

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ – PUCPR
ESCOLA DE EDUCAÇÃO E HUMANIDADES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITOS HUMANOS E POLÍTICAS
PÚBLICAS – PPGDH/PUCPR**

ANNE COBBE

**PODER PSQUIÁTRICO E VIOLAÇÕES DE DIREITOS HUMANOS NO
CUMPRIMENTO DAS MEDIDAS DE SEGURANÇA NO SISTEMA PENAL**

**CURITIBA
2021**

ANNE COBBE

PODER PSQUIÁTRICO E VIOLAÇÕES DE DIREITOS HUMANOS NO
CUMPRIMENTO DAS MEDIDAS DE SEGURANÇA NO SISTEMA PENAL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Direitos Humanos e Políticas Públicas – PPGDH, na área de concentração em História e Teoria dos Direitos Humanos, da Escola de Educação e Humanidades, da Pontifícia Universidade Católica do Paraná – PUCPR, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Direitos Humanos e Políticas Públicas.
Orientador: Prof. Dr. Rodrigo Alvarenga.
Coorientadora: Prof^a. Dr^a. Célia Carta Winter.

CURITIBA
2021

Dados da Catalogação na Publicação
Pontifícia Universidade Católica do Paraná
Sistema Integrado de Bibliotecas – SIBI/PUCPR
Biblioteca Central
Edilene de Oliveira dos Santos CRB-9 /1636

C653p
2021 Cobbe, Anne
Poder psiquiátrico e violações de direitos humanos no cumprimento das medidas de segurança no sistema penal / Anne Cobbe; orientador: Rodrigo Alvarenga; coorientadora: Célia Carta Winter. -- 2021
201 f. ; il. : 30 cm

Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, 2021.
Bibliografia: f.183-192

1. Direitos humanos. 2. Execução penal – Medidas de segurança. 3. Periculosidade (Direito). 4. Psiquiatria. I. Alvarenga, Rodrigo. II. Winter, Célia Aparecida Ferreira Carta, 1953-. III. Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Programa de Pós-Graduação em de Pós-Graduação em Direitos Humanos e Políticas Públicas. IV. Título.

CDD. 20. ed. – 323.4

ANNE CAROLINE COBBE DE FREITAS

**PODER PSQUIÁTRICO E VIOLAÇÕES DE DIREITOS HUMANOS NO
CUMPRIMENTO DAS MEDIDAS DE SEGURANÇA NO SISTEMA PENAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Direitos Humanos e Políticas Públicas – PPGDH, na área de concentração em História e Teoria dos Direitos Humanos, da Escola de Educação e Humanidades, da Pontifícia Universidade Católica do Paraná – PUCPR, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Direitos Humanos e Políticas Públicas.

Prof. Dr. Rodrigo Alvarenga
Orientador
PPGDH – PUCPR

Prof^a. Dr^a. Célia Carta Winter
Coorientadora
Psicologia – PUCPR

Prof. Dr. Ilzver de Matos Oliveira
Membro interno
PPGDH – PUCPR

Prof. Dr. André Giamberardino
Membro externo
PPGDH – UFPR

Prof. Dr. Marcelo Kimati
Membro externo
UFPR

Prof. Dr. Juarez Cirino dos Santos
Membro externo
ICPC

Curitiba, 31 de agosto de 2021.

Às mulheres e aos homens enclausurados em manicômios judiciários em todo território, em particular àqueles que apenas pude conhecer o sofrimento sob o olhar supostamente técnico-científico de outros. Agradeço a vocês a oportunidade de desenvolvimento pessoal, da empatia, da escuta e do reconhecimento do sofrimento do Outro. Lamento à violência a que estão sujeitos e as mortes precoces e evitáveis. Suplico perdão à ignorância das ações humanas acompanhado de um sentimento de esperança da destruição total destes locais onde a violência é a Lei.

A luta continua!

AGRADECIMENTOS

Serei eternamente agradecida à amiga **Paula Abiko**, pois, graças a ela, conheci a **Dr^a. Andreza Lima de Menezes**, defensora militante da Luta Antimanicomial e, tão logo soube da minha pesquisa, disponibilizou todos os laudos que estavam a seu alcance para o desenvolvimento da metodologia e coleta de dados. Não tenho palavras para agradecê-la e a Defensoria Pública do Paraná (DPE/PR) por terem viabilizado esta pesquisa e além da excelente atuação na defesa dos direitos dos vulnerabilizados.

Aos funcionários do PPGDH/PUCPR, especialmente à querida **Maria**, pelo carinho, paciência e disposição em ajudar. Ao meu orientador **Prof. Dr. Rodrigo Alvarenga** pelo aceite do novo projeto de pesquisa. Aos **Prof. Dr. Izver de Matos Oliveira** e **Prof. Dr. Marcelo Kimati** presentes no exame de qualificação de dissertação e pelas contribuições.

Minha eterna gratidão, admiração e agradecimento ao magnânimo jurista **Prof. Dr. Juarez Cirino dos Santos** pelo aceite do convite e sua participação no exame público de defesa de dissertação, por suas excelentes explicações e domínio do tema, suas indicações ao trabalho e por compartilhar conosco seu conhecimento.

Representando a Defensoria Pública do Estado do Paraná (DPE/PR), agradeço o aceite na participação no exame público de defesa de dissertação o **Prof. Dr. André Giamberardino** e seus valiosos apontamentos sobre o trabalho e o tema de quem atua diariamente na defesa dos direitos das pessoas que estão em cumprimento de medida de segurança.

Por último, mas, definitivamente, não menos importante... Não há palavras para agradecer a minha eterna orientadora **Prof^a. Dr^a. Célia Aparecida Ferreira Carta Winter**. Desde a graduação em Psicologia, na Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR/PR), onde a transferência e a transmissão da Psicanálise tiveram apenas seu início. E, este trabalho, definitivamente não representa o fim. É apenas o começo de uma longa parceria! Um brinde!

Mesmo com todos os obstáculos e dificuldades que passamos durante o desenvolvimento da presente pesquisa, sou muito grata e sinto muito orgulho de finalizar esta pesquisa ao lado de duas mulheres incríveis: a Defensora Pública **Dr^a. Andreza Lima de Menezes** e a **Prof^a. Dr^a. Célia Aparecida Ferreira Carta Winter**.

Por fim, agradeço à CAPES pela oportunidade de realizar a presente pesquisa.

Não passarão! *Only over my dead body!*

“Com quantos doidos se faz uma cidadezinha? É o que está prestes a investigar o ilustre Dr. Simão Bacamarte, renomado médico com estudos no exterior, que funda na vila de Itaguai a Casa Verde, instituto onde pretende estudar e tratar todos os que sofrem de transtornos mentais” (CLASEN, 2019).

Parafrazeando Luisa Clasen, na apresentação da obra *“O alienista”*, com primeira publicação no ano de 1882, do conhecidíssimo e renomadíssimo escritor brasileiro Machado de Assis, que dispensa toda e qualquer apresentação, amparada pelo princípio da situacionalidade textual, permito-me dizer:

“Com quantos laudos periciais-psiquiátricos se mantém um manicômio judiciário? É o que esta pesquisa está prestes a demonstrar através de método científico ao longo da presente dissertação, investigada pela curiosa discente, que, baseada nos dados coletados, resultados obtidos e discussão com outras pesquisas sobre o tema, concluiu que pretende desconstruir a ideia manicomial presente na sociedade e extinguir materialmente os Hospitais de Custódia e Tratamento Penal, pois tratam-se de Instituições nas quais direitos humanos de pessoas que sofrem de transtornos mentais e incorreram em normal penal são violados cotidianamente.”

Para romper com essa monstruosa opção, para afastar a hipocrisia e a insensibilidade, é preciso, em primeiro lugar, tentar compreender o significado da privação de liberdade. É preciso conduzir nosso olhar, nossa imaginação, nossos sentimentos, para dentro dos muros das prisões, esforçando-nos por imaginar a infinita dor das pessoas que sofrem a pena, esforçando-nos para deixar de lado a indiferença, os preconceitos, as abstratas ideias que privilegiam a “ordem”, a “segurança”, a “defesa da sociedade”, ideias que, esquecendo-se da igualdade originária entre todos os indivíduos dividem-nos entre “cidadão de bem” e “criminosos”, nefastas ideias que fazem acreditar na ilusão cruel de que, para se ter tranquilidade e segurança, seria necessário colocar mais e mais pessoas atrás das grades e muros (KARAM, 2009, p. 15-16).

RESUMO

A presente pesquisa versa sobre o uso do exame de verificação de cessação de Periculosidade (EVCP) e as violações de direitos humanos no âmbito da Execução Penal, por meio da institucionalização de pessoas portadoras de transtorno mental consideradas com alto grau de periculosidade, nos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP), em regime de internação compulsória. Nesse sentido, colocou-se a seguinte problematização: de que forma o exame de verificação de cessação de periculosidade se relaciona com a violação de direitos humanos na execução penal do sistema de justiça criminal brasileiro? Com o intuito de responder esta questão, a pesquisa desenvolvida teve como objetivo analisar a relação do uso do EVCP dos indivíduos que se encontram sob custódia do HCTP com a violação de direitos humanos. Para isso, analisou-se as informações dos laudos periciais resultantes das avaliações, com a finalidade de compreender a relação da Psiquiatria e da Psicologia no decorrer das medidas de segurança. Trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem interdisciplinar, na qual se utilizou, para coleta de dados, a técnica de pesquisa documental. Por se tratar de uma pesquisa com tal abordagem, a análise de conteúdo dos dados coletados é qualitativa e esses dados são sistematizados com base no art. 58.º da Resolução n.º 2.057/2013, do Conselho Federal de Medicina e foram interpretados à luz do referencial teórico da Biopolítica e do Poder Psiquiátrico, da Criminologia Crítica, da Psicanálise e da Teoria Crítica dos Direitos Humanos. Foram analisados 10 laudos médico-periciais, ficando os documentos psicológicos excluídos da análise, em virtude de posicionamento jurisprudencial apurado no decorrer da pesquisa. Verificou-se a violação do princípio da dignidade humana e dos direitos à liberdade, à saúde, à intimidade e ao sigilo médico e à vida pelo sistema penal, com a participação da Psiquiatria durante a internação. A Lei Antimanicomial é um grande passo legislativo e um marco fundamental da reforma psiquiátrica e da conquista dos direitos humanos no Brasil. A referida lei alcançou avanços na proteção dos direitos humanos para os portadores de transtornos mentais. No entanto, a Reforma Psiquiátrica, mesmo impulsionada por excelentes intenções, a fim de colocar um ponto final na história dos manicômios judiciários e buscar a reinserção do “doente mental”, ainda não conseguiu ultrapassar as sólidas barreiras das Instituições Totais. O exame, por meio do parecer psiquiátrico, relaciona-se com a violação de direitos humanos na execução penal como um ato formal médico que se apresenta como real alvará de soltura das internações. Neste sentido, a Psiquiatria decide quem continuará submetido às violações de direitos humanos e quem alcançará o seu *status* de cidadão e o respeito à dignidade humana.

Palavras-chave: Execução Penal. Medida de segurança. Periculosidade. Psiquiatria. Direitos Humanos.

ABSTRACT

This research deals with the use of the Cessation of Dangerousness Verification Examination and human rights violations within the scope of Criminal Execution, through the institutionalization of people with mental disorders considered to be highly dangerous in the Custody Hospitals and Psychiatric Treatment in a compulsory inpatient regime. In this sense, the following questioning was raised: in what way does the examination for verification of cessation of dangerousness relate to the violation of human rights in the criminal execution of the Brazilian criminal justice system? To answer this question, the research developed aimed to analyze the relationship between the use of the examination of individuals who are in the custody of the psychiatric hospital and the violation of human rights. The information from the expert reports resulting from the evaluations was analyzed, in order to understand the relationship of Psychiatry and Psychology in the course of security measures. This is a descriptive research with an interdisciplinary approach, in which the documentary research technique was used for data collection. As this is a research with such an approach, the content analysis of the data collected is qualitative, systematized based on the no art. 58o da Resolução no. 2.057/2013, do Conselho Federal de Medicina and were interpreted in the light of the theoretical framework of Biopolitics and Psychiatric Power, Critical Criminology, Psychoanalysis and the Critical Theory of Human Rights. 10 expert medical reports were analyzed, and the psychological documents were excluded from the analysis, due to the jurisprudential position found during the research. There was a violation of the principle of human dignity and the rights to freedom, health, intimacy, medical secrecy and life by the penal system, with the participation of Psychiatry during hospitalization. The Anti-Asylum Law is a major legislative step and a fundamental milestone for psychiatric reform and the achievement of human rights in Brazil. The aforementioned law achieved advances in the protection of human rights for people with mental disorders. However, the Psychiatric Reform, even driven by the excellent intentions of putting an end to the history of the judicial asylums and seeking the reinsertion of the “mental patient”, has not yet been able to overcome the solid barriers of the Total Institutions. The examination, through the psychiatric opinion, is related to the violation of human rights in criminal execution as a formal medical act that presents itself as a real release from hospitalizations. In this sense, psychiatry decides who will continue to be subjected to human rights violations and who will achieve their status as a citizen and respect for human dignity.

Keywords: Criminal Execution. Security measure. Dangerousness. Psychiatry. Human rights.

LISTA DE FIGURAS

Imagem 1 – Individualização da perícia.	98
Imagem 2 – História pessoal.	115
Imagem 3 – História familiar.	118
Imagem 4 – Exame físico.	120
Imagem 5 – Exame do estado mental.	123
Imagem 6 – Conclusão.	149
Imagem 7 – Direito à saúde.	166
Imagem 8 – Indicação psiquiátrica de tratamento preferencial de internação.	169
Imagem 9 – Reforço da indicação psiquiátrica de tratamento preferencial de internação na resposta aos quesitos.	169
Imagem 10 – Direito à liberdade.	169
Imagem 11 – Poder psiquiátrico.	182

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Medidas de segurança no Brasil com base nos dados disponibilizados pelo INFOPEN (2016).....	49
Tabela 2 – Fármacos que necessitam de monitorização rigorosas.	108
Tabela 3 –Funções psíquicas no exame do estado mental atual.....	123
Tabela 4 – Por que o uso de drogas e os transtornos mentais geralmente co-ocorrem?.....	137
Tabela 5 – Situações que indicam internação psiquiátrica.....	138
Tabela 6 – Direito a cuidados em saúde de qualidade.	165
Tabela 7 – Direito de respeito à confidencialidade das informações relacionadas à saúde. ...	168
Tabela 8 – Direito de consentir ou não acerca de seus cuidados em saúde mental.....	175
Tabela 9 –Comparativo entre periculosidade e decisão interlocutória de mérito.....	182

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Representação da amostra analisada referente à população	89
Gráfico 2 – Do acesso aos autos.	92
Gráfico 3 – <i>Status</i> dos autos.	92
Gráfico 4 – Extinção da punibilidade.	93
Gráfico 5 – Última avaliação psiquiátrica.	93
Gráfico 6 – Responsável pela avaliação e pelo laudo psiquiátrico.	96
Gráfico 7 – Citação da especialidade médica.	96
Gráfico 8 – Apresentação de cunho profissional.	97
Gráfico 9 – Individualização da pesquisa.	99
Gráfico 10 – Identificação da peça processual.	100
Gráfico 11 – Laudo juntado aos autos de execução.	103
Gráfico 12 – Circunstância do exame pericial.	104
Gráfico 13 – Identificação do examinando.	106
Gráfico 14 – História da doença atual.	107
Gráfico 15 – Uso de medicação.	108
Gráfico 16 – História pessoal.	110
Gráfico 17 – Histórico de uso de substância.	111
Gráfico 18 – Substâncias psicoativas.	111
Gráfico 19 – Negativas sobre substâncias psicotrópicas.	114
Gráfico 20 – História psiquiátrica prévia.	116
Gráfico 21 – História médica.	117
Gráfico 22 – História familiar.	118
Gráfico 23 – Exame do estado mental.	122
Gráfico 24 – Exame e avaliações complementares.	125
Gráfico 25 – Demais avaliações.	126
Gráfico 26 – Diagnóstico positivo.	132
Gráfico 27 – Peça processual.	133
Gráfico 28 – Diagnóstico positivo.	133
Gráfico 29 – Comorbidades.	135
Gráfico 30 – Periculosidade.	143
Gráfico 31 – Conclusão sobre o exame de estado mental.	143
Gráfico 32 – Comportamento na Instituição.	144

Gráfico 33 – Elementos colhidos nos autos do processo.	151
Gráfico 34 – História do crime segundo o examinando.....	152
Gráfico 35 – Periculosidade.	181
Gráfico 36 – Decisão interlocutória de mérito.	181

LISTA DE ABREVIATURAS

ART	Artigo – Dispositivo legal organizado em Lei
ARTS	Artigos – Dispositivos legais organizados em Lei
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CF	Constituição da República Federativa do Brasil de 1988
CFM	Conselho Federal de Medicina
CFP	Conselho Federal de Psicologia
CNJ	Conselho Nacional de Justiça
CP	Código Penal
CPP	Código Processual Penal
CRP	Conselho Regional de Psicologia
DEPEN	Departamento Penitenciário do Estado do Paraná
DH	Direitos humanos
DPEPR	Defensoria Pública do Estado do Paraná
DUBDH	Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos
EEM	Exame do Estado Mental
EVCP	Exame de Verificação de Cessação da Periculosidade
INC	Inciso – Referente à parte complementar dos dispositivos legais
HCTP	Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico
LEP	Lei de Execução Penal
MJ	Manicômio Judiciário
MJud	Manicômios Judiciários
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
ONU	Organização das Nações Unidas
PPL	Pena Privativa de Liberdade
PPGDH	Programa de p�s-graduação em direitos humanos e políticas públicas
STF	Supremo Tribunal Federal
STJ	Superior Tribunal de Justiç�a
TJPR	Tribunal de Justiç�a do Estado do Paraná

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	18
1 A PSIQUIATRIA E A PSICOLOGIA COMO SUPORTE CIENTÍFICO DO MECANISMO DE BIOPOLÍTICA DOS INDESEJÁVEIS POR MEIO DO SISTEMA DE JUSTIÇA CRIMINAL	27
1.1 NAS MEDIDAS DE SEGURANÇA E DA EXECUÇÃO PENAL.....	27
1.1.1 Fundamentos e sistemas de responsabilização penal no brasil	28
1.1.1.1 Sentença criminal sui generis ou absolutória imprópria.....	30
1.1.1.2 Espécies de medidas de segurança no ordenamento brasileiro.....	31
1.1.1.3 Da perpetuidade das medidas de segurança: o cemitério dos vivos.....	32
1.2 DA DOMINAÇÃO DOS CORPOS POR MEIO DA CIÊNCIA E PERPETUAÇÃO DOS CAMPOS DE EXTERMÍNIO.....	34
1.2.1 “Diagnosticando” o perigo	35
1.2.2. A psiquiatria e a psicologia como agentes biopolíticos	39
1.2.3.A busca da “verdade” sobre o sujeito perigoso	43
2. DA REALIDADE DOS MANICÔMIOS JUDICIÁRIOS	45
2.1. DO PERCURSO JURÍDICO DOS MANICÔMIOS BRASILEIROS	46
2.2. DOS POUCOS NÚMEROS QUE FALAM PELOS QUE CALAM E QUE DENUNCIAM A OBNUBILAÇÃO REAL DAS INSTITUIÇÕES PSIQUIÁTRICAS	49
2.3. O QUE RESTA DOS CAMPOS DE EXTERMÍNIO NO BRASIL: A MANUTENÇÃO DE UM LUGAR REAL PARA UM NÃO LUGAR SIMBÓLICO PARA OS INCURÁVEIS, IRRECUPERÁVEIS E INDESEJÁVEIS	51
2.4. POR FAVOR, ONDE É A SAÍDA?.....	58
2.4.1. Exame criminológico	58
2.4.2. Exame de verificação de cessação de periculosidade	65
3. DA SUPOSTA PRODUÇÃO TÉCNICA DA “VERDADE” SOBRE O INDIVÍDUO PERIGOSO PELA PSIQUIATRIA E PELA PSICOLOGIA NO CUMPRIMENTO DA EXECUÇÃO PENAL	69
3.1. EXAME PERICIAL PSIQUIÁTRICO	71
3.1.1. Tipos de avaliação psiquiátrica	71
3.1.2. Instrumentos de avaliação psiquiátrica	72
3.2. PERÍCIA PSICOLÓGICA	73
3.2.1. Métodos e técnicas de avaliação psicológica	73
3.2.2. Documentos psicológicos	74
3.2.2.1 Relatório psicológico	75
3.2.2.2 Parecer psicológico.....	76
3.2.2.3 Laudo psicológico	77
4 DA METODOLOGIA CIENTÍFICA	80
4.1 DO MÉTODO DE ABORDAGEM.....	80
4.1.1 Do método hipotético-dedutivo: as hipóteses	81
a) Hipótese I: A interdisciplinaridade entre Psiquiatria e Psicologia na execução penal das medidas de segurança: uma avaliação de eventual comportamento violento futuro fundamentada em testagem psicológica.....	76
b) Hipótese II: O entendimento de necessidade de avaliação psiquiátrica e laudo psiquiátrico atestando a cessação de periculosidade do sujeito pelo poder judiciário de acordo com as peculiaridades do caso.....	78
4.2 DO MÉTODO DE PROCEDIMENTO	83
4.2.1 Pesquisa descritiva	83
4.2.2 Abordagem interdisciplinar	84
4.3 DA TÉCNICA DE PESQUISA.....	84

4.3.1 Pesquisa documental.....	84
4.4 DA COLETA DE DADOS	85
4.4.1 População	85
4.4.2 Amostra intencional.....	86
4.5 DA ANÁLISE DE DADOS	86
5 DA ANÁLISE DE CONTEÚDO DOS LAUDOS PSIQUIÁTRICOS	89
5.1 DO CAMINHO TRILHADO ATÉ OS LAUDOS	90
5.2 ASPECTOS FORMAIS DA AMOSTRA.....	91
5.3 DOS REQUISITOS FUNDAMENTAIS DO RELATÓRIO PERICIAL DE ACORDO COM A RESOLUÇÃO N.O 2.057/2013 DO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA	94
5.3.1 Preâmbulo: a psiquiatria é a especialidade médica responsável pela avaliação.....	95
5.3.2 Individualização da perícia: da metodologia do diagnóstico médico-psiquiátrico aplicada nas avaliações e da transformação da subjetividade do internado de domínio público	98
5.3.3 Circunstâncias do exame pericial: da constatação da docilidade do corpo	103
5.3.4 Identificação do examinando: a mortificação do eu e do cidadão.....	105
5.3.5 Anamnese: a história do sujeito que permite à tortura e condena à pena perpétua e à pena de morte.....	106
a) História da doença atual: a medicalização psiquiátrica como biopolítica do sofrimento psíquico.....	101
b) História pessoal: da medicina ao agente fiscalizador da norma penal.....	104
c) História psiquiátrica prévia: o fracasso do tratamento médico-psiquiátrico recluso em hospitais psiquiátricos.....	111
d) História médica: o desinteresse em escutar o sujeito.....	112
e) História familiar: em busca do significante do complexo de Édipo simbólico no campo do real.....	113
5.3.6 Exame físico: a violência e a morte permitidas no estado democrático de direito	118
5.3.7 Exame do estado mental: reduzindo a saúde mental à presença de alterações sensoperceptivas e de pensamento.....	121
5.3.8 Exames e avaliações complementares: da verificação do poder psiquiátrico por meio do poder de decidir monocraticamente.....	124
5.3.9 Diagnóstico positivo	128
5.3.10 Comentários médico-legais: a que cura se referem?	141
5.3.11 Conclusão: periculosidade é a expressão da constituição subjetiva.....	142
5.3.12 Respostas aos quesitos	149
5.3.13. Das perícias médicas em âmbito criminal.....	150
a) Elementos colhidos nos autos do processo.....	147
b) História do crime segundo o examinando: o suplício do corpo moderno, a busca da confissão da “verdade” jurídica e expiação da culpa.....	148
6. REFORMA PSIQUIÁTRICA PARA QUEM?	156
6.1. DAS VIOLAÇÕES DE DIREITOS HUMANOS CARACTERIZADAS NO CUMPRIMENTO DA MEDIDA DE SEGURANÇA DETENTIVA.....	158
6.1.1 Princípio da dignidade humana	160
6.1.2 Direito à saúde	164
6.1.3 Direito à intimidade e ao sigilo médico	167
6.1.4 Direito à liberdade	168
6.1.4.1 Da supressão das medidas de proteção da pessoa portadora de transtorno mental....	170
6.1.4.2 Do consentimento informado do paciente em tratamento psiquiátrico	172
6.1.5 Direito à vida.....	176

6.2 DA NEGAÇÃO DA EXISTÊNCIA DE DIREITOS DA PESSOA PORTADORA DE TRANSTORNO MENTAL NO SISTEMA PRISIONAL PELA PSIQUIATRIA E PELA PSICOLOGIA	177
6.3 DO SIMBÓLICO AO REAL DO EXAME DE VERIFICAÇÃO DE CESSAÇÃO DE PERICULOSIDADE	180
PARA NÃO CONCLUIR: UMA NOVA LUTA CONTRA VIOLAÇÕES DE DIREITOS HUMANOS OU A INSURGÊNCIA DA RESISTÊNCIA NA LUTA ANTIMANICOMIAL?.....	185
REFERÊNCIAS.....	191
ANEXOS	202

INTRODUÇÃO

A presente pesquisa versa sobre o uso do exame de verificação de cessação de periculosidade (EVCP) e as violações de direitos humanos no âmbito da execução penal da justiça criminal brasileira, por meio da institucionalização de pessoas portadoras de transtorno mental, consideradas com alto grau de periculosidade, nos hospitais de custódia e de tratamento psiquiátrico de forma compulsória. A periculosidade, por sua vez, trata-se de um “não conceito”, pois em indivíduos acometidos de “doença mental”, é diretamente presumida. Ou seja, todo “louco” é um indivíduo investido da característica de violência e que – necessariamente – representa uma ameaça à sociedade – corpo social –, portanto, precisa ser contido e segregado permanentemente. A análise dessa problemática apoia-se na distância entre os discursos contemporâneos da Medicina Psiquiátrica e da Psicologia em torno da periculosidade criminal, de suas conexões com a saúde mental e de sua aplicação prática, por meio de laudos considerados materiais de referência técnica.

