto e, comparado com relatos em outras pesquisas, concluímos que a previsão legal de assistência integral à pessoa com transtorno mental e, em benefício da sua saúde, não alcançou, no plano da realidade, a superação do modelo manicomial, sendo um desafio humanitário a ser alcançado.

Palavras-chave – Medida de segurança. Reforma Psiquiátrica. Direitos Humanos. Código Penal. Lei nº 10.216/2001.

Abstract: Abstract: In this research, we seek to analyze the reception conditions of former prisoners who have completed a security measure, taking into account that Brazil is a signatory to several International Human Rights Treaties and that, with the edition of Law n. 10,216/2001, there was a redirection of the asylum logic towards comprehensive care for people with mental disorders. On the Other hand, the Brazilian Penal Code, apparently against the grain, provides for the application of the security measure as an instrument to neutralize the dangerous individual for the protection of society. After analyzing a specific case and comparing it with reports in Other studies, we conclude that legal provision of comprehensive car for people with mental disorders

¹ [Recebido em: 22/12/2023 - Aceito em: 22/12/2023]

and, for the benefit of their health, did not achieve, in reality, the overcoming of the asylum model, being a humanitarian challenge to be achieved.

Keywords: Security measure. Psychiatric Reform. Human rights. Criminal Code Penal Code. Law n. 10.216/2001

Introdução

Conforme Manual Prático para atuação em Direitos Humanos elaborado pela Ordem dos Advogados do Brasil (OAB, 2016), o primeiro grande exemplo de propagação da ideia de que “todos os indivíduos são iguais e possuem determinados direitos que, por sua natureza de seres humanos, são inalienáveis, se desenvolveu a partir de propostas simples e de conceitos bem definidos, muitos deles oriundos de iniciativa efetivamente popular” [...] foi a lista de direitos contida na Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão.

Não obstante a utilização da linguagem de direitos humanos ser utilizada em movimentos esparsos, foi ressaltado no Manual (OAB, 2016, p. 20) que somente com a criação da Organização das Nações Unidas (ONU), em 1945, e com a Declaração Universal dos Direitos Humanos, em 1948, a proposta de desenvolver um sistema internacional de proteção aos direitos humanos ganhou forma institucional.

Salientado, ainda, no Manual citado (OAB, 2016, p. 22-23), que o Brasil é signatário da grande maioria dos direitos humanos (TIDH – Tratados Internacionais de Direitos Humanos) do sistema ONU (Organização das Nações Unidas) e do sistema OEA (Organização dos Estados Americanos), sendo que a Constituição da República Brasileira de 1998 determina ampla defesa dos direitos fundamentais e consagra a defesa dos direitos humanos como princípio da República (art. 4º, II).

Citando que “violações são atos que agredem direitos humanos”, é observado no Manual que:

O conceito de violação inclui atos de omissão diretamente imputados ao Estado pelo fracasso em tornar eficazes as obrigações legais derivadas da legislação internacional. As violações também ocorrem quando a legislação de um país, uma política ou prática oficial ou costumeira se contrapõe ou ignora obrigações assumidas pelo Estado; ou mesmo quando o Estado falha em atingir certo padrão de conduta ou de resultado específico relacionado à proteção ou promoção dos direitos humanos. Outro tipo de violação acontece quando o Estado diminui ou elimina proteções existentes aos direitos humanos (vedação ao retrocesso) (OAB, 2016, p. 35).

Especificamente em relação à saúde mental, Maria Dioniso de Andrade (2017), ressalta que:

A partir da segunda metade do século XX, impulsionada principalmente pelo pioneiro da psiquiatria humanizada, Franco Basaglia, psiquiatra italiano, inicia-se o movimento de ruptura com o tratamento conferido aos pacientes com problemas mentais pelas instituições psiquiátricas” [...] (ANDRADE, 2017, p. 1234).

Observa a citada pesquisadora que, em 1990, o Brasil tornou-se signatário da Declaração de Caracas, que propôs a reestruturação da assistência psiquiátrica e, em 2001, foi aprovada a Lei nº 10.216, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental (ANDRADE, 2017, p. 1235).

Destaca Andrade (2017, p. 1234) que então se iniciou no Brasil o movimento da luta antimanicomial e Reforma Psiquiátrica, orientados pela defesa dos direitos humanos e resgate da cidadania, institutos tradicionalmente desconhecidos quando a titularidade pertence a pessoas com transtornos mentais.

Esclarece, ainda, que anteriormente ao processo de Reforma Psiquiátrica, prevalecia o Decreto Presidencial nº 24.559, de 1934, que previa o reconhecimento de pacientes em hospitais psiquiátricos ‘mediante simples atestado médico’, que poderia ser solicitado por qualquer pessoa. (ANDRADE, 2017, p. 1235).