A execução das medidas de segurança é um alvo recorrente de críticas, devido à perpetuidade do suposto tratamento; à ineficácia do tratamento psiquiátrico desenvolvido em zonas de total isolamento social; e ao não acolhimento da Lei da Reforma Psiquiátrica pelo sistema de justiça criminal, dentre outras.

Até a reforma do Código Penal, em 1984, era possível que o condenado criminal pudesse ter sua liberdade restrita, ou seja, em regime de cumprimento fechado e, acrescido a isso, havia o cumprimento de medida de segurança até que cessasse sua periculosidade. No entanto, as medidas de segurança continuam sendo aplicadas a pessoas que, devido a transtornos ou atraso mental, são consideradas incapazes de entender o caráter ilícito da sua conduta e de se autodeterminar diferente no momento dos fatos, até que finde sua periculosidade.

Considerando o entendimento normativo jurídico-criminal sobre a pessoa acometida de transtorno mental, que incide em conduta típica penal, pragmaticamente, o que ocorre é a restrição da liberdade e o tratamento compulsório de um grupo vulnerável, sem parâmetros estritamente definidos pela norma ou por questões científicas dentro do campo de conhecimento e de atuação profissional da saúde mental, que demonstrem o tratamento manicomial como melhor e mais eficaz.

O sistema penitenciário brasileiro é frequentemente denunciado por violações de direitos humanos, inclusive, internacionalmente. São diversos os problemas que podemos citar; como breve exemplo, as superlotações – que por si só já inviabilizam a garantia da dignidade humana e dos direitos humanos; as violências policiais e das organizações criminosas vividas nos presídios; a falta de segurança alimentar, condições de higiene adequadas e assistência à saúde; e, também, a morosidade da Justiça. Estes são apenas alguns exemplos que denunciam a tragédia do sistema penitenciário brasileiro e apresentam relação direta com as medidas de segurança.

O indivíduo que cumpre medida de segurança não pertence ao sistema penitenciário (dos excluídos) e tampouco pertence à sociedade “normal”. O “louco criminoso” faz parte de um grupo invisível mesmo dentro da esfera penal – fato este que se faz evidente pelo desinteresse no levantamento carcerário sobre esta realidade.

No último censo penitenciário oficial, o Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias (INFOPEN, 2016) revelou que a população carcerária brasileira é de 726.712 pessoas. De acordo com este levantamento, 3.770 pessoas cumprem medida de segurança em todo o Brasil. Especificamente no Estado do Paraná, 51.700 pessoas estão privadas de liberdade e, desta população, 1% cumpre medida de segurança detentiva (internação); não há registros absolutos ou percentuais sobre a medida de segurança ambulatorial.

No último censo brasileiro, publicado em 2013, as instituições psiquiátricas levantaram que 3.989 homens e mulheres se encontravam sob a medida de segurança detentiva, ou seja, de clausura para tratamento psiquiátrico compulsório por determinação judicial. Os números relativamente baixos, se comparados às prisões, e incertos que rondam as medidas de segurança, tanto detentiva quanto restritiva, revelam a invisibilidade institucional e social às quais estes indivíduos estão submetidos e denunciam o descaso estatal com indivíduos que necessitam de atenção psicossocial, bem como com sua família ou responsável. No entanto, o número absoluto de pessoas vivendo sob a sujeição compulsória destituídos de sua condição humana não é relevante para a discussão de direitos humanos. Para originar inquietudes e discussões éticas sobre a forma de confinamento para correção psíquica, bastaria a análise de um único indivíduo para a cultura crítica dos direitos humanos.

O grande paradoxo que essa massa de inclassificáveis produz diz respeito ao fato de que as medidas de segurança não serem juridicamente entendidas como pena ao inimputável, pois, sobre este, não incide o juízo de culpabilidade da conduta típica legal.

O Direito Penal, na medida em que aderiu às ideias da Psiquiatria Criminal do século XIX e teorizou sobre a periculosidade, admitindo assim, que alguns seres humanos são perigosos e, em virtude disso, devem ser perseguidos incansavelmente e segregados ou eliminados, “coisificou-os” sem propriamente dizê-lo. Com isso, deixou de considerá-los *peessoas*, ocultando esse fato com racionalizações – nas quais a área da Psiquiatria ganha bastante destaque por teorizar “a mente perigosa” ainda hoje. Por isso, a admissão das medidas de segurança, ou seja, a contenção de um ente perigoso viola o artigo 1.º da Declaração Universal dos Direitos Humanos não apenas pela sua contenção e imposição de adesão a tratamento, mas por considerá-lo hostil.

Assim, ao inimputável ocorre a imposição de adesão a tratamento psiquiátrico, muitas vezes, tendo como referência as internações em hospitais psiquiátricos. Atualmente, são instituições chamadas de Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, que nada mais são do que os velhos, conhecidos e denunciados manicômios judiciários. Independente da história pregressa do indivíduo e da possível doença que o acomete, o tratamento manicomial e compulsório é inadmissível – por si só – mas, mais ainda, após o surgimento da Lei n.º 10.216/01, conhecida como Lei Antimanicomial, que é resultado de uma grande luta travada para garantir os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais.

O próprio tratamento compulsório já se constitui como uma violação de direitos humanos. No entanto, com a característica das medidas de segurança de não possuir uma limitação máxima de execução previamente determinada, podendo perdurar enquanto não for atestada a “cessação de periculosidade”, fica evidente a violação de demais direitos em virtude da saída incerta do sistema e a perpetuidade da sanção penal. Por conta dessa característica, os inimputáveis vêm a perder o contato com família, trabalho e demais laços sociais – sem contar a dificuldade de reinserção de uma pessoa que foi, por tanto tempo, segredada da sociedade (ainda mais considerando a evolução tecnológica que alterou a forma subjetiva com que vivenciamos a “passagem do tempo”).

Como constatado nesta pesquisa, há pessoas que se encontram em situação asilar no Complexo Médico Penal do Paraná (CMP/PR), mesmo com alvará de soltura, pois perderam totalmente o contato com a família e, sem trabalho remunerado (quando o indivíduo não apresenta um quadro de saúde que dificulte o desenvolvimento de atividades laborais), com eventual saída da instituição, de acordo com o informado pelo CPM/PR ao juízo competente, encontrar-se-iam em situação de rua. Dessa forma, o Sistema de Justiça Criminal cria um impasse ético que poderia ser evitado, pois, por um

lado, mantém pessoas privadas de liberdade sem estar amparado legalmente e, por outro lado, perpetua a existência de instituições de característica asilar – que são verdadeiros “depósitos” de pessoas “indesejáveis” aos olhos da sociedade.

A denúncia de pessoas em situação asilar, mesmo após 21 anos do sancionamento da Lei Antimanicomial, representa o descumprimento da legislação que surgiu com o objetivo de desospitalizar e desinstitucionalizar as pessoas portadoras de transtorno mental. Representa, ainda, o retrocesso do pensamento científico e da atuação profissional da saúde mental no Brasil.

Os direitos humanos e, portanto, o direito à liberdade, à saúde e à família são resultado de um processo de luta social, mas como reivindicar os próprios direitos estando em total isolamento da sociedade? Como enfrentar um discurso¹, estruturado desde o século XIX, se me tolheram o lugar de fala? Desde a Era Medieval, a loucura é o discurso que não pode circular como os demais discursos presentes na sociedade. Por isso, é de responsabilidade dos magistrados, promotores, advogados, juristas, médicos, psicólogos, enfermeiros e demais profissionais que atuam no cumprimento das medidas de segurança, da comunidade científica e da sociedade como um todo lutar pelo fim da ideia de perigo enraizada no imaginário social, pela implementação real da reforma psiquiátrica, por um tratamento digno e livre para as pessoas portadoras de transtorno mental.

Contemplando os diversos problemas que circundam a ação punitiva estatal sobre a pessoa portadora de transtorno mental, a presente pesquisa tem como questão norteadora e crítica a execução de medidas de segurança: de que forma o exame de verificação de cessação de periculosidade se relaciona com a violação de direitos humanos na execução penal do sistema de justiça criminal brasileiro?

A fim de responder esse questionamento, este trabalho científico desenvolvido tem como objetivo analisar a relação entre o uso do EVCP em indivíduos que se encontram sob custódia do Complexo Médico Penal do Estado do Paraná (CMP/PR) e a violação de direitos humanos. Para isso, analisar-se-á as informações dos laudos psiquiátricos resultantes desta avaliação, disponibilizados pela Defensoria Pública do Estado do Paraná (DPE/PR), para o levantamento de informações pertinentes ao tema, bem como as informações dos relatórios psicológicos anexados junto aos laudos

¹ Discurso aqui deve ser entendido no sentido foucaultiano, isso é, o discurso não se configura como uma sequência de palavras ou frases que objetivam um significado em si. Mas sim, em um sentido mais amplo, no qual discurso é entendido como um sistema que estrutura o imaginário social, uma vez que se fala de poder e controle (FOUCAULT, 1970).

psiquiátricos dos respectivos autos, a fim de compreender a participação da Psiquiatria e da Psicologia ao longo do cumprimento das medidas de segurança.

A presente pesquisa foi desenvolvida junto ao Programa de Pós-graduação em Direitos Humanos e Políticas Públicas (PPGDH/PUCPR) e viabilizada pela Defensoria Pública do Estado do Paraná (DPE/PR). Trata-se de uma pesquisa descritiva (de acordo com seu objetivo), documental (de acordo com os procedimentos técnicos utilizados), com abordagem interdisciplinar.

A pesquisa descritiva tem como objetivo principal a descrição das características de determinada população, fenômeno ou estabelecimento de relações entre variáveis. O fenômeno que se visa investigar é como a Psiquiatria e a Psicologia, por meio de documentos atribuídos de poder, são atores de destaque da violação de direitos humanos no cumprimento das medidas de segurança.

Em razão de o objeto de estudo desta pesquisa ser por excelência de uma matéria relativa ao Direito Penal, Processual Penal e da Psiquiatria Forense, optou-se por uma abordagem interdisciplinar, pois esta constrói relações entre as áreas do conhecimento, ou seja, é a atividade de investigação que coloca as disciplinas a dialogar.

É importante destacar que a interdisciplinaridade não consiste em uma desvalorização da disciplina e do conhecimento produzido por ela, mas é um caminho para a elaboração do conhecimento produzido até então. Quando o diálogo com as demais áreas do conhecimento é a característica principal, possibilita-se que todas as áreas envolvidas se modifiquem gradativamente.

Inicialmente, tentou-se contato com o Complexo Médico Penal (CMP/PR) por chamada telefônica, momento no qual foi informado que a solicitação para autorização de desenvolvimento de pesquisa deveria ser feita por e-mail. Como não se obteve resposta, em um novo contato com a instituição por e-mail, foi informado que a solicitação deveria seguir os requisitos da Portaria n.º 115/2019 – DEPEN/PR² (Anexo A). Assim, encaminhou-se o Ofício n.º 02/2020 – PPGDH por e-mail, com todos os documentos necessários de acordo com a referida Portaria, solicitando a autorização do desenvolvimento desta pesquisa no Complexo Médico Penal, para que se pudesse ter

² Art. 2º, Portaria n.º 115/2019 DEPEN/PR: São obrigatórios os documentos elencados para realização da pesquisa: I – Ofício da Instituição de Ensino assinado e carimbado em papel timbrado pelo Coordenador do Curso; II – Dados pessoais completos e cópia do RG dos participantes; III – Declaração de matrícula dos estudantes; IV – O projeto de pesquisa fundamentado, com a devida exposição de motivo, objetivo, cronograma das ações e demais informações atinentes; V – Termo de sigilo assinado pelo estudante.

acesso aos laudos psiquiátricos e relatórios psicológicos dos resultados do exame de verificação de cessação de periculosidade das pessoas que foram submetidas a essa avaliação no ano de 2019, portanto, no período compreendido entre 01 de janeiro de 2019 a 31 de dezembro de 2019.

A técnica de pesquisa documental é desenvolvida com base em documentos, em geral, aqueles que não receberam um tratamento analítico. Trata-se da técnica escolhida para o desenvolvimento desta pesquisa, pois os documentos apresentam uma fonte secundária, rica e estável de dados e pode ocorrer no momento dos fatos ou posteriormente. Além disso, anteendo a dificuldade de acesso às instalações do CMP/PR³, esta técnica não depende do contato com os sujeitos da pesquisa, facilitando o desenvolvimento de pesquisas nos locais que são de difícil acesso ao contato com os sujeitos. Contudo, não houve retorno à solicitação.

Então, posteriormente, em contato com a Defensoria Pública do Estado do Paraná (DPE/PR), por meio do Ofício n.º 011/2020 – PPGDH, viabilizou-se o acesso integral aos laudos psiquiátricos dos autos dos quais foram ou estão constituídos como defensores públicos para acompanhamento da Execução Penal em autos de medidas de segurança por meio da referida instituição.

A pesquisa documental apresenta limitações e sua crítica principal se refere à falta de representatividade e à subjetividade dos documentos. Para salvaguardar a representatividade, os pesquisadores consideram um número expressivo de documentos e selecionam certo número pelo critério de aleatoriedade.

A interdisciplinaridade está fundamentada na disciplinaridade, o que envolve o reconhecimento de todos os requisitos necessários postulados pela metodologia tradicional. Em virtude disso, ressalta-se que foram observados todos os aspectos éticos preconizados pela Resolução n.º 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, que regulamenta pesquisas feitas com seres humanos no país. A pesquisa foi avaliada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (CEP/PUCPR).

Os laudos psiquiátricos analisados foram organizados de acordo com os quesitos necessários para elaboração do relatório pericial, como consta no art. 58.º da Resolução n.º 2.057/2013, do Conselho Federal de Medicina. Os quesitos constam de: preâmbulo, individualização da perícia, circunstâncias do exame pericial, identificação do

³ Também escolhida em virtude da situação de saúde pública mundial que enfrentamos com a COVID-19.

examinando, elementos colhidos nos autos do processo, história do crime segundo o examinando, história da doença atual, história pessoal, história psiquiátrica prévia, história médica, história familiar, exame físico, exame do estado mental, exames e avaliações complementares, diagnóstico positivo, comentários médico-legais, conclusão, resposta aos quesitos.

Os documentos psicológicos não foram analisados após a pesquisa jurisprudencial. Constatou-se que, no entendimento jurisprudencial, do Tribunal de Justiça do Paraná (TJPR), independente do parecer das demais especialidades, mesmo que positivo, a desinternação é possível apenas na aferição da cessação de periculosidade comprovada por meio de laudo médico-pericial.

Por se tratar de uma pesquisa com abordagem interdisciplinar, a análise do conteúdo levantado por meio dos laudos psiquiátricos se deu de forma qualitativa. A interpretação se deu à luz do referencial teórico da Biopolítica e do Poder Psiquiátrico, da Criminologia Crítica, da Psicanálise e da Teoria Crítica dos Direitos Humanos.

A organização da apresentação dos resultados e a discussão dos dados levantados nesta pesquisa, primeiramente, expõem os fundamentos teóricos e jurídicos que caracterizam a Psiquiatria e a Psicologia, por meio das perícias criminais, como articuladoras da biopolítica, com o suporte do Sistema Criminal de Justiça.

O segundo capítulo da presente dissertação discorre sobre a realidade manicomial brasileira e a difícil tarefa de contemplar a realidade da situação mesmo com alguns relatórios sobre as instituições psiquiátricas, bem como a manutenção deste lugar, mesmo após a Reforma Psiquiátrica.

A terceira parte do trabalho refere-se à tecnicidade da Psiquiatria e da Psicologia para aferição da periculosidade. Trata-se dos tipos e instrumentos do exame pericial médico, bem como, da avaliação psicológica e dos documentos comprobatórios redigidos por estes profissionais.

O quarto capítulo é dedicado ao detalhamento da metodologia científica utilizada nesta pesquisa. Trata do método de abordagem (hipotético-dedutivo e apresentação das hipóteses), do método de procedimento (descritivo e interdisciplinar), da técnica documental, da natureza dos documentos utilizados, da coleta de dados (amostra, critério de inclusão e exclusão para análise do documento) e da análise dos dados; além disso, elenca o referencial teórico.

O quinto capítulo apresenta os resultados da análise de conteúdo dos laudos e a discussão teórica sobre o que foi possível levantar sobre o exame de verificação de

cessação de periculosidade. Seguido pelo sexto capítulo, que é o espaço dedicado para a discussão sobre as violações de direitos humanos, que ficaram caracterizadas por meio da metodologia aplicada, e a resolução da questão inicial de toda a pesquisa: a avaliação psiquiátrica é o real alvará de soltura e o poder psiquiátrico decide quem continuará sujeito às violações de direitos humanos retratados nesta pesquisa e em sua teoria.

Por fim, conclui-se que a função da especialidade médica da Psiquiatria no âmbito da execução penal é libertar, mas, também, e, principalmente, restringir a liberdade dos “incuráveis”. Dessa forma, mostra-se, então, como uma especialidade técnica é agente biopolítica e violadora de direitos humanos. O direito à defesa na justiça criminal é um direito de defesa à vida!

1. A PSIQUIATRIA E A PSICOLOGIA COMO SUPORTE CIENTÍFICO DO MECANISMO DE BIOPOLÍTICA DOS INDESEJÁVEIS POR MEIO DO SISTEMA DE JUSTIÇA CRIMINAL

As medidas de segurança aplicadas atualmente ou aquelas que ainda permanecem em execução penal ao longo do tempo são decididas e executadas com o apoio e suporte científico da Psiquiatria e da Psicologia. Para entender o papel desempenhado por essas ciências e a atuação profissional no âmbito do sistema penitenciário, é necessário amparar-se em aspectos jurídico-penais que determinam a atuação desses profissionais junto ao sistema penitenciário brasileiro e definem alguns determinantes históricos dessas ciências, que corroboram para o entendimento do sujeito que cumpre medida de segurança.

1.1. DAS MEDIDAS DE SEGURANÇA E DA EXECUÇÃO PENAL

A concepção jurídica de crime ultrapassa o comportamento humano no mundo fático. Com origem necessária da positivação das normas, o “injusto penal” compreende obrigatoriamente o comportamento humano factível e a execução ou omissão de dado comportamento como atividade final, ligada à concepção do homem como ser livre e responsável. Nesse sentido, a ciência jurídico-penal estrutura a Teoria Jurídica do Injusto Penal com epistemologia própria, desenvolve e aplica uma metodologia de ordem sistemática para realizar a análise da estrutura da ação ou omissão delitiva. A análise da estrutura do delito tem como principais objetivos a investigação e a determinação de fato punível que possibilite uma intervenção jurídica (PRADO, 2019).

Dessa forma, para que uma conduta humana se configure como um delito, é imprescindível que estejam presentes os seguintes requisitos, que configuram o conceito analítico de crime⁴: a constatação da existência da ação ou omissão da conduta humana; a correspondência desta conduta com elementos que fundamentam o tipo de injusto (tipicidade); a contrariedade à norma jurídica da conduta típica (ilicitude); e a reprovabilidade pessoal e intransferível da conduta executada ou omissa (culpabilidade) (PRADO, 2019).

⁴ Há uma divergência doutrinária entre o modelo bipartido e o modelo tripartido de crime na Alemanha. No entanto, nos demais países da Europa e na América Latina, predomina o modelo tripartido de fato punível. Em virtude disso, neste estudo, apenas explanaremos sucintamente sobre o modelo tripartido por conta do conceito de culpabilidade.

Após o questionamento, se o fato atende os quesitos de tipicidade e licitude, é típico e ilícito (antijurídico), deve-se analisar a culpabilidade igualmente, ou seja, verificar se atende o quesito da culpabilidade. Assim, o Código Penal brasileiro (1940) adota a Teoria Limitada da Culpabilidade e, nesse sentido, a culpabilidade é o critério que analisa a possibilidade de reprovação sobre determinada pessoa pela prática de determinada conduta, ou seja, versa sobre a possibilidade de julgar um culpado por determinada prática típica e ilícita (BONFIM; CAPEZ, 2004).

Desse modo, entendida a culpabilidade como juízo de reprovação pela prática do tipo de injusto, refere-se se à imputabilidade pode ser excluída ou reduzida por questões relativas à idade (a menoridade penal) e à presença de transtornos mentais ou desenvolvimento mental incompleto (SANTOS, 2012). Nesse sentido, é possível afirmar que não há fato reprovável sem que seja fato típico e ilícito (ou antijurídico), embora possa existir fato típico, ilícito e inculpável (reprovável).

1.1.1. Fundamentos e sistemas de responsabilização penal no Brasil

A imputabilidade ou a capacidade de culpabilidade refere-se a um todo complexo de características que compõem o sujeito e que o colocam como agente capaz de ser conferido à responsabilidade pela prática de um ilícito penal, pois para a reprovação de uma conduta típica, é fundamental que seja demonstrado que o sujeito em questão poderia compreender, de maneira geral, o dispositivo normativo na época do fato. Portanto, de forma geral, a imputabilidade diz respeito à capacidade de compreensão e de valoração da ação com o devido entendimento sobre sua prática. Notoriamente, a compreensão e a valoração do fato decorrem do funcionamento de fatores físicos, biológicos, psíquicos e psicossociais (BUSATO, 2018).

O Código Penal brasileiro define a inimputabilidade penal⁵, ou seja, reconhece a excludente de culpabilidade quando o agente, no tempo dos fatos, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, encontrava-se impossibilitado de compreender o caráter ilícito ou de determinar-se de acordo com este entendimento.

Fundamentadas na doutrina, são reconhecidas três formas de fixação da inimputabilidade ou culpabilidade diminuída: a) biológica; b) psicológica; c) biopsicológica. Assim, no ponto 22 da exposição de Motivos do Código Penal de 1940, o Ministro Francisco Campos elucida que a responsabilidade penal baseada no sistema

⁵ Art. 26, Código Penal.

biológico ou etiológico condiciona a responsabilidade à “normalidade da mente”. Nesse sentido, se o agente ativo do tipo penal é portador de uma enfermidade ou grave deficiência mental, deve ser declarado como isento de responsabilidade, sem necessidade de ulterior indagação psicológica. Com base no método psicológico, a questão que ronda a tomada de decisão, não se trata de uma perturbação mental mórbida; trata-se de saber se, no tempo dos fatos, o agente ativo do fato típico, independentemente da causa, estava em uma conjuntura na qual não era possível a apreciação da criminalidade do fato (momento intelectual), tampouco a identificação de um comportamento diverso, com base nessa apreciação (momento volitivo). Assim, o método biopsicológico é a combinação do biológico e do psicológico. Dessa forma, a responsabilidade penal será excluída se o agente ativo, em razão da enfermidade ou retardamento mental, no tempo dos fatos típicos narrados, estiver desprovido de entendimento ético-jurídico condizente com a norma penal e sem condições de se autodeterminar de forma divergente ao posto no mundo fático (BITENCOURT, 2019).

O Código Penal brasileiro segue o sistema biopsicológico e, como exceção, o sistema puramente biológico, nos casos que envolvem menores de dezoito anos, de acordo com os arts. 228 da Constituição Federal de 1988 e 27 do CP (BITENCOURT, 2019). Ao adotar um sistema misto, o Direito Penal brasileiro determina a necessidade dos dois requisitos para a alegação da imputabilidade. Como firmado em jurisprudência pelo Superior Tribunal de Justiça:

PENAL. HABEAS CORPUS. ART. 26, CP. INIMPUTABILIDADE. CRITÉRIO BIOPSICOLÓGICO NORMATIVO.

I – Em sede de inimputabilidade (ou semi-imputabilidade), vigora, entre nós, o critério biopsicológico normativo. Dessa maneira, não basta simplesmente que o agente padeça de alguma enfermidade mental, faz-se mister, ainda, que exista prova (v.g. perícia) de que este transtorno realmente afetou a capacidade de compreensão do caráter ilícito fato (requisito intelectual) ou de determinação segundo esse conhecimento (requisito volitivo) à época do fato, i. e., no momento da ação criminosa.

II – A constatação da inimputabilidade do ora paciente, no momento da prática do delito, escapa aos limites da estreita via do habeas corpus, visto que exige prova pericial específica. Writ. Denegado.

Assim, de acordo com o pensamento legislativo e jurisprudencial, a inimputabilidade atinge apenas o indivíduo que é portador de transtorno mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, cujo transtorno dê origem a sua incapacidade de compreensão da ilicitude da ação ou, com a capacidade de compreensão preservada, o impossibilite de agir estritamente de acordo com tal entendimento (BUSATO, 2018).

1.1.1.1.Sentença criminal sui generis ou absolutória imprópria

A sentença criminal é o ato jurisdicional que julga improcedente a pretensão punitiva da acusação, acolhendo o arrolado pela defesa e o pedido de liberdade ao réu, dentro do devido processo penal, no curso da ação penal (MOSSIN, 2010). As decisões absolutórias estão previstas no CP, no artigo 397⁶, referente à hipótese de absolvição sumária, e no artigo 386, sendo este referente à sentença criminal absolutória deferida pelo juízo, na fase processual de julgamento.

No entanto, devido à redação do art. 97 do CP⁷, em combinação com o art. 386, parágrafo único, inciso III, do Código Processual Penal⁸, há uma espécie de absolvição criminal que se destina ao inimputável. Então, resultante necessária da ação penal, a sentença absolutória imprópria é a decisão do juízo responsável por julgar, que impõe a medida de segurança ao sujeito ativo do tipo penal, assim com coloca o código processual penal. Nesta fixação jurídica, a decisão é absolutória em virtude da ausência de culpabilidade do réu.

De acordo com a linguagem técnica da dogmática processual penal, com a ausência da possível de responsabilização criminal pelo fato típico, o que ocorre é uma absolvição *sui generis* (absolvição imprópria), pois mesmo com a declaração da inexistência do crime, em virtude da excludente de culpabilidade, o agente do fato típico é submetido coercitivamente à medida de segurança, conjuntura que circunscreve o sujeito nas agências estatais, neste caso, agência manicomial, encarregadas pela execução da decisão judicial (CARVALHO, 2015). A temática é contraditória e, em virtude disso, o Supremo Tribunal Federal, por meio da Súmula 422, fixou a aplicação da medida de segurança mesmo em casos de absolvição criminal, mesmo que isto implique na restrição de liberdade.

Sob uma visão crítica, a medida de segurança é uma sanção penal imposta pelo Estado, na execução de uma decisão, que tem como finalidade exclusiva a cura do inimputável ou do semi-imputável e a prevenção de crime futuro, ou seja, para evitar que

⁶ Art. 397, Código Processual Penal: Após o cumprimento do disposto no art. 396-A, e parágrafos, deste Código, o juiz deverá absolver sumariamente o acusado quando verificar: I - a existência manifesta de causa excludente da ilicitude do fato; II - a existência manifesta de causa excludente da culpabilidade do agente, salvo inimputabilidade; III - que o fato narrado evidentemente não constitui crime; ou IV - extinta a punibilidade do agente.

⁷ Art. 97, CP: 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.

⁸ Art. 386, CPP: O juiz absolverá o réu, mencionando a causa na parte dispositiva, desde que reconheça: (...)Parágrafo único. Na sentença absolutória, o juiz: (...)III - aplicará medida de segurança, se cabível.

o agente de um ilícito penal volte a praticar tipos penais baseado na valoração da periculosidade de sujeito (CAPEZ, 2018).

1.1.1.2. Espécies de medidas de segurança no ordenamento brasileiro

Deve-se ressaltar toda hipótese de inimputabilidade necessariamente precisa do exame médico-pericial para averiguar a gravidade que apresentam no plano material. Dentro do processo penal, assegura-se o exame pericial por meio da instauração do incidente de insanidade mental do acusado (arts. 149 a 154, CP) a qualquer tempo da persecução penal. Restando comprovada a inimputabilidade do agente na ação penal, obriga-se a absolvição (art. 26, CP) e aplica-se a medida de segurança, de acordo com os arts. 96 a 99, CP (BITENCOURT, 2014).

Considerando o sistema adotado, é imprescindível que haja um laudo médico para averiguação e comprovação da presença de transtorno mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado (referente ao sistema de aferição biológica), pois o Juiz não está capacitado para essa verificação. Referente ao sistema psicológico, este pode ser de análise do Juiz, de acordo com a análise do probatório processual. O magistrado não fica adstrito ao laudo pericial⁹, embora seja necessário apontar que a rejeição da avaliação técnica, no que versa a questão, não pode ser substituída pela análise pessoal do juiz. Assim, se por alguma razão, o Juiz não se veja convencido pela conclusão pericial, deve determinar a realização de novo exame; não apenas para modificar o profissional, mas sim com o objetivo de avaliar como se médico fosse. A parte que dispõe o magistrado é a psicológica (NUCCI, 2019).

Em caso de absolvição sumária, o CP¹⁰ prevê duas espécies de medida de segurança: a) medida de segurança detentiva, ou seja, a internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico (HCTP) ou, à falta de, em outro estabelecimento adequado e; b) medida de segurança restritiva, que se refere ao tratamento ambulatorial. A internação é categoricamente obrigatória nos crimes apenados com reclusão. Caso o tipo penal ferido seja punido com pena de detenção, fica a cargo do Juiz determinar a internação ou o tratamento ambulatorial¹¹. Além disso, a qualquer tempo da execução da medida de

⁹Art. 182, CPP.

¹⁰ Art. 96, CP.

¹¹ Art. 97, CP.

segurança restritiva, pode o Juiz determinar internação do agente, caso essa providência se coloque como necessária para fins curativos¹².

O prazo das medidas de segurança, de acordo com a norma penal, é por tempo indeterminado e, minimamente, deve ser de 1 a 3 anos, enquanto persistir a periculosidade; isso é, enquanto não for constatada a cessação de periculosidade¹³, por meio de perícia médica¹⁴. Em caso de averiguação de periculosidade cessada, a desinternação ou liberação condicional dependerá do comportamento do sujeito após sua liberação, ou seja, a medida de segurança deve ser restabelecida se o agente, no prazo de um ano, praticar do fato que indica a persistência de sua periculosidade¹⁵.

O sistema progressivo de cumprimento de pena não atinge a execução das medidas de segurança. De acordo com dispositivo legal, art. 97, § 1.º, parte final, do CP, o juiz deve decidir sobre a medida de internação detentiva ou o tratamento ambulatorial pelo prazo mínimo, entre um e três anos. A avaliação e o prazo estipulado observarão os critérios de periculosidade do agente, com base no fato típico praticado e na doença ou perturbação mental presente (NUCCI, 2018). Isso quer dizer que o sujeito não passará da internação (tratamento mais rígido) ao tratamento ambulatorial (tratamento mais brando); contudo, o inverso poderá ocorrer de acordo com o magistrado.

A restrição do direito à liberdade e de tantos outros direitos, como a saúde, a família, o lazer e o trabalho, sob a justificativa da execução do tratamento psiquiátrico, nas medidas de segurança detentiva, aproxima-se à ineficácia das penas privativas de liberdade e, portanto, caracteriza-se pelo exercício do *jus puniendi*; sendo este o direito de punir, restrito ao Estado, sobre o estigmatizado doente mental. Melhor dizendo, ao inimputável criou-se um sistema de controle ainda mais rígido e de difícil liberação, com suporte da Psiquiatria e da Psicologia. Isso não ocorre devido ao fato típico praticado, mas sim devido a sua suposta condição de pessoa portadora de transtorno mental permanente, incurável e presumidamente perigosa.

1.1.1.3. Da perpetuidade das medidas de segurança: o cemitério dos vivos

Se um indivíduo é portador de uma doença que o torna perigoso, a duração do tratamento deve estar condicionada à resposta positiva ou negativa que o paciente

¹² Art. 97, § 4.º, CP.

¹³ Art. 97, § 1.º, CP.

¹⁴ Art. 97, § 2.º, CP.

¹⁵ Art. 97, § 3.º, CP.

demonstrar ao longo do processo curativo. Se o tratamento for adequado e a resposta a ele for positiva, a melhora do quadro será a diminuição ou o controle do impulso delitivo com conseqüente diagnóstico de cessação de periculosidade. Contudo, se o tratamento se encontra inadequado ou a resposta a ele for negativa, a conseqüência é a manutenção da periculosidade e o prognóstico médico de reincidência criminal; assim, mantém-se a necessidade de internação. Considerando a lógica discursiva que embasa a execução de medidas de segurança, é condizente a impossibilidade de pré-definir a duração do tratamento (WEIGERT, 2017).

A possibilidade de perpetuidade das medidas de segurança não ocorre apenas pela omissão jurídica posta pelo Código Penal, mas, sobretudo pelo silêncio constitucional no que versa sobre os limites da medida de segurança. Apesar de ser considerada uma Constituição-cidadã e apresentar amplo rol de princípios e regras constituições que delimitam a forma e a execução penal, a Constituição de 1988 omitiu-se de tratar especificadamente das medidas de segurança, principalmente no que se refere aos seus limites, uma vez que indica, apenas, que não haverá pena de morte (com exceção dos casos de guerra), de caráter perpétuo, de trabalhos forçados e de banimento ou que sejam considerados cruéis¹⁶. Como apresentado, a Constituição nada positivou sobre a limitação das medidas de segurança; como, tecnicamente, pena e medida de segurança não se confundem, restam estas excluídas de tal dispositivo (WEIGERT, 2017).

Com a intenção de balizar o tempo máximo da imposição das medidas de segurança, o Supremo Tribunal Federal (STF) firmou em jurisprudência do Habeas Corpus n.º 84.219-SP0, em 2005, a duração máxima de 30 anos.

PENAL. MEDIDA DE SEGURANÇA. PROJEÇÃO NO TEMPO. LIMITE. A interpretação sistemática e teleológica dos artigos 75, 97 e 183, os dois primeiros do Código Penal e o último da Lei de Execuções Penais, deve fazer-se considerada a garantia constitucional abolidora das prisões perpétuas. A medida de segurança fica jungida ao período máximo de trinta anos.

Em 2015, o Superior Tribunal de Justiça (STJ), por meio da Súmula n.º 527, coloca:

O tempo de duração da medida de segurança não deve ultrapassar o limite máximo da pena abstratamente combinada ao delito praticado.

Contudo, mesmo sem a determinação do tempo máximo de duração possível da medida de segurança (omissão normativa jurídico-penal que possibilita a perpetuidade da

¹⁶ Art. 5.º, XLVII, Constituição Federal.

sanção), o CP define um lapso temporal mínimo a ser executado. O “tempo mínimo” a ser cumprido nas medidas demonstra a adoção de um sistema retributivo ao ilícito cometido por pessoas portadoras de transtorno mental, uma vez que, mesmo com a periculosidade cessada antes do prazo estipulado pelo Juiz, fato que torna infundada a manutenção da medida imposta, deve, o paciente, ficar submetido ao controle penal (WEIGERT, 2017).

1.2. DA DOMINAÇÃO DOS CORPOS POR MEIO DA CIÊNCIA E PERPETUAÇÃO DOS CAMPOS DE EXTERMÍNIO

No final do século XVIII, foi criado o lugar do hospital como intervenção terapêutica. É o desenvolvimento de formas disciplinares neste lugar que viabiliza a sua medicalização. A disciplina, por sua vez, é um conjunto de técnicas pelas quais os sistemas de poder realizam seu objetivo de exercer o poder sobre a singularidade do sujeito. É a partir do surgimento do hospital disciplinado que este lugar é entendido como instrumento de cura; a distribuição do local associa-se à intervenção terapêutica. Surge, assim, o médico como responsável pela organização hospitalar (FOUCAULT, 2019).

De Esquirol, até os anos 1860, durante a primeira fase do poder psiquiátrico, a máquina de cura refere-se ao hospital, na sua forma material, ou seja, a disposição arquitetônica, a destruição dos doentes, a forma como se circula, como se olha e como se é olhado. E como a máquina de cura opera? Primeiramente, adota o formato panóptico e adota os seguintes elementos – que são da própria ordem do panóptico e que devem ter função na cura: a) a visibilidade permanente; b) o princípio da vigilância central¹⁷; c) o princípio do isolamento; d) o incessante jogo da punição; e) a intervenção profissional ou instrumental (FOUCAULT, 2006b).

¹⁷ Explica Foucault, que “Em segundo lugar, o princípio da vigilância central, essa espécie de torre de onde um poder anônimo se exercia perpetuamente, também é modificado. Mas vocês o encontrarão primeiro, até certo ponto, na forma do prédio da direção, que deve estar no centro e que deve vigiar a todos os pavilhões dispostos em volta; mas, principalmente, a vigilância central é proporcionada por um modo diferente daquele do *Panopticon* de Bentham, mas para ter sempre o mesmo efeito, por meio do que poderíamos chamar de vigilância piramidal dos olhares” (FOUCAULT, 1974b, p. 129).

1.2.1. “Diagnosticando” o perigo

Em jogo, todo o tempo está a relação entre saber e poder. A psiquiatria e o direito penal bailam essa metafórica valsa de forma surpreendentemente atonal (MATOS, 2006, p. 47).

De acordo com Foucault (2006a), a interferência da Psiquiatria no Direito Penal ocorreu no início do século XIX após uma série de casos que se aproximavam na forma e aconteceram entre os anos de 1.800 e 1.835. Os casos que eram de interesse da Psiquiatria eram situações em circunstâncias violentas e sem explicação – geralmente se tratam de casos de homicídio, infanticídio, parricídio, estupro, etc.

Alguns tipos de crimes colocaram médicos e juristas em discussão por diversos motivos. Sucintamente, porque os crimes apresentavam quadros bastante diferentes do que havia firmado a jurisprudência sobre a loucura criminal; não se trata de delitos corriqueiros e comuns, mas de crimes graves, em geral, envolvendo a morte por meios cruéis e desenrolados em ambiente doméstico; por fim, são crimes que tem em comum o fato de terem sido executados “sem razão” (FOUCAULT, 2006a).

Até fins do século XVIII, o Direito Penal acatava a loucura nos mesmos termos que o código civil e o código canônico a colocavam. Isso é, quando essa se apresentava na forma de demência, debilidade mental ou furor. Nesses casos, tratando-se de caso definitivo ou um surto pontual, a loucura se revelava por meio de diversos sinais facilmente reconhecíveis (FOUCAULT, 2006a).

As discussões entre a Medicina e o Direito Penal anteriores foram gradualmente substituídas por discussões acerca dos crimes que não eram precedidos, acompanhados ou seguidos por nenhum dos sintomas comuns e reconhecidos da loucura. Ou seja, os crimes haviam ocorrido sem perturbação anterior do pensamento ou da conduta, nenhum delírio, agitação ou desordem. Ao que se percebia, o crime havia ocorrido dentro do que se poderia considerar “grau zero da loucura” (FOUCAULT, 2006a).

Os crimes de interesse da Psiquiatria eram delitos graves. Embora admita-se um diálogo próximo entre a loucura e os delitos mais leves, não foi por meio destes que a Psiquiatria adentrou o âmbito penal. A entrada definitiva da Psiquiatria no Direito Penal se deu por meio da crítica dos grandes acontecimentos criminais, ou seja, aqueles extremamente violentos e raros (FOUCAULT, 2006a).

Eram, ainda, crimes cometidos em ambiente doméstico. Em geral, são crimes contra a família, mãe que mata seu filho, filho que mata seus pais. De acordo com o entendimento da época, as relações de idade e de parentesco eram tidas como sagradas,

naturais e inocentes, relações de indivíduos que deveriam ser alvo de proteção, portanto, eram tidos como mais do que crimes contra a sociedade. Eram crimes contra a natureza humana. Dessa forma, a questão da loucura é pertinente para os crimes contra a natureza. “O indivíduo, no qual loucura e criminalidade se associam e colocam o problema de suas relações, não é o homem da pequena desordem cotidiana, a pálida silhueta que se move nos confins da lei e das normas, mas sim o grande *monstro*. No século XIX, a psiquiatria do crime se inaugurou por uma patologia do monstruoso” (FOUCAULT, 2006a, p. 14).

Por fim, os crimes de interesse da Psiquiatria eram ações que não apresentavam motivos, ou seja, eram crimes “sem razão” embora baseados em uma ilusão delirante. Tal característica era evocada para justificar a intervenção médica, uma vez que, no crime ocorrido, não havia relação entre os envolvidos que permitisse tornar o crime inteligível (FOUCAULT, 2006a).

O que a psiquiatria do século XIX inventou foi esta entidade absolutamente fictícia de um crime louco, um crime que seria inteiramente louco, uma loucura que nada mais é do que crime (FOUCAULT, 2006a, p. 07-08).

O que propõe a Psiquiatria é um tipo de loucura que apenas se exterioriza no momento e nas formas do crime. Uma loucura que tem por sintoma a própria ação delituosa e que poderia estar sanada por meio do cometimento do crime (FOUCAULT, 2006a).

O crime apresenta-se como um campo importante para a Psiquiatria, pois é uma modalidade de poder. Esta modalidade médica ganhou destaque no século XIX, não porque aplicava uma racionalidade médica às perturbações da mente ou da conduta, mas porque operava como uma forma de promoção da higiene pública. O desenvolvimento, no século anterior, da demografia, do urbanismo e da mão-de-obra fez surgir a questão biológica e médica das populações. Com isso, o “corpo social” – como metáfora jurídico-política – fica no passado, para surgir como uma realidade biológica e um campo de intervenção médica possível. O médico se torna, então, o técnico do corpo social e a Medicina, um serviço de higiene pública. Assim, entre os séculos XVIII e XIX, a Psiquiatria atinge sua autonomia e reconhecimento por se colocar no âmbito de uma medicina pensada para reagir aos perigos intrínsecos do corpo social (FOUCAULT, 2006a).

A Psiquiatria Forense do século XIX trabalhou arduamente para a aceitação da patologização do crime e, por conseguinte, para o aceite de pareceres e a validação da sua posição em juízo; enfim, a aceitação do louco no Direito Penal. Assim, ao lado da

tecnologia de controle – a punição –, a Medicina surge como parte de um conjunto de procedimentos pensados para modificar os infratores (FOUCAULT, 2006a).

A partir do exposto, é possível concluir que a interferência da Psiquiatria na instituição penal não é resultado ou desenvolvimento da teoria tradicional da irresponsabilidade dos dementes e furiosos. Na verdade, a Psiquiatria em âmbito criminal é a resposta para duas necessidades: a ação da Medicina como higiene pública e a punição como técnica de transformação individual. Essas necessidades estão relacionadas à mudança do mecanismo de poder, por meio do qual se tem o objetivo de controlar o corpo social nas sociedades industriais (FOUCAULT, 2006a).