Desse modo, constatamos que a reforma psiquiátrica, fundada na Lei nº 10.216/2001, trouxe inovações referentes à Política Pública de Saúde mental, estabelecendo como regra o atendimento em liberdade e a utilização de recursos extra-hospitalares, dispendo o artigo 6º que “a internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos” (BRASIL, 2001).

1 Reforma Psiquiátrica e Código Penal

Conforme afirma Marcelo Matos de Oliveira *et al.* (2019, p. 59), “O ordenamento jurídico brasileiro exige a imputabilidade como requisito para aplicação de pena prevista no preceito secundário do tipo penal, ou seja, uma vez verificado que a pessoa é inimputável, a pena deixará de ser aplicada”.

Tratando da inimputabilidade psíquica, o Código Penal (Decreto-Lei nº 2.848/1940), em seu art. 26, prevê que “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” (BRASIL, 1940).

Desse modo, o autor de um crime considerado inimputável, no Sistema jurídico brasileiro, não deverá ser condenado às penas previstas em lei, mas a medida de segurança, conforme prevê o artigo 96, do Código Penal Brasileiro:

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.

Parágrafo único - Extinta a punibilidade, não se impõe medida de segurança nem subsiste a que tenha sido imposta (BRASIL, 1940).

Segundo Patrick Cacicedo e Santos (2022, p. 2), “construída a partir da ideia de periculosidade do sujeito, a medida de segurança foi a resposta do Sistema punitivo aos inimputáveis por transtorno mental que praticam um fato previsto como crime em lei”.

Afirmam os pesquisadores (2022, p. 2) que a medida de segurança se constituiu como um modelo de defesa social cujo principal instrumento foi o manicômio judiciário que implicou – e ainda implica – a sujeição de milhares de pessoas a um regime de sistemática violação de direitos fundamentais.

Conforme prevê o Código Penal e a Lei de Execução Penal, a desinternação ocorre com a cessação da periculosidade. Assim, como afirmam Cacicedo e Santos (2022, p. 5), “a medida tem como objetivo primordial a segurança da sociedade diante de um indivíduo tido como perigoso”.

Essa política manicomial ao longo dos anos culminou com um movimento político de transformação dessa realidade. O movimento antimanicomial ou a reforma psiquiátrica (CACICEDO; SANTOS, 2022, p. 6).

Tal processo histórico no Brasil resultou no advento da Lei 10.216, de 6 de abril de 2001, também conhecida como a ‘Lei Antimanicomial’ ou a “Lei da Reforma Psiquiátrica”. Verdadeiro marco no trato da saúde mental no país, a lei é especialmente avançada na matéria ao redirecionar a lógica manicomial para uma assistência integral à pessoa com transtorno mental e em benefício exclusivo de sua

saúde. Ela é, em verdade, a antítese da política manicomial levada a efeito até então” (CACICEDO; SANTOS, 2022, p. 7).

Marcelo Matos de Oliveira *et al.* (2019, p. 62) menciona que, com a edição da referida lei, a pessoa com transtorno mental deixaria de ser paciente e passaria a ser usuário da saúde mental. Ademais, conclui:

Todos esses pontos aqui levantados colaboram com violações aos direitos humanos daqueles que suportam a medida de segurança. Portanto, considerando o paradigma adotado pela atual Constituição da República brasileira, a dinâmica entre o que está positivado em lei e o modo como são executadas as medidas de segurança devem ser revistas e ensejam compreensões mais críticas, o que é possível por meio de um olhar multidisciplinar capaz de reestabelecer um discurso racional de um instituto que se deve adequar ao Estado Democrático de Direito (OLIVEIRA *et. al.*, 2019, p. 74).

Não obstante a constatação da necessidade de alteração da forma como é procedida a aplicação da medida de segurança, veremos que existem sérios obstáculos a impedir a aplicação da lei antimanicomial com efetivo respeito aos direitos humanos das pessoas com transtornos mentais, ou seja, a desinstitucionalização ainda não ocorre na maioria das instituições brasileiras que recebem os egressos do sistema penitenciário.

2 Medidas de Segurança e Direito à Saúde

Observado que o artigo 26 do Código Penal (1940) prevê a inimputabilidade em razão da capacidade do agente em entender o caráter ilícito praticado e determinar-se de acordo com ele, sujeitando-se atualmente à medida de segurança prevista no artigo 96 do Código Penal, deve ser avaliada a abordagem sobre o tema pela legislação da saúde mental.

Alessandra Mascarenhas Prado e Shindler (2017, p. 628) mencionam que “a medida de segurança disciplinada pelo Código Penal brasileiro e pela Lei de Execução Penal segue a lógica da internação como regra, em descompasso com o modelo assistencial em saúde mental disciplinado pela Lei de Reforma Psiquiátrica”.