Criado pela Psiquiatria, o crime monstruoso, que apresenta característica de ser contra a natureza e sem razão, é a forma médica de demonstração de que a loucura é perigosa e a instituição judiciária torna-se insuficiente para determinar um crime sem determinar seus motivos. Depara-se, então, tanto a instituição psiquiátrica como a judiciária, com o *homem perigoso* (FOUCAULT, 2006a).

Com a criação deste conceito, a partir do século XIX e no século XX, a ação punitiva e a teoria que a sustenta – Teoria Geral do Direito Penal – fizeram do indivíduo perigoso seu principal interesse de persecução penal e intervenção punitiva. A partir do século XIX, então, a Psiquiatria destinou-se a investigar estigmas patológicos que podem caracterizar o indivíduo perigoso, como a loucura moral, a loucura instintiva e a degeneração. A periculosidade inerente aos indivíduos dará origem à antropologia do homem criminoso, com a Escola Italiana, e à teoria da defesa social, com a Escola Belga (FOUCAULT, 2006a).

Outro desdobramento significativo que se transforma com a periculosidade é o entendimento de responsabilidade penal, que diverge da sua aproximação anterior com o Direito Civil. Em outras palavras, para ser considerado imputável, o autor do crime deveria ser livre, consciente, não acometido de loucura e sem nenhuma crise de furor. Atualmente, a responsabilidade penal não se encontra mais relacionada apenas à consciência do ato, mas à inteligibilidade do ato, que se refere à conduta, ao caráter e à história pregressa da pessoa. A responsabilidade ficará mais caracterizada, quanto mais relacionada a uma determinação psicológica. Ao passo que, quanto mais o fato se apresentar indeterminado e sem motivação psicológica, mais se tenderá a considerar o autor como não responsável pelo seu ato. Assim, a Psiquiatria e a justiça criminal têm que enfrentar a dificuldade de balizar a determinação psicológica do criminoso (FOUCAULT, 2006a).

O final do século XIX e o início do século XX também foi um momento importante para a relação da Psiquiatria com o Direito Penal. Por volta de 1870, o conceito de monomania foi posposto, principalmente, por dois motivos significativos. Primeiramente, a negação da ideia de uma “loucura parcial”, que se manifestava apenas em alguns pontos e atuava apenas em alguns momentos; foi modificada pelo conceito de uma doença mental que não necessariamente era um dano do pensamento ou da consciência, mas que poderia afetar a afetividade, os instintos e os comportamentos automáticos, preservando as formas do pensamento – o que ficou conhecido como “loucura moral”, “loucura instintiva”, “aberração dos instintos”, etc. Além do mais, a ideia de doença mental como um desenvolvimento complexo e sob diversas formas de manifestação – neste ou naquele sintoma particular ou em tal estágio do desenvolvimento, de forma individual e, também, geracional –, nasce da ideia de degeneração. Assim, fosse o ato criminoso um incompreensível massacre ou delito cotidiano comum (nessa época, referente à propriedade ou à sexualidade), era possível pressupor uma perturbação em maior ou menor grau dos instintos ou dos estágios de desenvolvimento interrompidos. Dessa forma, há um *continuum* psiquiátrico e criminológico, ao qual é possível questionar em termos médicos e em qualquer grau da escala penal (FOUCAULT, 2006a).

Para além da questão conceitual, ainda é necessário considerar o fracasso, a renovação e a constância, demonstrada pelo sistema penitenciário. Com o fracasso do tratamento penal e a recuperação dos apenados, logo se percebeu que a prisão resultava exatamente no oposto do que se deseja – era a escola da delinquência – e, assim, os mais refinados métodos do aparelho criminal e judiciário, ao invés de garantirem a proteção, nos conduziam a um reforço do meio criminoso. Influenciado por uma forte demanda social e política de reação e repressão ao crime, pelo fato de o problema ser pensado em termos jurídicos e médicos, o conceito de responsabilidade criminal apresentava-se como totalmente inadequado (FOUCAULT, 2006a).

Assim, para a Antropologia Criminal, a solução estava em superar totalmente a noção jurídica de responsabilidade, trazendo a ideia do grau de periculosidade social para a discussão e o reconhecimento do Direito de que os réus irresponsáveis, portanto, os doentes, loucos, anormais, vítimas de impulsos imperiosos, são os que apresentam o maior grau de periculosidade. A solução também passaria por fazer com que a “pena” servisse não como uma punição, mas um mecanismo de defesa da sociedade, trançando a linha que separa os sujeitos absoluta e definitivamente perigosos daqueles que, com tratamento, deixariam de sê-lo. Depreende-se que havia três possibilidades de reação ao

criminoso perigoso, sendo estas: a eliminação definitiva (pela morte ou pelo encarceramento em uma instituição); a eliminação provisória (com tratamento); a eliminação de qualquer modo, relativa e parcial (esterilização, castração). Assim, é possível perceber nitidamente a mudança paradigmática da escola antropológica: do crime ao criminoso, do fato criminoso ao perigo virtual, centrado no grau de periculosidade que apresenta o indivíduo perigoso e na punição para a proteção social. A ideia de periculosidade atinge todos os tipos de infração e, portanto, exige proteção social. E, como nada mais havia a fazer, o Direito deveria se retirar (FOUCAULT, 2006a).

As noções trazidas pela Antropologia Criminal não foram superadas de fato e se encontram enraizadas no Direito e na aplicação das normas até os dias atuais. Assim, a punição não tem a finalidade de punir um sujeito que infringiu a norma penal; ela tem a função de diminuir por eliminação, exclusão, restrições diversas ou medidas terapêuticas o risco de criminalidade materializado e personificado pelo indivíduo perigoso (FOUCAULT, 2006a).

1.2.2. A Psiquiatria e a Psicologia como agentes biopolíticos

Foucault (2020) coloca que, até o século XVIII, uma das características do poder soberano fora o direito de vida e de morte. Este direito, como posto, “de vida” e “de morte” é, pragmaticamente, o direito de causar a morte ou de deixar viver.

Concretamente, esse poder sobre a vida desenvolveu-se a partir do século XVII, em duas formas principais; que não são antiéticas e constituem, ao contrário, dois pólos de desenvolvimento interligados por um todo um feixe intermediário de relações. Um dos pólos, o primeiro a ser formado, ao que parece, centrou-se no corpo como máquina: no seu adestramento, na ampliação de suas aptidões, na extorsão de suas forças, no crescimento paralelo de sua utilidade e docilidade, na sua integração em sistemas de controle eficazes e econômicos – tudo isso assegurado por procedimentos de poder que caracterizam as disciplinas: anátomo-política do corpo humano. O segundo, que se formou um pouco mais tarde, por volta da metade do século XVIII, centrou-se no corpo-espécie, no corpo transpassado pela mecânica do ser vivo e como suporte dos processos biológicos: a proliferação, os nascimentos e a mortalidade, o nível de saúde, a duração da vida, a longevidade, com todas as condições que podem fazê-los variar; tais processos são assumidos mediante toda uma série de intervenções e controles reguladores: uma bio-política da população. As disciplinas do corpo e as regulações da população constituem os dois pólos em torno dos quais se desenvolveu a organização do poder sobre a vida. A instalação –durante a época clássica, desta grande tecnologia de duas faces – anatômica e biológica, individualizante e especificante, voltada para os desempenhos do corpo e encarando os processos da vida – caracteriza um poder cuja função mais elevada já não é mais matar, mas investir sobre a vida, de cima a baixo (FOUCAULT, 2020, p. 131).

Biopolítica é o termo forjado por Foucault (2020), que se refere à forma como o poder soberano se modificou no final do XIX e início do XX. Ultrapassado o direito de causar a morte ou deixar viver, foi sobreposto o poder de causar a vida ou devolver à morte. A capacidade de decidir sobre a morte, que simbolizava o poder, é cautelosamente envolvida pela administração dos corpos e pela gestão calculista da vida.

As disciplinas práticas usadas anteriormente tinham como objetivo reger o indivíduo. A biopolítica tem como finalidade gerir o conjunto de indivíduos, a população, e se caracteriza pela prática de biopoderes locais; sendo esta, uma tecnologia de poder que executa diversas técnicas em uma única tecnologia que possibilita o controle de populações inteiras.

Diferenciando-se da antiga forma de poder, que se dava por meio da ameaça de morte, a biopolítica surge como uma “grande medicina social”, que se exerce sobre a população com o objetivo de controlar a vida, uma vez que faz parte do campo de poder. Utilizam-se meios de correção, e não mais meios de punição, para a transformação de indivíduos por meio de uma tecnologia, permitindo a aplicação, na sociedade, de uma distinção entre o normal e o patológico e impondo um sistema de normalização de comportamento, trabalho e afeto.

Por sua vez, o biopoder é conduzido pela ênfase na proteção da vida, na regulação do corpo e na defesa e preservação das demais tecnologias. Os biopoderes realizam a gestão da saúde, da higiene, da alimentação, da sexualidade, da natalidade, dos costumes e dos demais aspectos relevantes para a sociedade, na medida em que se transformam e ganham atenção política (FOUCAULT, 2020), mas não de qualquer cidadão.

O Estado não é o instrumento de uma raça contra uma outra, mas é, e deve ser, o protetor da integridade, da superioridade e da pureza da raça. A ideia da pureza da raça, com tudo o que comporta a um só tempo de monístico, de estatal e biológico, será aquela que vai substituir a ideia de luta das raças (FOUCAULT, 2010a, p. 68).

Com a queda do discurso da guerra das raças, no final do século XIX, o discurso sobre a pureza da raça ocupa seu lugar, nascendo, então, o racismo biológico – que não se configura como um infortúnio eventual do discurso e da política antirrevolucionária do Ocidente. O racismo “foi o pensamento, o projeto, o profetismo revolucionário virados noutra sentido, a partir da mesma raiz que era o discurso da luta das raças. O racismo é, literalmente, o discurso revolucionário, mas pelo avesso” (FOUCAULT, 2010a, p. 68).

Fortalecido no século XX, o discurso racista estatal fundamentado no biológico instituiu no domínio da vida uma divisão entre o que deve viver e o que deve morrer. Assim, com o surgimento das raças, houve a hierarquização e a qualificação de certas raças em detrimento de outras, ou seja, qualificando-as como boas ou ruins e superiores ou inferiores. A soberania estatal não mais se assegurava por meio de rituais mágico-jurídicos, mas por técnicas médico-normalizadoras, sendo que era responsabilidade do Estado ser o mais importante e forte guardião da integridade da “raça superior” (SCHUTZ, 2018).

O racismo biológico centralizado auxiliou e justificou a imposição de uma forma de normalização da sociedade e da aplicação de medidas fundamentadas no binômio médico-biológico com a finalidade de prevenir o aumento da população da raça considera inferior, pois, caso não fossem vigiados, isolados, esterilizados e reprimidos, o crescimento populacional da “sub-raça” se apresentava como um perigo constante de se impor e prevalecer à “raça pura” e para proteger a raça superior da degenerescência. Caracterizou-se como um discurso discriminatório que auxiliou propostas de segregação e eliminação da população pertencentes às camadas baixa do extrato social (SCHUTZ, 2018).

O aparecimento do biopoder ocorrer com a formação da governamentalidade que, por sua vez, é um conjunto de instituições, práticas e formas de pensamento próprias desta forma de poder, no qual se tem a população como alvo principal, a economia política como saber mais importante e os dispositivos de segurança como instrumento técnico essencial. As formas encontradas pelo governo para obter para sanar as necessidade e anseios da população são inerentes a população, ou seja, dar-se-ão a partir da população sobre a qual agem (FOUCAULT, 2010a).

A “raça superior” apresentava dois objetivos: a) autoproteção, para afastar a ameaça da degenerescência da “sub-raça” de si:

O Estado passou a ter o direito e o dever de agir, de controlar, de regular, de legislar e de exigir comportamento dos indivíduos, cujo objetivo seria impedir a proliferação da sub-raça. **Para isso, valeu-se do uso de sua força política e econômica, utilizou-se de instituições, saberes, medicina e direito** (SCHUTZ, 2018, p. 132, grifo nosso).

e b) a busca pelo aperfeiçoamento da raça:

Para progresso contínuo e rápido da raça, devia se valer também dos saberes, da biologia, da medicina, da genética, **da psiquiatria**, da sociologia, dentre

outras, como também das instituições e de toda sorte de instrumentos de que dispunha o Estado (SCHUTZ, 2018, p. 133, grifo nosso).

O desenvolvimento do biopoder traz como consequência a valorização da atuação da norma jurídica, pois o sistema jurídico não pode deixar de se armar e sua arma, por excelência, é a morte. Aos que ultrapassam os limites impostos, a lei responde, como último recurso, com esta ameaça absoluta.

Dentre outros tantos modos, o Estado, utilizou o aparelhamento judiciário, o qual se encarregava de investigar e punir seriamente aqueles membros decaídos e se aproveitava de todos os recursos de que pudesse lançar mão para descobrir a “**verdade**” e aplicar as penas previstas nos códigos que ele mesmo criou. O aparelho judiciário passou a ser instrumento do qual a super-raça se valeu para tentar garantir a regulação ou a normatização da vida dos indivíduos (SCHUTZ, 2018, p. 132, grifo nosso).

O biopoder que se ampliou do orgânico ao biológico, do corpo à população, por meio da disciplina e regulamentação, desenvolveu-se como técnica política de intervenção complexa e eficiente. A inserção do racismo como um mecanismo essencial no interior da sociedade, capaz de repelir uns aos outros, é imprescindível para a função mortífera do Estado (BRANCO, 2018). Assim, Psiquiatria e Psicologia atendem à biopolítica vigente, buscando manter o indesejável apartado da sociedade, mostrando-se como um mecanismo de gestão da vida em congruência com a política de segregação (PENIDO; GONÇALVES, 2015).

Na presente pesquisa, com base na metodologia adotada, que será detalhada no capítulo 4, não foi possível verificar as questões sobre racismo e manicômio judiciário, bem como, sobre a população feminina da Instituição pesquisada. Contudo, é possível notar sutis marcas do racismo nos resultados, por meio da criminalização da pobreza e das drogas. A relação entre racismo, periculosidade e loucura ainda persiste, como aponta Magno (2020), com base nos dados levantados nos manicômios judiciários do Estado do Rio de Janeiro (MJud/RJ). São estes: Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Heitor Carrilho (SEAP HH), Centro de Tratamento em Dependência Química Roberto Medeiros (atualmente nomeado como Hospital Penal Psiquiátrico Roberto Medeiros) (SEAP HR) e Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Henrique Roxo (SEAP HR); somam 341 pessoas internadas, das quais 23 eram mulheres. Por meio do recorte dos dados raciais e de classe (escolaridade), observou-se que das 204 pessoas internadas no ano de 2020, 70% dos internados são negros (pretos ou pardos) e apenas 4% dos internos atingiram o ensino superior (mesmo incompleto). Em sua maioria, 96% das

peças manicomializadas tem o ensino fundamental (completo ou incompleto) e há um número expressivo de analfabetismo.

1.2.3. A busca da “verdade” sobre o sujeito perigoso

Certas provas têm, em si, efeitos de poder, valores demonstrativos, uns maiores que outros, independentemente de sua estrutura racional própria. Portanto, não em função da estrutura racional delas, mas em função de que? Pois bem, do sujeito que as produz (FOUCAULT, 2010b, p. 10).

De acordo com Foucault (2010b), o exame psiquiátrico é um discurso da verdade, pois é um discurso com estatuto científico. Os discursos também podem matar, uma vez que são discursos que podem determinar, direta ou indiretamente, a decisão do poder judiciário de absolver ou deter um indivíduo e, portanto, de decidir à vida e à morte.

O objetivo principal do exame é legitimar, por meio do conhecimento científico, a abrangência do *jus puniendi* a outro aspecto que não a infração. É este artifício que permite localizar a ação punitiva em um *corpus* legal de técnicas de transformação dos indivíduos (FOUCAULT, 2010b). “O exame psiquiátrico possibilita a transferência do ponto de aplicação do castigo, da infração definida pela lei à criminalidade apreciada do ponto de vista psicológico-moral” (FOUCAULT, 2010b, p. 16). O que propõe a Psiquiatria, além da legalização das infrapenidades, é a penalização das características subjetivas e individuais do sujeito (FOUCAULT, 2010b).

Dessa forma:

Não é mais um sujeito jurídico que os magistrados, os jurados, têm diante de si, mas um objeto: o objeto de uma tecnologia e de um saber de reparação, de readaptação, de reinserção, de correção. Em suma, o exame tem por função dobrar o autor, responsável ou não, do crime, com um sujeito delinquente que será objeto de uma tecnologia específica (FOUCAULT, 2010b, p. 19).

Os exames em âmbito criminal afastam os critérios normativos e objetivos da avaliação do comportamento criminoso, que o sujeito já apresenta como cumpridos, e, assim, passa-se a deliberar a punição com base no risco que o sujeito pode apresentar à sociedade. O questionamento da biopolítica atual trata sobre a reflexão de quais são os critérios de escolha dos estigmas para os que devem ser segregados do social, ou seja, de quais argumentos a autoridade se utiliza para dissimular as práticas segregacionistas com uma legalidade aparente. De forma geral, visa entender como é feita a manipulação para que o senso comum aceite as políticas públicas violadoras de direitos, implementadas com o argumento de defesa do bem-estar coletivo (PENIDO; GONÇALVES, 2015).

2. DA REALIDADE DOS MANICÔMIOS JUDICIÁRIOS

A Instituição Total é um local de domicílio e trabalho onde um alto número de indivíduos, com situação semelhante, fica segregado da comunidade a que pertence, por um considerável período, levando, assim, uma vida reclusa e formalmente administrada. De maneira geral, podemos observar cinco grupos a que se dirigem estas instituições na sociedade. Assim, primeiramente, existem instituições arquitetadas para a realização de algum serviço ou tarefa de forma mais adequada e que se justificam por esta característica instrumental. São os quartéis, navios, escolas, campos de trabalho, colônias e, até mesmo, as grandes mansões (se considerarmos os que executam e residem na casa dos seus empregadores). Também há instituições que são utilizadas para a instrução religiosa, como abadias, mosteiros e conventos. Com outra finalidade, existem as instituições criadas com o objetivo de tutelar pessoas consideradas incapazes e inofensivas; são os locais destinados para deficientes físicos, idosos, órfãos e pobres. Ainda sob este viés do cuidado, há locais destinados para tutelar pessoas entendidas como incapazes de cuidar de si mesmas e que representam uma potencial ameaça ao corpo social – mesmo que não intencionalmente –, sendo destinadas aos “doentes mentais”. E, ainda, há uma última forma de instituição total que é concebida para proteger aqueles que estão livres e circulantes e, à vista disso, a preservação da dignidade humana não é uma questão a ser resolvida de forma imediata; são as cadeias, penitenciárias, campos de prisioneiros de guerra e campos de concentração (GOFFMAN, 2015).

A invenção do Manicômio Judiciário – hoje renomeado como Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico – teve como suporte saberes acerca do crime e da loucura, envolvendo teóricos que fundamentavam a relação entre a Psiquiatria e o Sistema de Justiça Criminal. Resumidamente, a Escola Clássica do Direito Penal coloca ênfase no livre arbítrio do homem e a pena surge como reparação do dano social. Em contrapartida, a Escola Positiva deposita a total responsabilidade da transgressão do crime no próprio homem, tendo como foco principal sua personalidade, alvo de intensas e invasivas avaliações médico-jurídicas.

Os saberes empenhados na produção de “verdades” iniciaram a segregação dos “loucos agitados e perigosos” em seções específicas, considerando-os um entrave para o tratamento eficaz nos manicômios comuns. Assim, era necessário um lugar disciplinar mais rígido para estas pessoas, havia a necessidade da criação de “seções especiais”. A passagem entre a criação destas seções e/ou alas específicas para uma “instituição

específica” foi regulamentada por meio da legislação, permeada pelos jogos de poderes que envolveram múltiplos atores e fatos sócio-políticos em cada país (SANTOS; FARIAS, 2014).

2.1. DO PERCURSO JURÍDICO DOS MANICÔMIOS BRASILEIROS

No Brasil, quanto aos chamados “criminosos loucos”, o Código Penal de 1890 apenas dizia que eram penalmente irresponsáveis e deviam ser entregues a suas famílias ou internados nos hospícios públicos, se assim “exigisse” a segurança dos cidadãos. O arbítrio em cada caso era uma atribuição do juiz.

No Brasil, a regulamentação da assistência a alienados ocorreu com o Decreto n.º 1.132/1.903, dando início à reforma dos hospícios, iniciando formalmente as seções especiais para os detentos em cumprimento de pena nas prisões federais que apresentassem sintomas psiquiátricos e os delinquentes que tiveram a excludente de ilicitude averiguada para internação compulsória pelo Juízo competente. Foi importada para o Brasil, por meio da Assistência Médico-Legal, na direção de Juliano Moreira até 1930, a Escola Psiquiátrica Alemã. Assim, nas décadas de 1920 e 1930, a doença mental é trabalhada por meio da higiene biologizante e radical, empregada como garantia científica do controle da loucura (SANTOS; FARIAS, 2014; PIRES; RESENDE, 2016).

Com isso, por meio do Decreto n.º 14.831, de 25 de maio de 1921, aprova-se o regulamento dos manicômios judiciários como uma dependência de assistência aos alienados no Distrito Federal, destinada aos condenados recolhidos em prisões federais que apresentassem sintomas de loucura, aos acusados de crimes e aos delinquentes isentos de responsabilidade em virtude de anormalidade mental¹⁸. No entanto, a concretização da proposta oficial do manicômio se materializa apenas após o Decreto n.º 11.831, de 15 de maio de 1921, aprovando a construção do primeiro manicômio judiciário brasileiro (SANTOS; FARIAS, 2014).

Com a imposição de Getúlio Vargas do Decreto-Lei n.º 24.559, de 3 de julho de 1934, dispondo sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços e as demais diligências, facilitou-se a internação

¹⁸ Art. 1º, Decreto nº 14.831/1921: O Manicômio Judiciário é uma dependência da Assistência a Alienados no Distrito Federal, destinada á internação: I. Dos condemnados que, achando-se recolhidos ás prisões federaes, apresentarem symptomas de loucura;II. Dos accusados que pela mesma razão devam ser submettidos a observação especial ou a tratamento; III. Dos delinquentes isentos de responsabilidade por motivo de affecção mental (Codigo Penal, art. 29) quando, a criterio do juiz, assim o exija a segurança publica.

de qualquer indivíduo, podendo ser o paciente recolhido aos manicômios por simples atestados médicos e podendo ser requerido por toda parte que tivesse interesse¹⁹. As disposições deste decreto ficaram vigentes até o ano 2000.

Os governos ditatoriais fortaleceram a ligação entre a internação asilar e a privatização da assistência por meio da crescente contratação de leitos em clínicas e hospitais particulares. É possível constatar a ligação com o direcionamento do financiamento público para a esfera privada, pois durante o regime militar, entre os anos de 1965 a 1970, a população internada em hospitais públicos se manteve constante. No entanto, em relação às instituições que tinham algum convênio com o poder público, houve um aumento de 14 mil internados para 30 mil internos no mesmo período. Mais tarde, os números continuaram a aumentar, mantendo uma proporção de 80% referente a leitos contratados junto ao setor privado e 20% referente a leitos públicos (TENORIO, 2002).

Com o desenvolvimento de contraposição ao Estado autoritário da ditadura militar no Brasil, a partir de 1975, irrompem-se críticas à ineficiência da assistência da saúde pública e à característica privada da política de saúde, vindas do governo da época. Inúmeras práticas e ações são criticadas na administração da saúde pública no Brasil, como negligência, abandono, exclusão, maus-tratos e crueldades e, evidentemente, violação de direitos humanos dos – na época dos fatos – reconhecidos como doentes mentais. Além disso, o aparecimento de denúncias sobre o sistema de subsidiamento dos serviços gerou severas críticas à administração pública. No entanto, não se criticavam os pressupostos da existência e constituição dos manicômios e da Psiquiatria, mas apenas seus excessos ou desvios (TENÓRIO, 2002; PIRES; RESENDE, 2016).

Em 1979, o Hospital Colônia foi denunciado por violações de direitos humanos. Nas instalações do hospital, todos os internos – homens, mulheres e até crianças – viviam em situações precárias de higiene, alimentação e conforto. Os internados morriam das mais simples necessidades humanas, mas também morriam de intervenções, como o choque. Nos períodos de grande lotação do hospital, por volta de 16 pessoas morriam a cada dia. A morte, neste caso, era vista com possibilidade de lucro. Entre os anos de 1969

¹⁹ Art. 11º, Decreto-Lei nº. 24.559/1934: A internação de psicopatas toxicômanos e intoxicados habituais em estabelecimentos psiquiátricos, públicos ou particulares, será feita: a) por ordem judicial ou de requisição de autoridade policial; b) a pedido do próprio paciente ou por solicitação do cônjuge, pai ou filho ou parente até o 4º grau, inclusive, e, na sua falta, pelo curador, tutor, diretor de hospital civil ou militar, diretor ou presidente de qualquer sociedade de assistência social, leiga ou religiosa, chefe do dispensário psiquiátrico ou ainda por algum interessado, declarando a natureza das suas relações com o doente e as razões determinantes da sua solicitação.

a 1980, 1.853 corpos de internados no manicômio foram vendidos para dezessete faculdades de medicina do país em qualquer tipo de questionamento. Na lógica do mercado livre, quando houve o excesso de cadáveres, os corpos foram diluídos em ácido, no próprio pátio do manicômio, em frente aos pacientes, com o objetivo de comercializar as ossadas. Fazendo jus à lógica capitalista, não se perdia – exceto a vida. A exposição destes fatos elucida a prática do genocídio cometido, sistematicamente, praticados pelo Estado brasileiro com a conivência da ciência e profissionais da saúde, bem como, da sociedade (ARBEX, 2019).

Ao final da década de 1970, precisamente em 1978, nasce o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). Unindo reivindicações trabalhistas e um discurso humanitário, o movimento ganhou destaque nos anos seguintes, liderando acontecimentos que fortaleceram o avanço da luta até seu caráter definitivamente antimanicomial. A crítica às políticas de saúde adotadas pelo Estado e o desenvolvimento de propostas alternativas formou o que foi nomeado como “reforma sanitária”. Este movimento pleiteou a reformulação do sistema nacional de saúde – incluindo o setor psiquiátrico, mas não apenas este. A ênfase da necessidade da mudança é posta na administração, no planejamento dos serviços e na ampliação do acesso da população à saúde. Acreditava-se que o aperfeiçoamento técnico e melhor gerenciamento dos recursos públicos destinados à saúde sanariam os problemas referentes à má assistência em saúde (TENÓRIO, 2002).

Em 1980 chegam, à gestão efetiva dos serviços e políticas públicas, os protagonistas e as ideias do movimento sanitário. As ações se limitaram ao aperfeiçoamento da instituição psiquiátrica referente à gestão pública, mantendo ainda o padrão da institucionalização. Os debates sobre os direitos dos internados se davam sobre o aperfeiçoamento e a universalização das formas clássicas e sobre a ampliação do direito à saúde em âmbito político-social. No entanto, é importante ressaltar que tais discussões geraram o amadurecimento de outra perspectiva que culminou na apresentação do projeto de lei da Reforma Psiquiátrica em 1989. Além disso, o debate sobre este projeto desencadeou a elaboração e aprovação, em oito estados, de leis estaduais que regulamentavam a assistência à saúde, na expectativa da substituição do modelo asilar (TENÓRIO, 2002).

Mesmo com a mudança de paradigma e de ordem prática, ocorrendo a nível municipal e estadual, as denúncias das violências praticadas continuavam. Em 5 de junho de 1996, o Jornal do Brasil publicou em manchete de destaque em sua primeira página:

“Relatório aponta violência em clínicas psiquiátricas do Rio”. Nas páginas internas, a matéria ganha o título: “Relatório mostra o inferno”, seguida do subtítulo: “Censo encomendado pela SMS aponta o descaso com que as clínicas tratam os deficientes mentais” (TENÓRIO, 2002). Esta matéria versa sobre o censo encomendado pela Secretaria Municipal de Saúde, realizado entre outubro e dezembro, apontando as violências presentes nas clínicas psiquiátricas. O relatório aponta 88 mortes de internos em dois meses, na Clínica Humaitá, sendo, assim, considerada a pior unidade psiquiátrica do Rio de Janeiro. Além de outras denúncias de maus-tratos que ocorreram nos manicômios.

Mesmo com diversas denúncias, apenas em 2001 foi aprovada a Lei n.º 10.216, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e que reformula o modelo assistencial em saúde mental.

2.2. DOS POUCOS NÚMEROS QUE FALAM PELOS QUE CALAM E QUE DENUNCIAM A OBNUBILAÇÃO REAL DAS INSTITUIÇÕES PSIQUIÁTRICAS

Ser contado é uma forma de existir.
Debora Diniz

De acordo com último Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias – INFOPEN (2016), o sistema penitenciário brasileiro apresenta 748.009 pessoas na totalidade das penas, em regime fechado (362.547), semiaberto (133.408) aberto (25.137) e nas medidas de segurança detentiva (4.109) e ambulatorial (250). Distribuídos proporcionalmente, cumprem em regime fechado 48,47%, 17,84% em regime semiaberto, 3,36% em regime aberto, 29,75% são provisórios e 0,55% é referente à medida de segurança na forma de internação. Referente ao Estado do Paraná, onde foi desenvolvida esta pesquisa, 279 pessoas se encontram em cumprimento de medida de segurança. Destas, 278 pessoas cumprem medida de segurança detentiva.

Tabela 1 – Medidas de segurança no Brasil com base nos dados disponibilizados pelo INFOPEN (2016)

Medidas de segurança no Brasil com base nos dados disponibilizados pelo INFOPEN (2016)				
Estado	Detentiva		Ambulatorial	
	Federal	Estadual	Federal	Estadual
Acre (AC)	não consta	4	não consta	0
Alagoas (AL)	não consta	39	não consta	0
Amazonas (AM)	não consta	19	não consta	0
Amapá (AP)	não consta	8	não consta	2
Bahia (BA)	não consta	64	não consta	0

Ceará (CE)	não consta	213	não consta	0
Distrito Federal (DF)	0	69	0	0
Espírito Santo (ES)	não consta	59	não consta	1
Goiás (GO)	não consta	7	não consta	4
Maranhão (MA)	não consta	53	não consta	16
Minas Gerais (MG)	não consta	1.303	não consta	21
Mato Grosso do Sul (MS)	0	74	0	78
Mato Grosso (MT)	não consta	22	não consta	0
Pará (PA)	não consta	99	não consta	0
Paraíba (PB)	não consta	42	não consta	0
Pernambuco (PE)	não consta	154	não consta	42
Piauí (PI)	não consta	1	não consta	0
Paraná (PR)	0	278	0	1
Rio de Janeiro (RJ)	não consta	108	não consta	0
Rio Grande do Norte (RN)	0	40	0	0
Rondônia (RO)	0	15	0	1
Roraima (RR)	não consta	1	não consta	1
Rio Grande do Sul (RS)	não consta	52	não consta	27
Santa Catarina (SC)	não consta	0	não consta	51
Sergipe (SE)	não consta	66	não consta	0
São Paulo (SP)	não consta	1.310	não consta	4
Tocantins (TO)	não consta	9	não consta	1

Fonte: INFOPEN (2016).

O Brasil apresenta uma insuficiência significativa e calamitosa de levantamento e elaboração quanto aos dados estatísticos fidedignos no âmbito criminal. Por anos, jamais houve interesse da área jurídica em pesquisas na área, obstaculizando um embate sério e científico quanto a temas envolvendo as ciências criminais. “A falta de materiais empíricos engendrou um retrato nacional lacunoso com nítida falta de transparência, sem método de ação minimamente coordenado capaz de vislumbrar melhorias das políticas públicas do setor” (BRANCO, 2018, p. 146).

Evidentemente, relativa às medidas de segurança, a situação é equiparada quanto à falta de dados, impossibilitando o vislumbre da realidade do sistema prisional. Arrisca-se colocar que o sistema psiquiátrico-penal é a área que representa melhor essa falta de informações na Execução Penal brasileira, dentre as quais é possível elencar: a) o desinteresse do Estado e da sociedade em viabilizar diálogos, debates, produção científica e ações positivas e propositivas sobre este tema e a realidade em que essas pessoas se encontram – isso ocorre, sobretudo, pela destituição da condição humana da população psiquiátrica; ou seja, na lógica do capital, essas pessoas perderam seu *status* de pessoas, ao deixarem de ser consumidores e adentrarem no sistema penal-psiquiátrico; b) a

academia não demonstra interesse no desenvolvimento de pesquisas sobre o assunto, sejam elas de metodologia com base teórica ou de campo – a exposição do desinteresse é corroborada pelos baixíssimos números de pesquisas desenvolvidas neste campo e necessita-se ressaltar, colaborando com as hipóteses da falta de dados científicos sobre o tema, elencadas pela autora, que a presente pesquisa foi alvo de críticas e considerada como irrelevante em meio acadêmico pelos próprios pares, na apresentação do projeto que a fundamentou; c) contraditoriamente, evidencia-se a invisibilidade social dos sujeitos sob este sistema em tamanha proporção, que a produção de dados oficiais beira à inexistência; d) a execução penal é marcada pelo total descaso estatal (BRANCO, 2018). A essas hipóteses formuladas, a presente pesquisa acrescenta e credita à característica de Instituição Total a dificuldade do desenvolvimento de pesquisas, mesmo quando há interesse e comprometimento com o desenvolvimento e produção científica.

Das inspeções mais recentes aos manicômios, organizadas pelo Conselho Regional de Psicologia do Paraná (CRP/08), justificou-se a não realização do trabalho devido à impossibilidade do Complexo Médico Penal (CMP/PR), em Curitiba, de atendê-la, uma vez que, à época das visitas programadas, encontrava-se na custódia de presos da “Operação Lava Jato” em 2015 (CFP, 2015). Referente à última Inspeção Nacional de Hospitais Psiquiátricos, a Instituição não apresentava os critérios definidos pela Comissão, organizados para a seleção dos hospitais psiquiátricos a serem visitados nesta inspeção. Foram inspecionados, no Paraná, o Hospital Psiquiátrico San Julian, na Cidade de Piraquara e o Hospital Psiquiátrico de Maringá, na Cidade de Maringá (CFP, 2019).

Assim, os últimos dados a que se tem acesso da Instituição foram levantados no último censo realizado no Brasil, datado de 2011, realizado pela pesquisadora Diniz (2013), em “A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil”. Dessa forma, contemplar a situação manicomial no Brasil é sempre incerto, em virtude da falta de conhecimento de dados atualizados e de acesso a esses dados por meio das instituições psiquiátricas.

2.3. O QUE RESTA DOS CAMPOS DE EXTERMÍNIO NO BRASIL: A MANUTENÇÃO DE UM LUGAR REAL PARA UM NÃO LUGAR SIMBÓLICO PARA OS INCURÁVEIS, IRRECUPERÁVEIS E INDESEJÁVEIS

Cristina Rauter (2003) expõe que a Reforma Psiquiátrica, mesmo impulsionada por excelentes intenções, como a de colocar um ponto final na história dos manicômios judiciários e buscar a reinserção do “doente mental” na sociedade, aparenta não alcançar

o território penitenciário. Ao contrário do que se buscar fora dos muros das penitenciárias, o manicômio judiciário se moderniza conquistando e recolhendo novos clientes. Concomitantemente, a expansão da Psiquiatria se inclina aos “normais” mais que aos “loucos desarrazoados” do passado.

A medida de segurança é uma sanção penal imposta pelo Estado, na execução de uma decisão, que tem como finalidade exclusiva a cura do inimputável ou do semi-imputável e a prevenção, ou seja, para evitar que o agente de um ilícito penal volte a praticar tipos penais baseado na valoração da periculosidade do sujeito (CAPEZ, 2018). Na perspectiva do código penal e do processo penal, periculosidade é “como um estado de antissociabilidade que permite realizar um juízo de probabilidade de delinquência futura baseado nos déficits psíquicos do periciando” (CARVALHO, 2015, p. 502).

Grandemente acolhida no direito penal do século XX, a Teoria Geral possibilitou a crença de que alguns seres humanos são perigosos e, tão-somente em virtude disso, devem ser separados ou eliminados. O Direito os reduziu a *status* de “coisa”, sem a possibilidade de responder a isso, privando-os de diversos recursos processuais para o abrandamento da pena. O Direito viabilizou que esses indivíduos fossem desconsiderados em sua natureza humana e como pessoas, por meio de processos racionais. Desde 1948, com a admissão normativa das medidas de segurança, o Estado democrático autorizou penas (ou algumas penas) como meras contenções dos entes perigosos, o que viola o artigo 1.º da Declaração Universal dos Direitos Humanos (ZAFFARONI, 2011).

Zaffaroni (2011) nomeou esses indivíduos como “o inimigo do direito penal” e, ocupando o lugar subjetivo de inimigo, este ser não merece o tratamento de pessoa. O tratamento diferenciado do Direito oferecido ao “inimigo” nega-lhe sua condição de pessoa. Ele é visto sob a interpretação de ente perigoso ou daninho. Por mais que a ideia tenha sido construída, no decorrer da história do Direito Penal, a partir do estabelecimento da diferenciação entre cidadãos (pessoas) e inimigos (não pessoas), marca-se os seres humanos que são privados de direitos individuais, motivos pelos quais deixaram de ser vistos como pessoas. A aceitação dos hostis é a primeira incompatibilidade que encontramos com o Estado de Direito.

Conforme se trata um ser humano meramente como um ente perigoso e, por conta disso, a contenção se torna indispensável, dele é retirado ou a ele é negado o caráter de pessoa, mesmo que certos direitos ainda se encontrem presente (como, por exemplo, fazer testamento, ter direito à herança, a reconhecimento de paternidade, a matrimônio etc.). Não são os direitos que lhe são privados que lhe anulam a condição de pessoa, mas

sim a razão pela qual esse cerceamento de direitos se fundamenta, ou seja, a segregação em virtude da sua “essência perigosa” (ZAFFARONI, 2011).

Um tratamento diferenciado para indivíduos que cometeram atos ilícitos, portanto, práticas indesejáveis na sociedade, mostra quem é o real indesejável na sociedade: indesejáveis são aqueles incapazes de produzir e consumir imposição necessária pela própria característica que as sociedades apresentam hoje. É a dualidade do psiquismo humano que nos coloca frente às pulsões de vida e de morte. Sabe-se que a pulsão de morte está ligada à destruição e que é inerente ao homem inserido em uma cultura; a desumanização, a despersonalização e, por conseguinte, a “coisificação” dão carta branca aos sujeitos para gozarem do sofrimento do outro, pois o outro já não é uma pessoa, assim como acontece em períodos de guerra contra o inimigo (FREUD, 2010a; FREUD, 2010b).

Mas como a pulsão de morte aparece em momentos aparentemente de paz? Por isso, mesmo em um Estado democrático, estão presentes essas formas de pensar e por tantas vezes se escuta “bandido bom é bandido morto”. Na realidade das medidas de segurança, existem penas perpétua e de morte, como acontece frequentemente nos manicômios judiciários, como tão bem demonstrou Debora Diniz (2009), em “A casa dos mortos”²⁰. Não à toa foi este o título escolhido; ao ingressar no manicômio, você irá a óbito na instituição, tendo vivido todas as suas experiências naquele local por causas naturais ou por suas próprias mãos. O Direito Penal e, como sua consequência, as medidas de segurança são a forma de canalizar a pulsão de destruição dentro de um “ambiente de paz”. Em virtude disso, práticas violentas sempre existirão e deve ser compromisso do Estado Democrático de Direito estar vigilante e criar mecanismos democráticos que reprimam tais práticas.

A violência é uma das formas que externaliza a pulsão de morte. Hannah Arendt tem como objetivo pensar a violência no âmbito da política. E por que não aproximar suas ideias da política criminal ou, melhor dizendo, da política penal que vivemos hoje? Considerando isso, é necessário o reconhecimento do consenso entre os teóricos da política de que a violência é uma irrefutável manifestação do poder e que este, por sua vez, é um instrumento de dominação (ARENDR, 1994).

²⁰ O documentário se encontra disponível gratuitamente no *site*: <http://www.acasadosmortos.org.br>.

Sendo assim, o poder diz respeito à habilidade humana não apenas para agir, mas também para agir em conjunto. Por isso, o poder não é propriedade de um indivíduo, é pertencente a um grupo e perdura enquanto o grupo estiver unido (ARENDDT, 1994).

No pensamento de Arendt (1994), é preciso diferenciar alguns conceitos. O vigor é uma característica individual; é uma característica inerente a um objeto ou pessoa, podendo evidenciar-se a si mesmo na relação interpessoal. De forma equivocada, em especial se esta é usada como meio de coerção, empregamos a força como sinônimo de violência; no entanto, caracteriza tão-somente a energia liberada por movimentos físicos. Já a autoridade tem como aspecto que a define o reconhecimento por aqueles a quem se reivindica a obediência sem o uso da coerção, nem da persuasão. Finalmente, a violência se difere por seu caráter instrumental. Situa-se próxima ao vigor, uma vez que os implementos da violência são pensados e empunhados com o objetivo de ampliar o vigor natural, até que, em um último estágio de desenvolvimento, possa substituí-lo.

Dessa forma, poder e violência são fenômenos distintos, mas que, costumeiramente, apresentam-se associados. Independentemente de onde esteja articulado, o poder é o fator primário e predominante. Assim, a violência ocorre onde o poder legítimo está ausente (ARENDDT, 1994).

A violência se encontra tão forte no comportamento humano que não se pode deixar de questionar se ela é um fenômeno típico de nossa realidade no espaço-tempo ou se é um traço essencial que nos caracteriza. Contudo, como visto anteriormente, de acordo com o colocado por Freud (2010a; 2010b), a violência é inerente ao homem e este é responsável por tornar a vivência em sociedade um “viver violento”. violência se mostra presente e surge de várias formas. Porém, quando pensamos sobre “violência”, nos remetemos a sua face imediata e sensível que é a agressão (ODALIA, 1983).

A agressividade humana ultrapassa a necessidade frente a um ambiente hostil. Não se pode negar que uma das condições básicas para a sobrevivência do homem no mundo natural foi sua capacidade de produzir agressões em uma escala desconhecida em outros animais. De algum modo essa agressividade se desenvolve e perde sua forma de simples defesa, para adquirir a forma com a qual o homem estrutura e organiza sua vida em sociedade (ODALIA, 1983).

A violência está presente na contemporaneidade. Em diversos lugares do globo, faz parte da vida cotidiana, como: roubos, sequestros, homicídios e outras formas de atentado às liberdades individuais. É um fenômeno social inquietante que transcende o atual, demonstrando-se em matanças e genocídios (TENDLARZ; GARCIA, 2013). De

acordo com Hannah Arendt (1994), o conceito de violência se expressa por seu sentido de meio ou de instrumento (OLIVEIRA, 2014) de coação, que compõem recursos disponíveis na ação exclusiva do soberano de certa autoridade no exercício do seu poder. Nesse sentido, um Estado soberano dispõe de absoluto e exclusivo acesso, controle e uso dos meios de violência que, em regra, abrangem duas áreas de segurança: o segmento da ameaça interna (tribunais e forças policiais) e o segmento da ameaça externa (forças armadas) (ANDRÊS, 2012).

Com Foucault (2010a) nasce o conceito do poder disciplinar, que se caracteriza como uma nova prática de exercer o poder, com novos procedimentos para a docilização dos corpos mediante disciplina, adestramento, exames, sanções normalizadoras e vigilância hierárquica. Nessa concepção de poder, o corpo é o objeto. Podemos entender o poder disciplinar como a tecnologia que recai sobre o corpo do homem, atingindo sua individualidade e sua subjetividade, sendo vigiado, treinado, docilizado, utilizado e punido. O biopoder propõe uma nova tecnologia para um novo corpo, com o uso de diferentes mecanismos dos disciplinadores. O poder regulamentador versa sobre a intervenção no viver, da forma como se vive ou como o indivíduo deve viver naquela sociedade. As novas tecnologias aplicadas são centradas na vida.

A violência estatal é um instrumento que mantém um poder ilegítimo, ou seja, aquele que não representa o cidadão verdadeiramente. Por se tratar de um Estado Democrático, as violências são veladas e aferidas por execução de normas. Em virtude disso, as violências estatais, em geral, não são caracterizadas na sua forma mais imediata que é a agressão, mas sim por ações que incidem sobre o corpo do sujeito visando a sua docilização e a aceitação do domínio da classe dominante. Nas medidas de segurança, esta incidência é percebida por meio do cerceamento do direito à liberdade e da hipermedicalização (que é a aplicação direta do conceito de biopoder), que inviabiliza a expressão subjetiva do sujeito, fundada na periculosidade deste.

Estive hoje em um campo de concentração nazista. Em lugar
nenhum do mundo, presenciei uma tragédia como esta.
Franco Basaglia, em 1979, sobre o Hospital Colônia.

As medidas de segurança ontem e hoje configuram os novos “campos de extermínio”, pois não se afasta grandemente do que ocorria em *Auschwitz* (AGAMBEN, 2008). Apenas um grupo diferente, atualmente os “loucos criminosos”, é isolado nos Hospitais de Custódia (que nada mais são do que os antigos manicômios judiciários) e deixado para morrer, uma vez que a possibilidade de deixar o sistema punitivo centra-se

no poder-saber da medicina com a aferição de cessação da periculosidade, que não se baseia somente na diminuição ou anulação dos sintomas que o levaram a ingressar o sistema da periculosidade.

Podem-se imaginar, especialmente para as condenações de longa duração, as dificuldades ocasionadas ao libertado do cárcere pelas mudanças dos hábitos, pelas relações interrompidas, pelos ambientes mudados; tudo isso não pode deixar de determinar uma crise, que poderia também chamar-se a crise do renascer.