Como se infere da legislação citada, a medida de segurança “representa a intervenção estatal na liberdade do indivíduo inimputável em razão de doença mental, que cometeu fato típico e antijurídico, à qual se atribui a função de tratamento, visando

preservar a sociedade do perigo que o indivíduo representa” (PRADO; SHINDLER, 2017, p. 629).

Assim, considerando que a Reforma Psiquiátrica possui características contrárias à hospitalização, as dificuldades para desinternação de pacientes e harmonização da legislação penal para a garantia de direitos da pessoa com transtornos mentais que pratica conduta considerada crime, deve ser avaliada.

Prado e Shindler (2017) criticam o fundamento da periculosidade que legitima a imposição da medida de segurança que se entende ser o risco que o indivíduo representa para a sociedade, presumido por ele não ter condições de entender o caráter ilícito ou de se posicionar de acordo com esse entendimento.

Conforme dispõe a Lei de Execução Penal (Lei nº 7.210/84), o Hospital de Custódia faz parte do Sistema prisional.

Por sua vez, a Portaria nº 001/2014 institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do SUS. Também a Portaria (MJ/MS) nº 1.777/2033 visou “ampliar as ações de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) para a população privada de liberdade, fazendo com que cada unidade básica de saúde prisional passasse a ser visualizada como ponto de atenção da Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2016).

Observam Alessandra Mascarenhas Prado e Shindler (2017):

As bases da reforma psiquiátrica representam a negação do quanto disposto na legislação penal. Enquanto a medida de segurança é utilizada, em regra, na modalidade de internação, no intuito de tratar e retribuir condutas ilícitas, a reforma surge para percorrer o caminho inverso, desinternar para reabilitar e garantir cidadania à pessoa com transtorno mental (PRADO; SHINDLER, 2017, p. 636).

Com efeito, considerando que a periculosidade ou a proteção da sociedade fundamentou a internação da pessoa com a aplicação da medida de segurança, existem barreiras no tratamento extra-hospitalar, especialmente na reabilitação, ante a possibilidade da ocorrência de outra violência, fazendo com que os responsáveis pela política pública continuem a tratar o egresso, ou mesmo aquele ainda em cumprimento de medida de segurança, como interno.

2.1 RESIDÊNCIA TERAPÊUTICA: ESPAÇO DE MORADIA

Com a edição da Lei nº 10.216/2001, houve a necessidade da substituição progressiva dos leitos em hospitais psiquiátricos para a implantação do novo modelo assistencial extra-hospitalar. Como mencionado, reduzir leitos e superar a condição de moradores em hospital implica a formação de alternativas de moradias para os egressos.

Para a desinstitucionalização e a reinserção das pessoas com transtornos mentais, há necessidade de se instalar a Residência Terapêutica (Portaria 106/2000 – alterada pela Portaria nº 3090/2011-MS), que tem como uma de suas diretrizes:

Os Serviços Residenciais Terapêuticos configuram-se como dispositivo estratégico no processo de desinstitucionalização. Caracterizam-se como moradias inseridas na comunidade destinadas a pessoas com transtorno mental, egressas de hospitais psiquiátricos e/ou hospitais de custódia. O caráter fundamental do SRT é ser um espaço de moradia que garanta o convívio social, a reabilitação psicossocial e o resgate de cidadania do sujeito, promovendo os laços afetivos, a reinserção no espaço da cidade e a reconstrução das referências familiares (BRASIL, 2011).

As Residências Terapêuticas são espaços de morar, articulados à rede de atenção psicossocial do município.

Assim, com a admissão de um morador na residência, há um longo processo de reabilitação, com busca progressiva da inclusão social e sua emancipação pessoal. No entanto, essa meta ainda não foi alcançada pelo Sistema Único de Saúde, embora existam casos de progressos na política de desinstitucionalização.

Estudando a Residência Terapêutica do Instituto de Saúde Mental em Brasília, a pesquisadora Daniela Martins Machado (2006) menciona que a unidade oferece assistência a pessoas com mais de 18 anos de idade com transtornos mentais, apresentando quadros psicóticos e neuróticos (graves – exceto os decorrentes de substâncias psicoativas), na modalidade hospital-dia e ambulatório.

Referida instituição iniciou como hospital-dia. Em 2003, em razão do fechamento da clínica de Repouso do Planalto – CRP, o ISM recebeu 26 usuários na expectativa de ali permanecerem por alguns meses até designação para residência terapêutica. Desses 26 usuários, sete retornaram para suas famílias, dois foram encaminhados a abrigos de idosos. Permaneceram 17 usuários sem vínculos sociais ou familiares. Atualmente o ISM mantém a Residência Terapêutica. As pessoas ali residentes são, em sua maioria, pessoas com longa história de internação em

instituições manicomiais, alguns com internações psiquiátricas há pelo menos 40 anos (MACHADO, 2006, p. 80).