Francesco Canelutti

A recuperação e ressocialização de um integrante do sistema penitenciário é uma tarefa difícil. Diferentemente do que escolas anteriores da Criminologia traziam, é uma tarefa delicada, não porque o indivíduo apresenta traços de uma personalidade criminosa, mas sim porque a prisão deixa marcas neste sujeito (SILVA, 2009). Como bem coloca Alvin August de Sá (2002, p. 213 apud SILVA, 2009, p. 49):

A prisão deixa feridas profundas na alma do sentenciado e do ex-presidiário. Essas feridas são resultantes em grande parte do fenômeno da prisionização. Assim como existe a contaminação hospitalar, também existe a contaminação carcerária, de consequências profundamente deletérias para a mente do encarcerado.

Com a restrição do direito de ir e vir, o apenado perde a administração da sua vida; ou seja, o indivíduo, que antes era empregado, imediatamente, perde seu emprego. Concomitantemente, é separado de sua família, com todas as questões que isso lhe traz, e é marcado pelo estigma. Abruptamente é retirado do mundo e colocado em um ambiente onde prevalecem relações de passividade-agressividade e dependência-dominação, local este que não possibilita qualquer espaço para a iniciativa e o diálogo e, assim, experimenta um total distanciamento de tudo o que conhece, ama e faz (SILVA, 2009).

As características do cárcere promovem o desprezo pela pessoa, desvalorizam a autoestima, dificultam a comunicação autêntica com o outro e impedem a construção de atitudes e comportamentos socialmente aceitos (SILVA, 2009).

O objetivo de ressocialização é incompatível com a prisão, pois o encarceramento dessocializa, despersonaliza e provoca impactos irreparáveis no psiquismo do indivíduo. Dessa forma, a recuperação no cárcere ou pelo cárcere mostra-se impossível (SILVA, 2009).

No cárcere ocorre um fenômeno denominado “aculturação”, processo em que diversos grupos culturais interagem, trocando incessantemente elementos culturais uns com os outros, tornando-o um ambiente destinado à punição e à extinção de

comportamentos inadequados, trabalhando de maneira oposta. Em outras palavras, é um ambiente reforçador desses comportamentos, uma vez que os indivíduos, que se encontram na prisão, são mantidos isolados e, assim, empurrados a formar uma sociedade dentro da vida em massa no cárcere (SILVA, 2009).

O processo de execução da pena possibilita o acatamento, em maior ou menor grau, da forma de pensar, dos costumes, dos hábitos e, de uma forma geral, da cultura geral da penitenciária, o que acarreta à degradação do indivíduo por meio dos problemas inerentes à própria natureza do cárcere, como o afastamento do preso da sociedade, o contato obrigatório com o crime e um poder totalitário supervisionando o comportamento do sujeito que é empurrado a assimilação de tais costumes, sem opção de escolha (SILVA, 2009).

A vida no cárcere é massificada, em especial para os presos, o que lhes traz, à proporção ao tempo de pena privativa de liberdade, principalmente a desorganização da personalidade, provocando a perda de sua identidade e a aquisição de uma nova, um sentimento de inferioridade, uma infantilização, uma regressão e um empobrecimento psíquico que se desdobra, entre outros, em estreitamento do horizonte psicológico, pobreza de experiências e dificuldades de elaboração de planos em médio e em longo prazo. Ainda em relação à infantilização e à regressão, apresentam-se, ademais, dependência, busca de proteção (usualmente na religião), busca de soluções fáceis, projeção da culpa no outro e dificuldade de elaboração de planos (SILVA, 2009).

Os impactos do cárcere são tão intensos que impossibilitam que o sujeito se readapte à sociedade preconceituosa e discriminatória; o que dificulta as formas para sobreviver social, moral e financeiramente, tornando um “homem marcado” de fato, que estará sob o estigma da marginalização constantemente (SILVA, 2009).

Frente a essa situação, é indubitável que a prisão não recupera e não ressocializa os indivíduos que ingressam no sistema penitenciário, agindo de forma contrária ao desejado e gerando a necessidade de um trabalho psicológico com o objetivo de conscientizar o preso sobre as marcas deixadas nesse processo e de ajudá-lo a superá-las. Contudo, é importante frisar que o trabalho voltado a lidar com os efeitos do cárcere, não promove a recuperação do preso. Essas atividades, responsabilidade das equipes técnicas dos estabelecimentos penais, ou seja, psicólogos e assistentes sociais, visam a não dessocialização do preso, para que a pena degrade ou perverta o réu (SILVA, 2009).

Mas como Divina poderia esperar que “os de fora” a compreendessem se “os de dentro” a compreendem menos ainda? Se, por medo ou cinismo, segregam, espancam e deixam morrer? (CHAUI, 2019, p. 53)²¹.

A realidade manicomial brasileira não é diferente da realidade prisional. Na última inspeção nos hospitais psiquiátricos foram verificadas diversas situações de violência física, sexual, dentre outras violações de direitos humanos. Pessoas com sofrimento psíquico e/ou transtorno mental, tratadas como não cidadãos, submetidas a tratamentos de saúde sem qualidade de assistência prestada; o oposto ao proposto nas diretrizes de atenção à saúde definidas pelo SUS (CFP, 2019).

2.4. POR FAVOR, ONDE É A SAÍDA?

No Estado Democrático de Direito, a Constituição Federal (1988) veda qualquer forma de pena que seja de morte, perpétua, cruel ou, de banimento, mas a biopolítica – a mesma que teve origem no século XVIII e se adaptou aos novos modelos no decorrer do século XIX – ofereceu suporte para a criação de obstáculos à saída da Pena Privativa de Liberdade (PPL) e, em especial, do Manicômio Judiciário.

2.4.1. Exame criminológico

Como positivado pelo Código Penal de 1984, a pena será aplicada e fixada com base na aferição do juízo à culpabilidade, aos antecedentes, à conduta social, à personalidade do agente, aos motivos, às circunstâncias e às consequências do crime, assim com o comportamento da vítima, devendo ser fixada, por meio de uma quantificação que atenda a necessidade e eficiência para a reprovação e prevenção do crime. Devendo o juízo atentar-se às penas aplicáveis dentre os crimes, regime inicial de cumprimento da pena privativa de liberdade ou da substituição da pena privativa de liberdade por outra pena, se cabível²².

A fixação do cumprimento de pena iniciado em regime fechado é balizada pelo código penal, no qual, a pena de reclusão deve necessariamente iniciar nesse regime se o apenado for sentenciado com pena superior a 8 anos²³. Também com base na legislação brasileira, as penas privativas de liberdade devem necessariamente ser executadas em

²¹ *Travessia no inferno*, de Marilena Chaui, originalmente publicado no jornal *Folha de São Paulo*, em 13 de fevereiro de 1984, p. 02.

²² Art. 59, CP.

²³ Art. 33, a, CP.

forma progressiva²⁴, ou seja, a execução da pena deve ser cumprida de regime mais rigoroso (fechado), a regime mais brando (aberto).

No entanto, para que se concretize a progressão de regime, existem requisitos objetivos e subjetivos. Referente aos crimes comuns, o requisito objetivo é o cumprimento de um sexto (1/6) da pena fixada no regime mais severo. Em relação aos crimes hediondos e assemelhados, como o tráfico de drogas, tortura e genocídio, exige-se o cumprimento de dois quintos (2/5) para o réu primário e três terços (3/5) para os reincidentes.

Além do requisito objetivo, como coloca a legislação penal²⁵, para que a progressão aconteça, o apenado deve merecer esse direito. O objetivo subjetivo versa sobre o parecer positivo da Comissão Técnica de Classificação e o atestado de boa conduta carcerária emitido pelo diretor do estabelecimento prisional. Assim, no início do segundo semestre de 1984, foi editada a Lei n.º 7.210/84, com o objetivo de regulamentar a execução da pena e determinar o objetivo de seu cumprimento no Estado brasileiro, tanto do condenado, como do internado²⁶. Surge, então, o exame criminológico²⁷ como requisito da progressão para cumprimento da pena em regime mais brando e o exame de cessação de periculosidade para a descontinuação da medida de segurança. À vista do exposto no item 31 das motivações da Lei de Execução Penal, referente à gravidade do fato ou às condições pessoais do agente, determinante na fixação de regime mais severo, orienta-se a prática do exame criminológico, que tem como objetivo conhecer o sujeito apenado, nas mais diversas esferas da subjetividade humana, como inteligência emocional e princípios morais, para direcionar a inserção de um grupo específico com o qual se relacionará durante a execução da pena.

O exame criminológico consiste na realização de uma perícia, embora não manifestada pela LEP, com o objetivo de levantar elementos, dados, condições e subsídios sobre a personalidade, analisando-os sob os aspectos biológico, social e mental para a efetivação do princípio da individualização da pena por meio da classificação dos apenados. Na perspectiva da medicina clínica, o que se examina é a saúde individual e a presença de doenças. À Psiquiatria se reserva o exame de sanidade mental, ou seja, a identificação da presença ou ausência de transtorno mental. À Psicologia se reserva a

²⁴ Art. 33, § 2º, CP.

²⁵ Art. 33, § 2º, do CP.

²⁶ Art. 1º, Lei de Execução Penal

²⁷ Art. 112, LEP.

investigação do nível mental, características da personalidade do sujeito e, especialmente, a sua agressividade. Ficando para o exame social, o levantamento de informações familiares e as condições sociais. De uma forma geral, esta visão multidisciplinar converge para investigar a capacidade de adaptação do apenado ao regime de cumprimento da pena, a probabilidade de cometimento de nova prática delituosa e o grau de probabilidade de reinserção na sociedade (BITENCOURT, 2019).

Assim, a Lei de Execução Penal (1984) cria a Comissão Técnica de Classificação²⁸. Esta equipe deve estar presente em cada estabelecimento, presidida pelo diretor e composta por, no mínimo, dois chefes de serviço, um psiquiatra, um psicólogo e um assistente social e com a avaliação inicial ao apenado com regime inicial fechado, no plano de individualizador da pena. A equipe ainda acompanhará a execução das penas privativas de liberdade e restritivas de direitos, devendo propor, ao Juízo competente, as progressões e regressões dos regimes, bem como as conversões²⁹.

Com a alteração do art. 112, a LEP, trazida pela Lei n.º 10.792/2003, altera o entendimento do requisito subjetivo em relação ao merecimento do sentenciado, disposto pelo art. 33, § 2.º, do CP, coloca somente o atestado de boa conduta carcerária, emitido pelo direito do estabelecimento prisional.

A alteração legislativa realizada abriu a possibilidade de discussão sobre a exigência do parecer positivo da Comissão Técnica de Classificação, resultado do exame criminológico. Assim, há doutrinadores que entendem a obrigatoriedade do exame criminológico. São expoentes representativos deste entendimento Miguel Reale Júnior, René Ariel Dotti e Cezar Roberto Bitencourt.

De acordo com esse posicionamento, a obrigatoriedade do exame criminológico ocorre com base em dois diploma legais. Em primeiro lugar, o CP (arts. 34 e 35) determina a realização do exame criminológico no início do cumprimento de pena, tanto para o regime fechado, como para o regime semiaberto. Por sua vez, a LEP determina a realização do mesmo exame quando se tratar de regime fechado e faculta a sua realização quando o regime inicial corresponder ao semiaberto³⁰. De acordo com Bitencourt (2019), esta contradição é apenas aparente. Explica: a legislação penal apresenta dois dispositivos legais que regulam o mesmo tema. O Código Penal determina expressamente a realização do exame criminológico quando o regime inicial fixado for o regime fechado. A LEP não

²⁸ Art. 7º, LEP.

²⁹ Art. 6º, LEP.

³⁰ Art. 8, parágrafo único, LEP.

proíbe a realização do exame, em seguindo contrário, permite, embora não obrigue imperativamente a sua realização. Pode ocorrer que dois dispositivos legais, da mesma hierarquia, sancionados a mesma data, versem sobre o mesmo tema. E é exatamente o que ocorre, na visão do autor: a lei que instituiu o Código Penal, ao regulamentar a matéria, entendeu como necessária a realização obrigatória do exame criminológico no regime fechado e semiaberto, com o objetivo de respeitar a individualização da pena. Assim, se estão presentes dois estatutos legais que regulam a mesma matéria, um criando a obrigação e o outro a facultatividade: cumpre-se determinação.

Dessa forma, defende o autor, respeita-se o princípio constitucional da individualização da pena, o qual significa possibilitar a cada condenado as melhores condições para o cumprimento da sanção imposta, oportunizando a reinserção social. Ainda sob o seu ponto de vista, o entendimento moderno de individualização é referente à ciência e técnica para melhor a condução do tratamento penal. O exame criminológico é indispensável na sua visão, “pois o diagnóstico criminológico está para a correta execução da pena privativa de liberdade assim como os exames clínicos e radiológicos estão para o tratamento dos pacientes da Medicina” (BITENCOURT, 2019).

Nucci (2019), em conformidade com o disposto no art. 33, §2.º, do CP, menciona que o mérito do condenado deve ser aferido por meio de uma avaliação sobre a conduta carcerária passada e futura. Isso corresponde à ideia de diagnóstico e prognóstico, em que o indivíduo demonstra estar preparado para um regime mais brando, por meio da disciplina, do senso crítico, da perspectiva de futuro e da ausência de periculosidade – ou seja, extinguindo a probabilidade de reincidência criminal e demonstrando uma reeducação social.

A manutenção do uso do exame clínico-criminológico para aferição do merecimento da progressão do apenado por meio da legislação penal se dá com base no art. 33, § 2.º do CP, que versa sobre a necessidade de as penas privativas de liberdade serem executadas em forma progressiva, de acordo com o mérito do apenado que não fora revogado ou modificado; a aferição do mérito, pelo Juízo competente, é fundamentada no parecer obrigatório da Comissão Técnica de Classificação, pois apenas o atestado de boa conduta carcerária não seria suficiente para tal. Além disso, como coloca a LEP, a constituição da CTC³¹, necessária em cada estabelecimento, deverá elaborar programa individualizado da pena privativa ao apenado³². Ademais, sob a mesma lei, encontra-se

³¹Art. 7º, LEP.

³²Art. 6º LEP.

vigente a submissão ao exame criminológico³³ para a obtenção dos elementos necessários a uma adequada classificação, que tem como objetivo a individualização da execução da pena.

Assim, sob o entendimento deste autor, não houve uma retirada do uso do exame criminológico como requisito para progressão, em respeito ao princípio de individualização da pena. O que ocorre, de acordo com Nucci (2019), é que a exigência do exame criminológico para progressão não atinge todos os casos, mas apenas aqueles em situações necessárias (com grave ameaça ou violência), para a formação da convicção do julgador. E, ainda, a importância dessa avaliação é tecer uma decisão com base na aferição da cessação de periculosidade do autor de fato típico.

Então, atentando-se ao princípio constitucional da individualização da pena, questionou-se judicialmente se somente o parecer de boa conduta seria suficiente para embasar a decisão do juiz. Em virtude disso, por meio da jurisprudência, os tribunais manifestaram o entendimento que, em havendo necessidade, o magistrado poderia requisitar o exame criminológico, o que ocorre comumente em casos de crimes executados com violência.

A posição manifestada pelos tribunais foi acolhida pelo STJ e pelo STF.

Súmula 439 – STJ

Admite-se o exame criminológico pelas peculiaridades do caso, desde que em decisão motivada. (Súmula 439, TERCEIRA SEÇÃO, julgado em 28/04/2010, DJe 13/05/2010)

Súmula Vinculante 26 – STF

Para efeito de progressão de regime no cumprimento de pena por crime hediondo, ou equiparado, o juízo da execução observará a inconstitucionalidade do art. 2º da Lei 8.072, de 25 de julho de 1990, sem prejuízo de avaliar se o condenado preenche, ou não, os requisitos objetivos e subjetivos do benefício, podendo determinar, para tal fim, de modo fundamentado, a realização de exame criminológico.

A exigência de parecer positivo pela Comissão Técnica Classificadora ainda é necessária para a progressão de pena, como fica demonstrado nas decisões do Tribunal de Justiça do Paraná (TJ/PR)³⁴:

RECURSO DE AGRAVO EM EXECUÇÃO. PROGRESSÃO DE REGIME PRISIONAL. INSURGÊNCIA MINISTERIAL. ALEGAÇÃO DE NECESSIDADE DE EXAME CRIMINOLÓGICO. NÃO OBRIGATORIEDADE. INTELIGÊNCIA DO ART. 112 DA LEP, COM

³³Art. 8º, parágrafo único, LEP.

³⁴ As jurisprudências apresentadas foram selecionadas pelo Ministério Público do Paraná (MP/PR) e estão disponíveis para consulta no site: <http://www.criminal.mppr.mp.br/pagina-879.html>.

REDAÇÃO DADA PELA LEI Nº 10.792/2003. PREENCHIMENTO DOS REQUISITOS OBJETIVOS E SUBJETIVOS PARA A CONCESSÃO DA BENESSE. DECISÃO MANTIDA. RECURSO CONHECIDO E DESPROVIDO. **Após a entrada em vigor da lei n. 10.792/2003, que deu nova redação ao art. 112 da lep, não há mais obrigatoriedade de exame criminológico para progressão de regime, podendo, contudo, o juízo da execução determinar sua realização, desde que em decisão fundamentada.** 3. Habeas corpus não conhecido, mas concedida a ordem de ofício para o juízo da execução reanalise o pedido de progressão de regime, afastada a exigência, desmotivada, de exame criminológico (stj. sexta turma. habeas corpus nº 293277/sp. relator ministro nefi cordeiro. julgado em 07/10/2014) (TJPR; RecAgrav 1499126-1; Ponta Grossa; Quinta Câmara Criminal; Relª Desª Maria José de Toledo Marcondes Teixeira; Julg. 09/06/2016; DJPR 22/06/2016; Pág. 693);

PROCESSO PENAL. Execução de pena. Recurso de agravo. Indeferimento do pedido de progressão de regime. Artigo 112 da LEP. Redação conferida pela Lei nº 10.792/03. **Decisão motivada em exame criminológico desfavorável.** Irresignação da defesa quanto à exigência do laudo para aferição do requisito subjetivo. Tese não acolhida. **Admissibilidade do exame criminológico a critério do magistrado. Avaliações psicológicas e de serviço social, tidas como desfavoráveis. Requisito subjetivo não satisfeito.** Decisão mantida. Recurso desprovido. De acordo com a legislação atual, o exame criminológico deixou de ser obrigatório. Porém, a não obrigatoriedade do referido exame não importa em qualquer vedação à sua utilização sempre que o magistrado julgar conveniente e necessária a sua utilização (TJPR; RecAgrav 1515447-7; Foz do Iguaçu; Quarta Câmara Criminal; Relª Desª Sonia Regina de Castro; Julg. 15/09/2016; DJPR 26/09/2016; Pág. 193);

RECURSO DE AGRAVO. Execução da pena. Decisão que alterou a data-base para nova concessão de progressão para a data da progressão para o regime semiaberto. Possibilidade. Benefício condicionado ao preenchimento cumulativo dos requisitos objetivos e subjetivos. Condição objetiva preenchida em 26.9.2015. **Exigência, contudo, de exame criminológico para aferição do requisito subjetivo. Decisão fundamentada. Súmula nº 439, do Superior Tribunal de justiça.** Precedentes da suprema corte. Recurso desprovido. **A) a progressão de regime está condicionada ao preenchimento de dois requisitos: um de índole objetiva, relacionado ao tempo de pena cumprido, e outro de caráter subjetivo, referente ao comportamento do apenado e a sua aptidão para o retorno ao convívio social antes do término da pena. O preenchimento de apenas um deles, portanto, não garante o direito à benesse. B) de acordo com a Súmula nº 439, do Superior Tribunal de justiça, admite-se o exame criminológico pelas peculiaridades do caso, desde que em decisão motivada** (TJPR; RecAgrav 1527199-7; Cruzeiro do Oeste; Terceira Câmara Criminal; Rel. Des. Rogério Kanayama; Julg. 25/08/2016; DJPR 12/09/2016; Pág. 399);

RECURSO DE AGRAVO EM EXECUÇÃO. DECISÃO DENEGATÓRIA DE PROGRESSÃO DE REGIME. PRETENDIDA CONCESSÃO DA BENESSE. NÃO ACOLHIMENTO. DECISÃO SUFICIENTEMENTE FUNDAMENTADA EM ELEMENTOS CONCRETOS. Ademais, realização de exame criminológico que, embora não seja mais obrigatório, revela-se admissível, desde que devidamente justificado pelas peculiaridades do caso concreto. **Orientação da Súmula nº 439 do STJ e Súmula vinculante nº 26 do STF.** Manutenção da decisão agravada. Recurso conhecido e desprovido (TJPR; RecAgrav 1489705-9; Francisco Beltrão; Quarta Câmara Criminal; Relª Desª Lidia Maejima; Julg. 30/06/2016; DJPR 25/07/2016; Pág. 433).

Recentemente, por meio da Lei n.º 13.964/2019, o art. 112 da LEP recebeu nova alteração, estipulou-se quantitativamente a necessidade de pena cumprida e reafirmou-se a extinção do exame criminológico para progressão de pena.

Art. 112. A pena privativa de liberdade será executada em forma progressiva com a transferência para regime menos rigoroso, a ser determinada pelo juiz, quando o preso tiver cumprido ao menos:

I - 16% (dezesesseis por cento) da pena, se o apenado for primário e o crime tiver sido cometido sem violência à pessoa ou grave ameaça;

II - 20% (vinte por cento) da pena, se o apenado for reincidente em crime cometido sem violência à pessoa ou grave ameaça;

III - 25% (vinte e cinco por cento) da pena, se o apenado for primário e o crime tiver sido cometido com violência à pessoa ou grave ameaça;

IV - 30% (trinta por cento) da pena, se o apenado for reincidente em crime cometido com violência à pessoa ou grave ameaça;

V - 40% (quarenta por cento) da pena, se o apenado for condenado pela prática de crime hediondo ou equiparado, se for primário;

VI - 50% (cinquenta por cento) da pena, se o apenado for:

a) condenado pela prática de crime hediondo ou equiparado, com resultado morte, se for primário, vedado o livramento condicional;

b) condenado por exercer o comando, individual ou coletivo, de organização criminosa estruturada para a prática de crime hediondo ou equiparado; ou

c) condenado pela prática do crime de constituição de milícia privada;

VII - 60% (sessenta por cento) da pena, se o apenado for reincidente na prática de crime hediondo ou equiparado;

VIII - 70% (setenta por cento) da pena, se o apenado for reincidente em crime hediondo ou equiparado com resultado morte, vedado o livramento condicional.

§ 1º Em todos os casos, o apenado só terá direito à progressão de regime se ostentar boa conduta carcerária, comprovada pelo diretor do estabelecimento, respeitadas as normas que vedam a progressão.

§ 2º A decisão do juiz que determinar a progressão de regime será sempre motivada e precedida de manifestação do Ministério Público e do defensor, procedimento que também será adotado na concessão de livramento condicional, indulto e comutação de penas, respeitadas os prazos previstos nas normas vigentes.