Durante a pesquisa, foi verificado que a direção da instituição, com parceria do Ministério Público e a ONG Inverso, promoveu discussões para mudanças na residência terapêutica, com a transferência para outra área do ISM, onde deveria ser alterado o funcionamento muito semelhante a uma enfermaria para a de uma casa, onde os usuários pudessem retomar sua autonomia para cozinhar, lavar, limpar e organizar como é de costume dos moradores na cidade (MACHADO, 2006, p. 84).

A pesquisadora afirma que:

enquanto os Serviços Residenciais Terapêuticos não são instalados na comunidade, deve-se investir na questão do habitar – enquanto a superação do estar que o manicômio oferece. Aqui estamos falando de iniciar o trabalho reabilitativo ainda dentro da instituição, avançando-se da atenção humanizada para o investimento possível na reintegração das identidades perdidas, na produção de subjetividade singularizada, com horizontes de significação cada vez mais amplos, no aumento do poder contratual dos usuários e no seu campo de vivências internas transformadoras” (MACHADO, 2006, p. 158).

Por fim, destacou que de nada serviriam as reformas externas enquanto as práticas não vierem acompanhadas de reformas internas:

A medida da desconstituição do manicômio interno evidencia-se no justo momento em que o outro, de louco, passa a ser um igual, a quem se deve todo o respeito e consideração, a quem se deve tratar com zelo e reverência, alguém que insira indicação quando percebido negligenciado, maltratado ou excluído, que inspira esforços contrários a conjunturas opressoras e segregadora, as e que inspira ações éticas e solidárias no sentido da sua inclusão social (MACHADO, 2006, p. 159).

Percebemos que, como o exemplo citado, muitas residências terapêuticas ainda possuem características asilares e não buscam a autonomia da pessoa, proporcionando que ela seja organizada como um lugar habitado por pessoas livres e autônomas e que também são merecedoras de identidade e reconhecidas como ser humano merecedor da convivência social que lhe proporcione bem-estar.

3 Medida de segurança – estudos de casos

Considerando que escolhemos um caso concreto para análise, buscamos pesquisar outros que pudessem demonstrar como está sendo a aplicação da lei

antimanicomial em nosso país para que possamos compreender a situação em que se encontra a política pública antimanicomial.

3.1 CASO DAMIÃO XIMENES

Martinho Braga e Silva (2013, p. 1257), ao tratar da primeira condenação do Brasil por violação dos direitos humanos, o “Caso Damião Ximenes”, afirma que [...] “A classificação da vítima como uma pessoa com ‘deficiência’, e não ‘transtorno mental’, contribuiu para a condenação, a perícia tornando-se fundamental para o desfecho do caso”.

Ressalta que o caso se tornou notícia por conta dos precedentes que essa condenação abriu nas jurisprudências nacional e internacional, sendo a primeira vez que um país foi condenado por violar direitos humanos de pessoas acometidas de transtorno mental nesses tribunais internacionais (SILVA, 2013, p. 1259).

Martinho Braga e Silva, afirma:

Os tratados internacionais que dizem respeito às pessoas com deficiência englobam aqueles que se referem a portadores de transtorno mental nesse terreno contemporâneo da articulação entre saúde mental e direitos humanos (CUDLEY; SILOVE; GALÉ, 2012, p. VII), a condição de vulnerabilidade e a necessidade de proteção destacando-se nesse cenário, de modo que a questão do confinamento da violência ganha relevo. [...] (SILVA, 2013, p. 1272).

3.2 HOSPITAIS DE CUSTÓDIA E TRATAMENTOS DA BAHIA (HCTP)

Conforme descrevem Prado e Shindler (2017, p. 628), na análise das dificuldades sobre as desinternações dos pacientes dos Hospitais de Custódia e Tratamentos Psiquiátricos (HCTP) da Bahia, há necessidade da revisão do modelo atual de medida de segurança por dificultar a reintegração do ex-paciente.

Referidos pesquisadores, ao realizarem levantamento dos pacientes judiciários institucionalizados, no período de outubro/2012 a março de 2013), de 87 pacientes no hospital, 17 eram pessoas institucionalizadas, com sentenças favoráveis à desinternação e que não conseguiram sair por apresentarem problemas sociais (PRADO; SHINDLER, 2017, p. 640).

No estudo referido, citaram que existiam dois pacientes internados há mais de 30 anos na unidade e que, em razão de suas debilidades físicas e mentais, aliadas ao abandono social, se encontravam institucionalizados e necessitavam de cuidados maiores por parte da instituição que os recebessem. Salientaram que:

Não é possível ignorar que a pessoa com transtorno mental sempre necessitará de acompanhamento médico, em maior ou menor grau – o que não significa inserção, mas medicação e de outras formas de terapia. O abandono social, a falta de meios de subsistência, a falta de estrutura física fora do hospital que os acolha e atenda suas necessidades são fatores que não podem ser esquecidos quando se trata da prática de novos ilícitos pós-desinternação. A periculosidade é uma justificativa engendrada pelo positivismo para tratar a saúde mental como questão de segurança pública e estabelecer uma política higienista dos comportamentos fora do padrão médio da conduta. (PRADO; SHINDLER, 2017, p. 642).