O exame criminológico e o exame de verificação de cessação de periculosidade demonstram a mesma essência: averiguar a possibilidade de reincidência criminal. No entanto, o sistema da periculosidade e, portanto, dos anormais é contemplado com esta mudança legislativa, pois, como se verá a seguir, o EVCP é redigido pelo art. 175, do CP.

Então, questiona-se: por que os indivíduos encarcerados em virtude de sofrimento psíquico e, portanto, no mínimo, merecedores de um olhar mais humanizado, continuam a flertar com a possibilidade de uma pena perpétua, acrescida de todo sofrimento inerente à institucionalização?

2.4.2. Exame de verificação de cessação de periculosidade

O procedimento para a verificação da cessação de periculosidade está elencado no art. 175 da LEP e coloca que a averiguação se dará no final do prazo mínimo, observando que a autoridade administrativa, no período de até um mês antes de terminar o prazo de duração mínima da medida, remeterá ao juiz um relatório detalhado que o ajude a decidir sobre a permanência ou a revogação da medida. O relatório deve ser embasado com laudo psiquiátrico. Tendo sido o relatório juntado aos autos ou realizadas as diligências, serão ouvidos o Ministério Público e o curador ou defensor, em até 3 dias. Caso não haja curador ou defensor, o juiz nomeará defensor pública ou recorrerá à advocacia dativa para acompanhamento técnico da execução da medida de segurança para o agente não o tiver defesa constituída nos autos respeitando o princípio de ampla defesa. Assim, o juiz poderá requerer novas diligências de ofício ou a pedido das partes, mesmo que expirado o prazo de duração mínima da medida de segurança. Após a oitiva das partes ou realizadas as novas diligências, o juiz proferirá sua decisão no prazo de 5 dias.

Como a lei prevê, um mês anterior ao término do prazo mínimo da duração da medida de segurança, a autoridade administrativa, neste caso expresso na figura do diretor do hospital de custódia e tratamento, deve expedir ao juiz da execução penal, um relatório detalhado do sujeito internado ou em tratamento ambulatorial, composto por histórico da situação, desde seu ingresso na instituição até a data atual. Como já tido anteriormente, é imprescindível o laudo psiquiátrico anexo, documento que efetivamente analisará medicamente o caso, afirmando a presença ou a cessação de periculosidade. O magistrado decidirá sobre a manutenção ou liberação da pessoa, fundamentado nesse parecer médico. O laudo é de caráter urgente e a demora de sua emissão é abusiva, pois abre a possibilidade de constrangimento ilegal (NUCCI, 2018).

Se na ausência da desconfiância de inimputabilidade, o sujeito estava sob o sistema da culpabilidade, ao ser considerado inimputável, responde sob a égide do sistema da periculosidade. A periculosidade pode ser entendida como a possibilidade de o sujeito vir a cometer novos ilícitos penais, baseado na sua condição física e psíquica. A cessação de periculosidade, portanto, versa sobre o controle do estado mental do sujeito em tratamento, verificada por meio do exame médico, que resulta em laudo, se o indivíduo permanece em estado de antissociabilidade, oferecendo perigo à sociedade ou não (NUCCI, 2018).

O aparato legal do Direito Penal e seu conceito de delito, tratamento e prevenção e a relação entre crime e patologia tornaram a figura do psiquiatra necessária para o diálogo jurídico. Desde a entrada da Psiquiatria, há uma tentativa de elaboração de critérios objetivos para aferição da periculosidade dos infratores penais, o que veio a se tornar uma das principais tarefas da área da Psiquiatria, que ficou conhecida como Psiquiatria Forense. Em consonância com a legislação vigente no Brasil, cabe ao perito psiquiátrico averiguar a cessação de periculosidade. No entanto, a periculosidade é, no contexto criminal, um conceito jurídico que deve revelar o potencial de reincidência em comportamento futuro do sujeito submetido à medida de segurança. Portanto, a cessação de periculosidade não é um conceito médico ou psicológico. Assim, é possível perceber que a ideia de periculosidade condicionou historicamente a legislação e a prática psiquiátrica, tornando-a um ponto importantíssimo para as previsões de reincidência, que contribuem para a atitude da sociedade para com os “doentes mentais”, em especial os que incidiram em fato típico penal (MECLER, 2010).

É importante ressaltar que a diferença da “cessação de periculosidade” e da liberação do paciente, no caso de hospital psiquiátrico não penal, é que a “alta hospitalar” está relacionada à remissão sintomatológica, já para aquele, mesmo na ausência dos sintomas, como entendem alguns peritos, não é determinada por eles mesmos a cessação de periculosidade (MECLER, 2010).

Salo de Carvalho (2001) apresenta uma interessante crítica garantista sobre o uso da perícia durante o processo de execução penal, por caracterizar um modelo penal inquisitorial, uma vez que não se apresenta uma possibilidade concreta de refutação das hipóteses probatórias. As avaliações sobre a personalidade estabelecem um juízo da subjetividade do agente do fato típico; apresentam-se como autoritárias, indemonstráveis e irrefutáveis processualmente. Referindo-se especificadamente ao prognóstico de não reincidência criminal, o mérito baseado em “probabilidades”, pode significar apenas a negação de direitos públicos subjetivos, já que são hipóteses que não podem ser verificadas empiricamente. Sendo assim, as decisões baseadas nos diagnósticos, exames e prognósticos previstos pela LEP não podem ser entendidas de forma diversa se não como um resquício autoritário que não condiz com um Estado Democrático de Direito e como violadoras de direitos humanos.

A “psiquiatrização”, adotada no sistema penalógico pelo legislador brasileiro, terceiriza aos especialistas a motivação do ato decisório da avaliação de opções e condições da vida do apenado por meio da perícia, rompendo, assim, com o princípio da

secularização – premissa básica do direito penal moderno. A fusão do discurso da Psiquiatria e do discurso punitivo caracteriza um modelo perverso que remontam aos modelos positivistas da criminologia etiológica, (con)fundindo direito e natureza – concretizando o imaginário positivista de mediação da periculosidade, que está ancorada neste sistema. A percepção da retomada de conceitos lombrosianos como propensão ao crime, causa da delinquência e personalidade voltada ao crime é clara, por meio dos termos técnicos utilizados, que orientam a homologação judicial com base no exame clínico-criminológico, como “personalidade imatura e infantil”, “delinquência ocasional”, “delinquência caracteriológica”, “mesocriminoso preponderante”, “prospecção de futuro”, “atenção normovigil e normotenaz”, “orientação auto e alopsíquica”, “linguagem normolálica”, “afeto normomodulado”; todos amplamente utilizados na prática criminológica.

Dessa forma, o uso de avaliações demonstra que, embora a cognição processual esteja sustentada em premissas acusatórias e em um Direito Penal do fato, “todo o processo de execução de penas e os procedimentos que requerem avaliação pericial são balizados por juízos medicalizados sobre a personalidade” (CARVALHO, 2001, p. 08); adéqua um modelo de direito penal do autor e um modelo criminológico etiológico a um sistema constitucional de garantias que se sustentam na inviolabilidade da intimidade e no respeito à vida privada e à liberdade de consciência e de escolhas.

No âmbito do cumprimento de pena privativa de liberdade, bem como, na execução das medidas de segurança, desconstruindo a diferenciação legislativa posta entre pena e aderência a tratamento médico-psiquiátrico, direitos humanos são feridos diária e constantemente, seja com os resultados colhidos em resposta ao encarceramento em massa e o *panpenalismo*, vividos desde o século XIX até os dias atuais, ou com a violação da própria restrição da locomoção e associado a outros direitos, como o direito à informação, ao lazer e, até mesmo, à saúde. No entanto, o sistema “comum que atinge a todos”, apresenta um enredo jurídico que coloca como possibilidade, ao apenado de restrição ao *jus puniendi*, a progressão de pena. Esta possibilidade é a fina linha que reduz o direito de punir do Estado; contudo, deixando ainda a submissão de seres humanos entre o suplício do corpo temporário e o suplício do corpo perpétuo das medidas de segurança.

3. DA SUPOSTA PRODUÇÃO TÉCNICA DA “VERDADE” SOBRE O INDIVÍDUO PERIGOSO PELA PSIQUIATRIA E PELA PSICOLOGIA NO CUMPRIMENTO DA EXECUÇÃO PENAL

Como nas prisões, nos asilos, em toda instituição total-totalitária, o hospital psiquiátrico exclui, humilha, culpa, degrada, vigia, pune, tortura, controla tempo e espaço, médica e destrói. E quando pertence ao Estado, coroa essas práticas com o desprezo pelo doente e com a corrupção administrativa. **Tudo científico, objetivo, neutro, competente** (CHAUI, 2019, p. 53, grifo nosso)³⁵.

Contemplar a “verdade” é essencial e inerente ao próprio conceito de processo judicial. Por ser um dos seus principais objetivos a ser perseguido, uma vez que, é por meio processual que o Juiz tem ciência da verdade dos fatos e, somente por intermédio dela, pode aplicar a norma apropriada corretamente (JACOB; NOVAIS, 2018).

Todo processo judicial, seja em âmbito cível ou criminal, admite três espécies de prova, sendo elas: testemunhal, documental e pericial. A prova testemunhal é a que se produz oralmente³⁶, por meio do relato prestado em juízo, por qualquer pessoa³⁷, desde que não impedida e sob palavras de honra, relatando o que tem conhecimento do fato³⁸.

A prova documental é aquela trazida ao conhecimento do juízo por meio de um documento. Para o processo penal, são considerados documentos quaisquer escritos ou instrumentos, público ou privado, mas também quaisquer elementos que comuniquem um fato de forma física, como desenhos, fotografias, gravações sonoras³⁹.

A prova pericial é uma ferramenta, trazida à ação judicial “para revelar ao magistrado a verdade de um fato que servirá de prova. Somente um profissional especializado no campo a ser avaliado deverá assumir a realização da perícia, que subsidiará o juiz na decisão final de um processo” (MAGALHÃES; BOFF, 2019, p. 26).

A validação jurídica da função de perito desempenhada pelo médico, portanto, pelo profissional responsável na produção de provas com objetivo jurídico, encontra-se na Lei n.º 12.842, de 10 de julho de 2013, que dispõe sobre o exercício da medicina no Brasil⁴⁰. A validação jurídica do papel do psicólogo como perito está disposta no Decreto n.º 53.464/1.964, que regulamenta a Lei n.º 4.119/1.962, que dispõe sobre a formação e o exercício profissional do psicólogo no território brasileiro, uma vez que, coloca como

³⁵ *Travessia no inferno*, de Marilena Chaui, originalmente publicado no jornal *Folha de São Paulo*, em 13 de fevereiro de 1984, p. 02.

³⁶ Art. 204, CPP.

³⁷ Art. 202, CPP.

³⁸ Art. 203, CPP.

³⁹ Art. 232, CPP.

⁴⁰ Art. 5º, II, Lei n.º 12.842/2013.

uma das funções do psicólogo a realização de perícia e emissão de pareceres sobre matéria da Psicologia⁴¹.

As perícias serão feitas por dois peritos oficiais escolhidos à confiança do magistrado⁴². Na ausência destes, poderão ser substituídos por pessoas com escolaridade superior completa, interesse e prática na área específica⁴³. Os peritos-não oficiais deverão prestar compromisso de bem e desempenhar sua função com zelo⁴⁴.

Em respeito ao princípio do contraditório, à defesa e à acusação são permitidas a indicação de um assistente técnico e a formulação de quesitos⁴⁵. O assistente técnico poderá atuar a partir da admissão do Juiz, após a finalização da perícia e da elaboração dos laudos periciais⁴⁶.

No decorrer do processo judicial, podem as partes requerer a oitiva dos peritos para esclarecer a prova ou responder aos quesitos⁴⁷ e indicar assistentes técnicos que poderão apresentar pareceres ou serem inquiridos em audiência⁴⁸. Em concordância com o sistema de livre apreciação de provas, ao magistrado caberá aceitar ou rejeitar a contraprova. Em caso de dúvida, ainda poderá requerer a nova perícia, a qual deverá findar a dúvida remanescente.

Como resultado da avaliação pericial, os peritos deverão elaborar um laudo, no qual, deve constar pormenorizados o que foi objeto de exame e as respostas aos quesitos⁴⁹, no prazo de 10 dias, podendo ser postergado em casos excecionalíssimos a pedido dos profissionais⁵⁰.

A “perícia como o conjunto de procedimentos técnicos que tenha como finalidade o esclarecimento de um fato de interesse da Justiça, e perito, técnico incumbido pela autoridade de esclarecer o fato da causa, auxiliando, desse modo, na formação do convencimento do juiz” (TABORDA; BINS, 2016, p. 36-37). Melhor dizendo, as ciências *psi*, assim como já posto anteriormente, concebem a perícia como uma verdade apenas

⁴¹ Art.4º, VI, Decreto nº. 53.464/1964.

⁴² Art. 159, CPP.

⁴³ Art. 159, § 1º, CPP.

⁴⁴ Art. 159, § 2º, CPP.

⁴⁵ Art. 159, § 3º, CPP.

⁴⁶ Art. 159, § 4º, CPP.

⁴⁷ Art. 159, § 5º, I, CPP.

⁴⁸ Art. 159, § 5º, II, CPP.

⁴⁹ Art. 160, CPP.

⁵⁰ Art. 160, parágrafo único, CPP.

tendo instrumentalizada, por meio de técnicas aceitas pelas ciências, a busca pela verdade sobre o sujeito.

3.1. EXAME PERICIAL PSIQUIÁTRICO

A perícia psiquiátrica é o tipo de avaliação psiquiátrica que tem como objetivo esclarecer um fato de interesse de autoridade judiciária, policial, administrativa ou, ocasionalmente, particular. Este exame se baseia no exame psiquiátrico clínico e há, portanto, bastante afinidade entre os mesmos; no entanto, afastam-se por sua finalidade e pelos princípios éticos que os conduzem (TABORDA; BINS, 2016).

O exame psiquiátrico em material penal consiste em uma avaliação médica acurada e no registro fidedigno à realidade do que foi observado, bem como na elaboração de comentários médico legais, nos quais demonstra a relação entre os achados clínicos e a legislação vigente. Além disso, o médico-perito deve responder aos quesitos realizados pela lide (TABORDA; BINS, 2016).

3.1.1. Tipos de avaliação psiquiátrica

As avaliações periciais psiquiátricas, cíveis ou criminais, podem ser classificadas em: avaliações transversais, retrospectivas, prospectivas (TABORDA; BINS, 2016) e indiretas (TEIXEIRA; BARROS; CARVALHO, 2015).

As avaliações transversais se caracterizam pelo seu objetivo de analisar o momento do processo avaliativo. Em virtude disso, costumam ser precisas em relação aos dados levantados e suas conclusões, em geral, não abrindo margem para divergências. Em âmbito penal, o exemplo notório desta avaliação é a perícia para a constatação de superveniência de doença mental. No caso de superveniência, um indivíduo, após cometer um crime, demonstra sinais e sintomas de transtorno mental. Se isso vier a se confirmar durante o processo pericial, reverberará na persecução penal – na ocorrência anterior ou durante a ação penal – e levará à interrupção do cumprimento da pena privativa de liberdade, que poderá ser convertida em medida de segurança.

As avaliações retrospectivas são, como o próprio nome denuncia, as perícias em que o examinador tem o objetivo de estabelecer a condição psíquica do examinando em determinado momento do passado. É uma perícia que costuma ser tecnicamente difícil, contudo, de forma geral, costumam ser precisas e efetivas. Em matéria criminal, o exemplo mais importante deste tipo de avaliação é referente à imputabilidade penal.

Dos tipos de avaliação apresentados, a avaliação prospectiva é a que apresenta um grau de imprecisão mais elevado, porém, contraditoriamente, são muito valorizadas pelos operadores do Direito. As avaliações prospectivas são aquelas em que, a partir do momento atual e considerando fatos posteriores, o perito busca determinar o risco futuro que determinado comportamento acarreta.

O maior exemplo desse tipo de avaliação, que ocorre em matéria criminal, refere-se à execução penal. Em relação aos indivíduos que cumprem a medida de segurança detentiva, a avaliação é desempenhada por um perito psiquiatra que averiguará se houver cessação da periculosidade.

De acordo com a Psiquiatria Forense, há um erro conceitual legal sobre a avaliação retrospectiva, quanto ao diagnóstico da ausência de periculosidade com base no binômio perigoso/não perigoso. Atualmente, estas avaliações têm um caráter prognóstico e, portanto, devem estabelecer a probabilidade de que um fato possa ocorrer, visto que, é da ordem do impossível antever ações, criminosas ou não, que alguém virá a praticar. Em razão disso, as perícias prospectivas são as menos confiáveis de todo o rol de gênero de perícias psiquiátricas.

A avaliação de risco de comportamento violento apropriada é um trabalho complexo e está relacionado a fatores para além da presença de transtorno mental, envolve também, por exemplo, fatores ambientais e sociais. Esta avaliação é bastante específica para a conjuntura na qual o sujeito busca reintegração e seu resultado deve ser proferido em termos de probabilidade e prazo de validade determinado.

Por fim, a perícia indireta é aquela realizada sem contato com o periciando, fundamentada apenas em documentos trazidos à ciência do perito e relatos de pessoas envolvidas. Normalmente é utilizada em casos de desaparecidos ou falecidos, tendo a perícia o objetivo de elucidar suas capacidades mentais anteriormente ao ocorrido. Em geral, é uma avaliação solicitada em casos de anulação de ato jurídico ou testamento.

3.1.2. Instrumentos de avaliação psiquiátrica

A avaliação psiquiátrica usa como instrumentos a entrevista com o periciando, a entrevista com terceiros e o exame físico, com ênfase nas avaliações neurológicas, endocrinológicas e cardiológicas. Além disso, podem fazer parte da avaliação, exames complementares laboratoriais, funcionais e de imagem e testes neuropsicológicos. Dentre os instrumentos disponíveis para a Psiquiatria, a entrevista psiquiátrica é o instrumento

mais importante, pois é por meio dela que é possível a aplicação do levantamento de dados sobre a história pessoal e familiar do paciente e a realização do Exame do Estado Mental (TABORDA; BINS, 2016).

Na entrevista médica, tradicionalmente, uma pessoa está sofrendo e deseja alívio; espera-se, então, que o outro forneça esse alívio. De forma geral, a entrevista médica enfatiza a história da condição médica do entrevistado, com o objetivo de obter informações que auxiliarão na designação de um diagnóstico e a prescrição do tratamento médico adequado. Para a entrevista psiquiátrica, esses dados também são relevantes, no entanto, destacam-se as informações sobre a doença atual, a história pessoal passada e atual, a história familiar, os sinais e sintomas, as situações e as circunstâncias significativas da vida do paciente, que possam estar relacionados à sua condição e a revisão dos sistemas. Para o diagnóstico e o tratamento psiquiátrico, participam a história geral de vida do paciente, o estilo de vida, a autoestima, os padrões tradicionais de enfrentamento e as relações interpessoais, tanto quanto a sua doença atual (MACKINNON; MICHELS; BUCKLEY, 2018).

3.2. PERÍCIA PSICOLÓGICA

A avaliação psicológica se configura como um desenvolvimento de um processo amplo e complexo de investigação e que tem como objetivo formular hipóteses ou diagnóstico sobre uma pessoa ou grupo. Refere-se ao levantamento de dados e informações obtidos por um conjunto de métodos e técnicas confiáveis e reconhecidos pela ciência psicológica (CFP, 2013).

O psicodiagnóstico é um processo avaliativo de cunho científico de investigação e intervenção clínica. É limitado quanto ao tempo e faz uso de técnicas e/ou testes psicológicos, com o objetivo de analisar uma ou mais características psicológicas, visando um diagnóstico psicológico – ou seja, descritivo e/ou dinâmico, fundamentado em uma teoria psicológica que auxilia o entendimento da conjuntura avaliada, obtendo uma ou mais indicações terapêuticas e encaminhamentos (KRUG; TRENTINI; BANDEIRA, 2016).

3.2.1. Métodos e técnicas de avaliação psicológica

Ocasionalmente, a expressão “testagem psicológica” é empregada como sinônimo de avaliação psicológica. Contudo, essa equação não é verdadeira. A testagem

psicológica faz parte da avaliação psicológica – que é algo mais amplo, abrangente e se refere ao processo em que se poderá ou não fazer uso de testes psicológicos (HUTZ, 2015).

Além dos testes psicológicos, são consideradas técnicas de avaliação psicológica a observação e a entrevista. A observação é um método que traz muitas informações. Em maior ou menor grau, está presente nos processos de avaliação psicológica, especialmente quando essa avaliação é individual. A utilização deste método é importante, pois há toda uma comunicação comportamental, ou seja, não verbal que precisa ser anotada e levada em consideração (HUTZ, 2015).

A entrevista se sobressai como elemento indispensável das avaliações e tem sido apontada como o instrumento mais utilizado por profissionais em situação de perícia. É uma técnica que possibilita conhecer o sujeito examinando e analisá-lo conforme o contexto posto pela questão jurídica que está envolvida. Podem ser estruturadas, semiestruturadas e/ou informais (não estruturadas ou livres). A entrevista é um método que oportuniza o estabelecimento de uma relação positiva de confiança com o examinando, o conhecimento de seu emocional, suas expectativas e motivações, a coleta de informações sobre a história de vida, etc. (PELISOLI; LAGO, 2020).

3.2.2. Documentos psicológicos

De acordo com a Resolução n.º 06/2019, do Conselho Federal de Psicologia, o documento psicológico é um instrumento de comunicação escrita decorrente da prestação de um serviço psicológico a uma pessoa, um grupo ou uma instituição. A elaboração deste documento deve ser feita por meio da solicitação do usuário do serviço de Psicologia, de seus responsáveis legais, de um profissional específico, das equipes multidisciplinares ou das autoridades, e deve decorrer de um processo de avaliação psicológica – uma vez que, em observância dos deveres fundamentais elencados no Código de Ética Profissional do Psicólogo e outros dispositivos de Resoluções específicas, na prestação de serviços psicológicos, as partes do processo dispõem do direito de receber informações sobre os objetivos e resultados do serviço prestado, bem como, ter acesso ao documento produzido. Os escritos técnicos constituem cinco modalidades de documentos: declaração, atestado psicológico, relatório (psicológico ou multidisciplinar), laudo psicológico e parecer psicológico.

Os documentos psicológicos devem ser escritos de acordo com os princípios técnicos e científicos, pois estes materializam informações relevantes e devem fundamentar-se em dados fidedignos que corroboram a construção do pensamento psicológico e o propósito a que se propõem. No caso de documento resultado de avaliação psicológica, o documento escrito pelo psicólogo deve amparar sua decisão, obrigatoriamente em métodos, técnicas e instrumentos psicológicos validados cientificamente para o uso na prática profissional, pois estes se configuram como fontes fundamentais de informação, podendo-se recorrer a procedimentos e recursos auxiliares.