Foi constatado que dos 17 pacientes, quatro laudos referiam-se à substituição da inserção por tratamento extra-hospitalar e em 13 casos os laudos referiam-se à cessação de periculosidade (PRADO; SHINDLER, 2017, p. 642).

Em considerações finais, Prado e Shindler salientaram que:

com a análise dos 17 casos do HCTP/BA, foi possível verificar que a medida de segurança de internação aplicada como regra, não respeita o direito da pessoa com transtorno mental às assistências médica e psicossocial adequadas, institucionaliza esse indivíduo e dificulta seu retorno ao convívio social, pois lhe retira autonomia, acarreta um corte com os poucos vínculos sociais, a torna ainda mais esquecida pela sociedade e pelos órgãos públicos (PRADO; SHINDLER, 2017, p. 647).

Ao final, informam os pesquisadores que os 17 pacientes institucionalizados ainda aguardam vaga na rede pública de atenção à saúde para serem desinternados, apesar da decisão que determina o retorno ao convívio social extramuros, demonstrando a dificuldade de se desvencilharem do estigma da periculosidade, reforçado por sua passagem e o tempo de permanência em unidade prisional (PRADO; SHINDLER, 2017, p. 648).

Conforme estudo acima relacionado, tendo como fontes documentos do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico – Bahia, os pacientes estavam no local há mais de 30 anos e que, em razão de suas debilidades físicas e mentais, aliadas ao abandono social, encontravam-se institucionalizados e necessitavam de cuidados maiores por parte da instituição que os receba (PRADO; SHINDLER, 2017, p. 642).

A pesquisa mencionada ressalta a inexistência de vínculos familiares e sociais. Foi constatado que “todos os casos exibem peculiaridades que reforçam o caráter estigmatizante e segregador do instituto da medida de segurança no ideário social” (PRADO; SHINDLER, 2017, p. 643).

Destaca-se ainda que, considerando que a população carcerária do hospital estudado é composta basicamente de pessoas com baixo poder aquisitivo, as famílias informam que não têm condições financeiras para receber interno de volta (PRADO; SHINDLER, 2017, p. 643).

Em suas considerações finais, os pesquisadores concluem que:

A institucionalização representa alienação dos pacientes custodiados, que se adaptam a uma vida cheia de regras e atividades predefinidas, que fazem parte da dinâmica do Hospital de Custódia. Nesses locais, os remédios, bem como a alimentação, são dados em ora certa, existem momentos definidos para acordar, para dormir, para tomar banho de sol, entre outras atividades (PRADO; SHINDLER, 2017, p. 647).

3.3 AÇÃO CIVIL PÚBLICA E EGRESSOS DO SISTEMA PENITENCIÁRIO EM RONDÔNIA

No Estado de Rondônia não há implantação de residência terapêutica como prevê a Portaria nº 106 de 11 de fevereiro de 2000 e, em razão da existência de um grupo de homens que, apesar de não mais cumprirem medida de segurança e continuarem “residindo” no interior do presídio, foi proposta pela Defensoria Pública do Estado de Rondônia, ação civil pública para que fosse regularizada situação em uma unidade adequada.

Escolhemos este caso para analisar a legislação existente sobre o atendimento da pessoa com transtorno mental, especialmente sobre a falta de atendimento dos egressos do sistema penitenciário que estiveram sob medida de segurança, contudo, perderam os vínculos familiares e não possuem autonomia psíquica para sua manutenção.

Esclarecemos que citaremos fatos contidos em ação civil pública e em inquérito civil público onde constam as atividades desenvolvidas pela Defensoria Pública, do Poder Judiciário, do Poder Executivo e do Ministério Público em solucionar a falta de residência terapêutica e, especificadamente, no caso dos homens residentes em instituição do Sistema Penitenciário.

Analisando os Autos registrados sob nº 0003168-33.2014.8.22.0001 (ação civil pública em cumprimento de sentença), que tem como autora a Defensoria Pública do Estado de Rondônia, proposta em face do Estado de Rondônia, visando à abertura de vagas para cumprimento de Medida de Segurança em Rondônia. O pedido da ação foi no sentido de que fosse “regularizada a situação e transferir todos os transtornados mentais presos para outro estabelecimento adequado, que não as penitenciárias em que se encontram deixados à própria sorte”.

Essa ação teve como suporte um relatório social da Defensoria Pública Estadual onde foi informado que o local onde as Medidas de Segurança cumpriam pena era inadequado. Foi informado, ainda, que no dia 14.11.2013 foram encontrados nos locais denominados de Vale do Guaporé, 14 homens e na Casa Terapêutica, 11 homens.

Consta, ainda, relatório da Secretaria de Estado da Saúde, Coordenação Estadual de Saúde no sistema Prisional (SESAU), informando que havia em Porto Velho 24 pessoas com medidas de segurança sob regime de internação, sendo 10 pacientes internados na Casa Terapêutica e 14 numa ala de tratamento psiquiátrico no Centro de ressocialização Vale do Guaporé (16.06.2014).

O Ministério Público do Estado de Rondônia ingressou na ação no polo ativo da demanda juntamente com a Defensoria Pública.

Foi apresentada justificativa técnica para construção de uma unidade básica de saúde dentro do sistema penitenciário do Município de Porto Velho (Secretaria do Estado de Justiça e Gerência de Saúde Penitenciária do Estado).

Em reunião realizada em razão da ação civil pública, foi determinado pelo Juízo da Vara da Fazenda Pública a formação de equipe para definição do fluxo de atendimento e necessidade de ala psiquiátrica do HB até a conclusão da reforma em andamento (05/2015).

Juntado relatório da Defensoria Pública do Estado de Rondônia, datado de 09.12.2016, sobre a unidade de atenção psicossocial da pessoa com transtorno mental em conflito com a lei, informando que no local havia duas casas, sendo que na Casa 01 ficavam os pacientes que cumprem medida de segurança e na Casa 02, pacientes egressos, já em liberdade. Observado que os homens da Casa 02, com reclusão de 15 anos, no mínimo, não recebem visitas porque perderam o vínculo familiar.

A sentença julgou procedente o pedido a fim de condenar o Estado de Rondônia a: I – manter estrutura de atendimento aos submetidos a medidas de segurança, observando no mínimo as condições fixadas no compromisso de fls. 522/529, conjugando ações da SEJUS, SESAU e demais órgãos e unidades; II – apresentação de projeto definitivo de atendimento aos submetidos a medidas de segurança, no prazo de 60 dias, definindo a sua forma de estruturação e as ações a serem realizadas para sua implementação; III – comprovação de viabilidade orçamentária e financeira para execução do projeto; IV – disponibilização de forma permanente estrutura física e assistencial adequada ao atendimento inclusivo na área de saúde mental para a execução das medidas de segurança impostas a pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei, em conformidade com a Lei 10.216/2001.

Em sede de apelação, assim ficou a ementa:

Apelação Cível. Ação Civil Pública. Estabelecimento de internação. Réus submetidos a Medida de Segurança. Estrutura física e humana inadequadas.

1. a adoção de providências no curso da Ação Civil Pública, ainda que razoáveis, porém sem projeto específico e permanente, não justifica o reconhecimento de que o Estado de Rondônia já atendeu o objeto da demanda.
2. Condenação que visa garantir a manutenção e aprimoramento do atendimento aos submetidos a medida de Segurança no Estado de Rondônia nos termos da legislação, de forma permanente.
3. Recurso provido parcialmente.

Em fase de cumprimento de sentença, o Ministério público apresentou relatório de visita às Casas 01 e 02, atualmente separadas por muros. Na Casa 01 ficam alojados os que cumprem medidas de Segurança. Na Casa 2 estão alojados os egressos da unidade de medida de segurança, sem vínculo com o sistema prisional ou com familiares. Foram apontados problemas nos acabamentos, esgotamento sanitário, dentre outros. Na data da análise (julho/2022), o feito encontrava-se com prazo aberto para o Estado de Rondônia manifestar-se sobre as irregularidades no relatório.

Em razão da informação da necessidade da instalação de residência terapêutica, de competência do Município de Porto Velho, foi instaurado inquérito civil público (autos n. 2016001010026852) pela 12ª Promotoria de Justiça da Comarca de Porto Velho visando otimizar a instalação desse serviço. Em 2017, a SEMUSA (Secretaria Municipal de Saúde) de Porto Velho informou que possuía três pontos de

serviços voltados aos pacientes com transtornos mentais e, em virtude da prioridade daquela gestão, estava investindo em outras estruturas da Rede de Atenção Psicossocial.

Neste feito foi informado que o FECOEP – Fundo Estadual de Combate e Erradicação da Pobreza de Rondônia, gerido pela Secretaria Estadual de Assistência Social – SEAS financiaria projeto, em 2018, para a implantação da residência terapêutica (abril de 2019).

Por fim, realizada visita no local em que residem os homens que cumpriram medida de segurança, constatou-se o isolamento social, especialmente perda dos vínculos familiares e, em razão das suas condições pessoais, com dificuldades em contar suas histórias ou mesmo realizar atividades corriqueiras como cozinhar, lavar, ler. Os objetos que possam ser utilizados em eventual violência, são retirados do local, como vidros nas janelas ou até mesmo ventiladores.

Constatamos que, desde o primeiro caso em que o Brasil foi condenado por violação de direitos humanos relacionados à pessoa com deficiência mental, permanece a dificuldade em implantar uma residência em que se possa realizar o devido acolhimento, implantando-se um lugar para habitar e não para simplesmente permanecer.

Não obstante a diferença entre o primeiro caso, onde o internado sofreu violações psíquicas e físicas, vindo a falecer, as pessoas que são institucionalizadas continuam a viver em isolamento, sem que o avanço legislativo e a obrigação, via ação judicial, de se buscar um mínimo existencial no sentido de receberem tratamento humanizado possam proporcionar políticas públicas para a mudança do paradigma manicomial.

Conforme descrevemos, por força de decisão judicial, foi instalada uma casa para os egressos do sistema penitenciário que estavam sob medida de segurança, contudo, ainda continuam como internos, não como moradores. Os dias passam e não há expectativa de execução de atividades domésticas, lazer, trabalho, estudo ou mesmo projetos terapêuticos individualizados. Ali aguarda-se o tempo passar.

4 Considerações finais

Os textos analisados demonstram que o sistema penal necessita de uma profunda reflexão sobre a efetividade da aplicação da medida de segurança e suas consequências, devendo ser buscada harmonia com o sistema de saúde pública.

Se a medida de segurança é um modelo de defesa social, o modelo antimanicomial é um modelo que deve possibilitar o retorno ao convívio social e familiar daquele que praticou o crime e foi considerado inimputável, uma vez que as consequências da aplicação da medida de segurança sem a alteração dos paradigmas de internação trazem sofrimento extremo para aquele que é internado por transtorno mental.

É certo que o assunto ocasiona dilemas e problemas práticos. Não desconhecemos a grande dificuldade para o tratamento adequado da pessoa com transtorno mental no Brasil e, tratando-se de pessoa que praticou um crime e, por isso, considerada um perigo social, redobra-se a falta de condições para um tratamento humanizado e efetivo. Seja pelo estigma da periculosidade, seja pela falta de políticas públicas em inúmeras áreas da saúde pública.

Desse modo, constatamos que a medida de segurança geralmente causa afastamento do convívio social e familiar do interno, tornando-o inapto para a prática de atos comuns de convivência.

Considerando o fim do manicômio judiciário, com prioridade no atendimento extra-hospitalar, não basta a implantação de casas (residências terapêuticas), sem que o residente tenha seus direitos sociais reconhecidos.

Patrick Cacicedo e Santos (2022) ressaltam:

O avanço normativo na tutela de direitos fundamentais das pessoas com transtorno mental é significativo. Do rompimento como sistema manicomial, passando pelo estabelecimento do tratamento humanizado instituído pela reforma psiquiátrica, até o estágio atual de acolhimento específico de direitos fundamentais pelo Estatuto da Pessoa com Deficiência, verifica-se uma verdadeira revolução humanitária. Resta, no entanto uma série de desafios concretos no campo da execução penal, ligados diretamente à ideia de liberdade e sujeição ao poder punitivo do Estado

Das pesquisas analisadas concluímos que, em razão da constatada periculosidade do inimputável, ao determinar-se a internação para efetivação de um tratamento psiquiátrico, na maioria das vezes, essa decisão exclui o interno do convívio social e familiar em razão de que ainda existem obstáculos à aplicação da lei antimanicomial.

Passados anos internado, sem que lhe tenha sido proporcionado atividades comuns de um morador em sua residência, geramos uma pessoa sem independência para a prática de atos corriqueiros como cozinhar, lavar, assistir televisão, conversar ou interagir com as outras ali residentes ou até mesmo com os profissionais.

Percebemos a evolução no tratamento dos internos, uma vez que os inimputáveis não são mais internados em manicômios, no entanto, constatamos que ainda são colocados a morar dentro dos presídios ou em locais em que apenas “ficam” sem a realização de projetos terapêuticos na busca pelo retorno ao convívio social e familiar, como no caso do Estado de Rondônia.

No caso que analisamos, verificamos que as pessoas que estão na casa moradia dentro do complexo penitenciário são pessoas livres, contudo, perderam expectativa de uma vida social em razão da impossibilidade de entendimento ou sentimento que o motive à sua autodeterminação sobre coisas mínimas como comer, tomar banho e até divertir-se. Ali não existe futuro, não existe alegria, não existe perspectiva de desinstitucionalização, até pela perda da capacidade de reintegração social e familiar.

Há necessidade de instalação de residência terapêutica, não apenas nos quesitos formais, mas no campo humanitário, com fortalecimento das políticas públicas e adoção de práticas efetivas com atividades interdisciplinares, não somente na área da execução penal ou da saúde.

Voltando ao início deste texto, ao falarmos de direitos humanos, [...] “organizações internacionais legitimaram e deram sustentação institucional para os movimentos reformistas em Saúde Mental” (Declaração de Caracas – adotada pela Organização Mundial de Saúde em Caracas, Venezuela, em 14 de novembro de 1990, no qual o Brasil foi signatário), declarando:

1. Que a reestruturação da atenção psiquiátrica ligada a Atenção Primária de Saúde e nos marcos dos Sistemas Locais de Saúde permite a promoção de modelos alternativos centrados na comunidade e nas suas redes sociais;
2. Que a reestruturação da atenção psiquiátrica na região implica a revisão crítica do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico na prestação de serviços;
3. Que os recursos, cuidado e tratamento devem: Salvar a dignidade pessoal e os direitos humanos e civis; Estar baseados em critérios racionais e tecnicamente adequados; Propiciar a permanência do paciente em seu meio comunitário.
4. Que as legislações dos países devem se ajustar de maneira que: Assegurem o respeito aos direitos humanos e civis dos pacientes mentais; Promovam a organização de serviços que garantam seu cumprimento;

5. Que a capacitação dos recursos humanos em Saúde Mental e psiquiátrica deve ser realizada apontando para um modelo cujo eixo passe pelo serviço de Saúde comunitário e propicie a internação psiquiátrica em hospitais gerais, de acordo com os princípios diretores que fundamentam esta reestruturação;

6. Que as Organizações, associações e demais participantes desta Conferência se comprometam acordada e solidariamente a assegurar e desenvolver nos países programas que promovam a reestruturação, assim como se comprometam pela promoção e defesa dos direitos humanos dos pacientes mentais de acordo com as legislações nacionais e com os respectivos compromissos internacionais (VENEZUELA, 1990).

Somos signatários da Declaração de Caracas, mas ainda não sabemos como tratar a pessoa que, institucionalizada, recebeu o estigma de “ser perigoso”, reiterando-se a violação de direitos humanos ante a incapacidade de garantir um modelo de saúde e assistência social centrado na comunidade, não obstante a intervenção de vários atores do sistema de justiça.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Mariana Dionísio. **Direitos Humanos das Pessoas com Deficiência Mental: Tratamento Institucional no Contexto Brasileiro**. Vo. 10, nº 02, Rio de Janeiro, 2017, pp.1226-1243. DOI:10.12957/rqi.2017.25082.

BRASIL. Decreto-Lei 2.848, de 07 de dezembro de 1940. **Código Penal**. Diário Oficial da União, Rio de Janeiro, 31 dez.

CACICEDO, Patrick; SANTOS, Thiago Pedro Pagliuca. **Execução Penal e Saúde mental: Crítica da Medida de Segurança e Direitos Fundamentais a partir do Regime da Dupla Garantia**. <https://doi.org/10.18598/ejil.30593>. Disponível em: <<https://periodicos.unoesc.edu.br/espacojuridico>> (acesso em 07.11.2022).

JACARANDÁ, Rodolfo de Freitas (Direção de Pesquisa e Execução. PATRIOTA, Everaldo Siqueira (Coordenador – Presidente da Comissão Nacional de Direitos Humanos – CFOAB). **Manual Prático Para Atuação em Direitos Humanos**. Ordem dos Advogados do Brasil. Conselho Federal. Comissão Nacional de Direitos Humanos. Brasília, 2016. ISBN 978-85-7966-053-5.

MACHADO, Daniela Martins. A desconstrução do manicômio interno como determinante para a inclusão social da pessoa em sofrimento mental. 173 f. **Dissertação (mestrado em ciências da saúde) Universidade de Brasília**. Brasília 2006. <https://repositorio.unb.br/handle/10482/4867> acessado em 11.11.2022.

OAB. **Manual prático para atuação em direitos humanos**/coordenador: Everaldo Bezerra Patriota; direção de pesquisa e execução: Rodolfo de Freitas Jacarandá. Brasília: OAB, Conselho Federal, 2016.

OLIVEIRA, Marcelo Matos de. FREITAS Sérgio Henrique Zandoná. A Medida de Segurança e os Direitos Humanos: a periculosidade à Luz da Lei 10.216/2001 da Necessidade de Limitação do Poder Punitivo do Estado. **Revista de Criminologias e Políticas Criminais**. E-ISSN: 2526-0065, v. r, n.1, p. 58-78, jan/jun. 2019.

PRADO, Alessandra Mascarenhas Prado; SHINDLER, Danilo. 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**. São Paulo. V. 13. N2. 628-652. Maio-ago 2017.

SILVA, Martinho Braga e. Um caso entre a saúde mental e os direitos humanos: as versões e a vítima. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 23[4]:1257-1275, 2013.

VENEZUELA. Declaração de Caracas. Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e Organização Mundial de Saúde, 1990.