Os documentos psicológicos resultantes do processo de avaliação psicológica podem se diferenciar em documentos clínicos e periciais. Ambos representam a materialização da interação com a pessoa atendida, considerando a imprescindível coleta e análise de dados e informações sobre as condições psicológicas, a produção de evidências fundamentadas nas informações levantadas durante o processo avaliativo e a indicação de hipótese clínica, diagnóstico e/ou prognóstico do caso. Em se tratando de documentos periciais, a finalidade é jurídica, portanto, a verificação das condições psicológicas do avaliando, seja autor ou réu da ação, apresenta relação a fato ou circunstância incidente na ação processual (CRUZ, 2020), no tempo e na circunstância em que foram emitidos, ou seja, podem ser elaborados ao longo do processo judicial relativos ao trabalho do perito (laudo psicológico) ou ao trabalho dos assistentes técnicos das partes (parecer psicológico) (CRUZ, 2020).

Em âmbito criminal, os documentos elaborados por psicólogos devidamente habilitados são documentos probatórios e admitidos no processo como fontes de informações referenciáveis; ou seja, são elementos materiais apresentados para convencimento daqueles que têm a prerrogativa de deliberar ou julgar a respeito de fatos (CRUZ, 2020).

3.2.2.1. Relatório psicológico

De acordo com o art. 11, da Resolução CFP n.º 06/2019, o relatório psicológico é uma das formas de documento psicológico. Por meio desta forma de comunicação escrita, descritiva e circunstanciada, analisam-se os condicionantes históricos e sociais da pessoa, grupo ou instituição. Este documento pode ter caráter informativo também. O objetivo da elaboração deste documento é comunicar a atuação profissional do psicólogo em distintos processos de trabalho em desenvolvimento ou que já foram finalizados,

podendo dispor de orientações, recomendações, encaminhamentos e intervenções pertinentes à situação descrita no documento. É importante ressaltar que o relatório psicológico não tem como objetivo realizar um diagnóstico.

Em matéria criminal, percebe-se a elaboração de relatórios psicológicos para diferentes finalidades, nas quais o papel do psicólogo é a composição de um documento útil e relevante à autoridade requerente em qualquer demanda forense em que se reconheça a necessidade de informações produzidas por psicólogo para dar sequência a procedimentos e decisões. O relatório psicológico não tem objetivo pericial e, por consequência, não se designa ao levantamento da condição clínica em que se encontra o sujeito e à verificação do nexo de causalidade entre fato e capacidade (CRUZ, 2020).

A estrutura do relatório psicológico é definida pela Resolução n.º 06/2019 do Conselho Federal de Psicologia. Assim, deve ser escrito atento a cinco itens importantes:

- a) Identificação: o item mais básico do documento é o lugar destinado ao nome da pessoa ou instituição atendida, nome do requerente, finalidade e nome do elaborador do documento, com a respectiva inscrição no CRP, anteriormente ao título “relatório psicológico”;
- b) Descrição da demanda: neste tópico, o autor do documento deve descrever as informações sobre as motivações da busca pelo trabalho prestado, citando que forneceu as informações e as demandas que culminaram na solicitação do documento;
- c) Procedimento: neste item deve ser apresentado o raciocínio técnico-científico do processo utilizado no serviço prestado e os recursos técnico-científicos empregados, especificando o referencial teórico metodológico que fundamentou suas análises, interpretações e conclusões;
- d) Análise: neste tópico devem constar, de forma descritiva, narrativa e analítica, as principais características e a evolução do serviço prestado, embasado em um pensamento sistêmico sobre os dados colhidos e as situações relacionadas à demanda que envolve o processo do trabalho, junto à fundamentação teórica e técnica;
- e) Conclusão: o prestador de serviço psicológico e autor do documento deve expor suas conclusões a partir da análise feita, considerando o dinamismo subjetivo e não engessado do seu objeto de estudo. É neste espaço que pode constar encaminhamento, orientação e sugestão de continuidade do atendimento ou acolhimento.

3.2.2.2. Parecer psicológico

Com base no art. 14, da Resolução CFP n.º 06/2019, o parecer psicológico é um documento no qual consta um pronunciamento que tem como objetivo expor uma análise

técnica, respondendo a uma questão-problema referente a questões psicológicas ou a documentos psicológicos. Os pareceres técnicos têm como objetivo analisar um assunto, mesmo que referente a um caso concreto. Assim, não resultam da investigação de condição psicológica de um indivíduo específico; portanto, prescindem de contato com as pessoas atendidas. Por isso, os dados que constituem o documento não são resultado de avaliação psicológica (CRUZ, 2020).

3.2.2.3. Laudo psicológico

Em conformidade com o art. 13, da Resolução CFP n.º 06/ 2019, o laudo psicológico é um documento de competência de elaboração do psicólogo habilitado e resultado de um processo de avaliação psicológica, com objetivo de auxiliar decisões relativas à conjuntura da qual decorre a demanda. Concebe dados e informações técnicas e científicas dos fenômenos psicológicos, levando em consideração os condicionantes históricos e sociais da pessoa avaliada.

Tratando-se de matéria criminal, o laudo psicológico é resultado de uma avaliação psicológica que tem por objetivo elaborar um diagnóstico psicológico ou hipótese clínica e, também, a presunção do nexo de (con)causalidade entre fato jurídico e comprometimento psicológico. Para esse tipo de documento, mais significativo que detalhar as condições psicológicas avaliadas, é comprovar, por meio de evidências e argumentos técnico-científicos, a presunção de determinada hipótese clínica ou de diagnóstico psicológico, para uma decisão em juízo.

O laudo psicológico deve apresentar as informações na forma dos seguintes itens: a) Identificação: deverá constar no documento: título (“laudo psicológico”); nome da pessoa ou instituição atendida e, quando necessário, outras informações sociodemográficas; identificação do solicitante; a finalidade, ou seja, a motivação do pedido e o nome do psicólogo responsável pela elaboração do documento com a respectiva inscrição no Conselho Regional de Psicologia (CRP); b) Descrição da demanda: relativa às informações sobre a motivação da busca pelo processo avaliativo, indicando quem forneceu as informações e as demandas que levaram à solicitação do documento; c) Procedimento: apresentação do raciocínio técnico-científico que justifica o processo de trabalho realizado e os recursos técnico-científicos utilizados no processo de avaliação psicológica, especificando o referencial teórico-metodológico que fundamentou suas análises, interpretações e conclusões. Além disso, deve o autor do

laudo citar as pessoas entrevistadas, bem como as informações objetivas, como número de encontros e tempo de duração do processo realizado; d) Análise: exposição descritiva, metódica, objetiva e coerente com os dados colhidos e as situações relacionadas à demanda em sua complexidade, considerando a natureza dinâmica, não definitiva e não cristalizada do seu objeto de estudo. Uma das maiores dificuldades na produção de laudos psicológicos, comum aos demais documentos, é a demonstração do raciocínio clínico desenvolvido ao longo do processo avaliativo. Como auxílio, o manejo de dados qualitativos e quantitativos e sua análise e discussão com conhecimento especializado produzem as evidências e os argumentos necessários suficientes à conclusão do laudo (CRUZ, 2020); e) Conclusão: deve descrever suas conclusões a partir do que foi relatado na análise, considerando a natureza dinâmica e não cristalizada do seu objeto de estudo. É aqui o local onde se pode indicar encaminhamentos, intervenções, diagnóstico, prognóstico e hipótese diagnóstica, evolução do caso, orientação ou sugestão do projeto terapêutico; f) Referências: é obrigatória a informação das fontes científicas ou referências bibliográficas utilizadas.

4. DA METODOLOGIA CIENTÍFICA

A presente pesquisa foi desenvolvida junto ao Programa de Pós-graduação em Direitos Humanos e Políticas Públicas – PPGDH/PUCPR, à Graduação em Psicologia – PUCPR e viabilizada pela Defensoria Pública do Estado do Paraná – DPE/PR, por meio da disponibilização do acesso aos sistemas PROJUDI e SEEU⁵¹, no período entre o mês de fevereiro de 2020 e o mês de maio de 2021, pela análise de laudos psiquiátricos, resultantes do Exame de Verificação de Cessação de Periculosidade (EVCP), realizados no Complexo Médico Penal do Estado do Paraná (CMP/PR).

A análise dessa problemática apoia-se na distância entre os discursos contemporâneos da Medicina Psiquiátrica e da Psicologia, em torno da periculosidade criminal, de suas conexões com a saúde mental e de sua aplica o prática, por meio de laudos considerados materiais de referência técnica. Após a inicial pesquisa para levantamento bibliográfico e melhor compreensão sobre o tema, ressoou: de que forma o exame de verifica o de cessa o de periculosidade se relaciona com a viola o de direitos humanos na execu o penal do sistema de justiça criminal brasileiro?

Com a finalidade de responder   pergunta norteadora deste trabalho, a pesquisa desenvolvida teve como objetivo analisar a rela o entre o uso do EVCP dos indivíduos que se encontram sob custódia do HCTP e a viola o de direitos humanos das áreas de especialidade da Psiquiatria e da Psicologia. Para isso, analisou-se as informa es dos laudos periciais-psiquiátricos resultantes destas avalia es, para o levantamento de dados e informa es pertinentes ao tema, com a finalidade de compreender a rela o da Psiquiatria e da Psicologia no cumprimento das medidas de segurança detentiva (de interna o).

4.1. DO MÉTODOS DE ABORDAGEM

A ciência qualifica-se pela utiliza o de métodos científicos (LAKATOS; MARCONI, 2019). O método científico, por sua vez, define-se pela constitui o de uma

⁵¹ Sistema Eletr nico de Execu o Unificado (SEEU): De acordo com informa es levantadas no site do Conselho Nacional de Justiça (CNJ),   o instrumento centralizador e uniformizador da gestão de autos de Execu o Penal em todo o Brasil. A ado o ao sistema resultou como política nacional pelo CNJ em 2016 e   gerido pela Resolu o no 223/2016 e pela Resolu o no 280/2019, a qual revogou parcialmente a normativa anterior, com o objetivo de impor como obrigatório e único o SEEU, sob a governança de Comitê Gestor especializado. O sistema proporcionar um trâmite processual mais eficiente e viabilizando a gestão confiável dos dados da popula o carcerária do Brasil. Fonte: Informa o disponível no site do CNJ, disponível em <<https://www.cnj.jus.br/sistema-carcerario/sistema-eletronico-de-execucao-unificado-seeu/>>. Acesso em 17/08/2021.

abordagem ampla, com um nível de abstração distinto dos fenômenos da natureza e da sociedade. Os métodos de abordagem compreendem: o método indutivo, método dedutivo, método hipotético-dedutivo e método dialético (LAKATOS; MARCONI, 2019).

Para aproximar-se da questão norteadora para o desenvolvimento desta pesquisa, recorreu-se ao método hipotético-dedutivo, o qual se caracteriza pela percepção de uma falta nos conhecimentos; em relação a essa falta são formuladas hipóteses e, pelo processo de conhecimento dedutivo, examina-se a ocorrência ou refutação dos fenômenos antevistos nas hipóteses (LAKATOS; MARCONI, 2019).

4.1.1. Do método hipotético-dedutivo: as hipóteses

A(s) hipótese(es) é(são) uma proposição geral de relação(ões) entre variável(is). Pode(m) ter como origem: a) forma provisória que soluciona alguma questão; b) caráter explicativo ou preditivo; c) compatibilidade com a ciência e consistência lógica e d) passibilidade de verificação empírica dos seus resultados (LAKATOS; MARCONI, 2020). A partir dessas noções, apresentam-se a seguir as proposições norteadoras deste trabalho, com suas devidas justificativas. Isto posto, passa-se a apresentação das hipóteses levantadas para esta pesquisa.

a) Hipótese I: A interdisciplinaridade entre Psiquiatria e Psicologia na execução penal das medidas de segurança: uma avaliação de eventual comportamento violento futuro fundamentada em testagem psicológica

Fundamenta-se, este trabalho, na Lei que regulamenta a Execução Penal brasileira, com observação do art. 175, inc. I e II, da LEP e que estabelece que a cessação de periculosidade deve ser verificada ao fim do prazo mínimo da duração da espécie da medida de segurança estipulada na sentença criminal *sui generis* por meio do EVCP. Este exame está fundamentado na análise das condições pessoais do agente e, obrigatoriamente, a avaliação e o relatório pericial devem ser instruídos por meio de laudo psiquiátrico minucioso; portanto, é de responsabilidade da área médica e deve ser encaminhado ao Juízo competente da execução penal, que o instrua satisfatoriamente a decidir sobre a revogação ou manutenção da medida.

Considera-se, também, o Decreto Estadual n.º 1.276, de 31 de outubro de 1995, intitulado como Estatuto Penitenciário do Estado do Paraná, em conformidade com o art.

33, inc. VI, alínea “c”, o qual estabelece que a assistência penitenciária, especificamente a assistência psicológica, a ser proporcionada por profissionais da área devidamente habilitados e qualificados, compreende, dentro dos demais objetivos, a “aplicação, o levantamento, a análise e a conclusão de testes para elaboração de laudos e pareceres técnicos, para fins de exame criminológico e cessação de periculosidade”. Tem-se em vista, ainda, os avanços científicos que indicam a importância da utilização da interdisciplinaridade entre as ciências; portanto, o diálogo entre os conhecimentos e informações levantadas, o Exame Criminológico e o Exame de Verificação de Cessação de Periculosidade usufruem da experiência clínica da entrevista psiquiátrica e dos critérios científicos da Psiquiatria e da Psicologia para a compreensão de um quadro psíquico (SÁ, 2014).

Para a finalidade de concessão de benefícios ou levantamento da medida de segurança, o exame criminológico e o exame de verificação de cessação de periculosidade correspondem à aferição de um diagnóstico e de um prognóstico criminológicos, aos quais se infere uma conclusão sobre a concessão ou a negativa de benefícios ou conclui-se sobre a presença de periculosidade social. A interdisciplinaridade das avaliações refere-se à interlocução entre os estudos científicos da Psiquiatria, da Psicologia e do Serviço Social com a análise jurídica do caso específico. Portanto, refere-se a uma perícia relativa à dinâmica da prática criminosa (SÁ, 2014).

Ao colocar em prática a interdisciplinaridade, as avaliações dispõem da experiência clínica da entrevista psiquiátrica e aos critérios científicos da Psiquiatria para a compreensão dos fenômenos psíquicos. Utilizam-se da tradição clínica da Psicologia nas entrevistas de diagnósticos, bem como das tradicionais e cientificamente embasadas técnicas de avaliação de personalidade e de inteligência. Amparam-se nas informações da história de vida do examinando, levantadas e validadas pelos profissionais do Serviço Social, auxiliando na análise e compreensão do indivíduo no seu histórico familiar e social. A este diálogo, acrescenta-se a análise jurídica do caso examinado, com o pormenorizado detalhamento da historicidade das práticas de condutas criminosas do examinando, tal como o cumprimento de penas, seu comportamento na instituição prisional etc., que devem ser considerados e que darão suporte ao parecer final da avaliação. Dessa forma, com a interlocução dos dados e informações conhecidas por meio das avaliações, a equipe multidisciplinar expõe, dialoga e examina os achados, com o objetivo de compreender a conduta criminosa praticada pelo examinando e como esta se insere em todo o contexto pessoal do mesmo (SÁ, 2014).

O prognóstico é o resultado do diagnóstico, de acordo com a Medicina, a Psicologia, e o próprio Serviço Social (SÁ, 2014). Considerando o avanço técnico-científico da Psicologia e, tendo como sua a exclusividade da aplicação de testes para fins do psicodiagnóstico, na hipótese baseada na revisão bibliográfica para desenvolvimento desta pesquisa, infere-se que a Psiquiatria se apoia nos conhecimentos científicos da Psicologia para determinar se houve ou não a cessação de periculosidade do examinando.

b) Hipótese II: O entendimento de necessidade de avaliação psiquiátrica e laudo psiquiátrico atestando a cessação de periculosidade do sujeito pelo poder judiciário de acordo com as peculiaridades do caso

Na avaliação, fundamentada na Súmula Vinculante 26 – STF, que outorga para efeitos de progressão de regime no decorrer do cumprimento da pena por crime hediondo ou equiparado, adota-se a realização do exame criminológico, com a finalidade de avaliar os requisitos objetivos e subjetivos do requerente e com base no posicionamento da Súmula 439 – STJ, na qual a decisão sobre a necessidade do exame criminológico coloca-se em acordo com as peculiaridades do caso. Assim, da mesma forma, pode ocorrer a exigência do EVCP, de acordo com a peculiaridade do caso concreto, haja vista que a Lei Antimanicomial coloca como prioridade o tratamento em liberdade e a desinternação programada (no caso de pessoa com dependência institucional).

4.2. DO MÉTODO DE PROCEDIMENTO

O método de procedimento refere-se às fases concretas da investigação, com a finalidade de atingir o objetivo proposto e responder o problema formulado (LAKATOS; MARCONI, 2020).

4.2.1. Pesquisa descritiva

A pesquisa descritiva tem como objetivo principal a descrição das características de determinada população, fenômeno ou estabelecimento de relações entre variáveis (GIL, 2002). O fenômeno que se investiga é como a Psiquiatria e a Psicologia, por meio de documentos atribuídos de poder, são atoras de destaque da violação de direitos humanos no cumprimento das medidas de segurança.

4.2.2. Abordagem interdisciplinar

Em razão do objeto de estudo desta pesquisa ser por excelência de uma matéria relativa ao Direito Penal, Processual Penal e da Psiquiatria Forense, optou-se por uma abordagem interdisciplinar, visto que esta constrói relações entre as áreas do conhecimento, ou seja, é a atividade de investigação que coloca disciplinas em relação umas com as outras (BICUDO, 2008).

Importante destacar que a interdisciplinaridade não consiste em uma desvalorização da disciplina e do conhecimento produzido por ela, mas é um caminho para elaboração do conhecimento produzido até então. Por ser o diálogo com as demais áreas do conhecimento a característica principal, possibilita que ambos se modifiquem gradativamente (FAZENDA; TAVARES; GODOY, 2015).

A interdisciplinaridade está fundamentada na disciplinaridade, o que envolve o reconhecimento de todos os requisitos necessários, postulados pela metodologia tradicional (FAZENDA; TAVARES; GODOY, 2015). Em virtude disso, ressalta-se que foram observados todos os aspectos éticos preconizados pela Resolução n.º 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, que regulamenta pesquisas feitas com seres humanos no país. A pesquisa foi avaliada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (CEP/PUCPR).

4.3. DA TÉCNICA DE PESQUISA

A técnica é um agrupamento de regras ou processos em que se aplica a ciência ou a arte. A prática da pesquisa refere-se à habilidade para usar regras e processos de cada técnica específica (MARCONI; LAKATOS, 2018).

4.3.1. Pesquisa documental

A técnica de pesquisa documental é desenvolvida com base em documentos; em geral, aqueles que não receberam um tratamento analítico (GIL, 2002). Foi escolhida para o desenvolvimento desta pesquisa, porque os documentos apresentam uma fonte secundária rica e estável de dados e a coleta de informações e dados podem ocorrer no momento dos fatos ou posteriormente (GIL, 2002; LAKATOS e MARCONI, 2020). Além disso, antevendo a dificuldade de ter acesso à Instituição, também em virtude da

situação de saúde pública mundial que enfrentamos com a COVID-19, optou-se por esta técnica que não exige o contato com os sujeitos da pesquisa, facilitando o desenvolvimento de pesquisas nos locais que são de difícil acesso para o contato com os sujeitos. Contudo, não houve retorno à solicitação.

A pesquisa documental apresenta limitações e sua crítica principal se refere à ausência de representatividade e à subjetividade dos documentos. Para salvaguardar a representatividade, os pesquisadores consideram um número expressivo de documentos e selecionam certo número pelo critério de aleatoriedade (GIL, 2002). Nesta pesquisa, tendo em vista a dificuldade de acesso aos documentos, considerou-se o número de laudos analisados e entende-se que as informações foram levantadas na experiência dos peritos, como dados que estão suficientemente constatados.

4.4. DA COLETA DE DADOS

O levantamento dos dados desta pesquisa é do tipo secundário, no qual as informações são levantadas por meio de análise documental, ou seja, por meio de documento escrito, cuja fonte é um arquivo particular – DPE/PR (MARCONI e LAKATOS, 2018).

4.4.1. População

Quando a pesquisa apresenta como objetivo levantar dados sobre uma ou mais questões de um amplo grupo, constata-se, no campo do real, a impraticabilidade de execução de um levantamento do todo. Então, surge a necessidade de analisar uma parte deste grupo (MARCONI e LAKATOS, 2018). A população de uma pesquisa é um agrupamento de componentes que apresentam determinadas características (GIL, 2008).

De acordo com as informações disponibilizadas pela Defensoria Pública do Estado do Paraná (DPE/PR), em 02 de fevereiro de 2021, fora compartilhada uma listagem contando com 209 autos de execução penal de medidas de segurança, os quais eram ou estavam constituído como defesa do apenado por defensores públicos do quadro funcional de servidores públicos da referida Instituição.

Diante da quantidade de autos e, em virtude do prazo para entrega da dissertação e exame de defesa do Programa de Pós-graduação em Direitos Humanos e Políticas Públicas, entendeu-se como necessário delimitar a população que teve seus laudos analisados, por se tratar de uma análise qualitativa de dados.

4.4.2. Amostra intencional

A amostra intencional é a forma mais comum de amostra não probabilística. Este tipo de amostra não se dirige à população geral, mas aqueles que, no seu entendimento, podem responder à questão da pesquisa. Assim, são estipulados critérios de inclusão e exclusão para participação da pesquisa. Este aspecto da amostra intencional apresenta as limitações técnicas, a principal é a impossibilidade de generalização dos resultados, tendo validade apenas dentro de um contexto específico (MARCONI e LAKATOS, 2018).

a) Critério de inclusão

Foram incluídos na análise de dados da presente pesquisa, laudos médico-periciais das avaliações psiquiátricas do Exame de Verificação de Cessação de Periculosidade – realizadas somente por médicos que integram o quadro funcional de servidores públicos do Complexo Médico Penal do Estado do Paraná (CMP/PR) – que foram examinados, avaliados, redigidos e juntados aos autos da execução penal e que se apresentam como a avaliação psiquiátrica mais recente, no período entre 1.º de janeiro de 2018 a 31 de dezembro de 2019.

b) Critério de exclusão

Ficaram excluídos da análise de dados desta pesquisa, laudos médico-periciais das avaliações psiquiátricas do Exame de Verificação de Cessação de Periculosidade – realizadas somente por médicos que integram o quadro funcional de servidores públicos do Complexo Médico Penal do Estado do Paraná (CMP/PR) – que foram examinados, avaliados, redigidos e juntados aos autos da execução penal no período entre 1.º de janeiro de 2018 a 31 de dezembro de 2019 e que, contudo, mantêm o cumprimento da Medida de Segurança, ou seja, não tiveram a punibilidade extinta por cumprimento de pena, indulto, prescrição ou morte do agente declarada pelo Juízo de execução penal competente.

4.5. DA ANÁLISE DE DADOS

A análise de conteúdo é uma forma de investigação que tem por objetivo a interpretação do conteúdo manifesto nas comunicações. Desenvolve-se em três etapas: (a) pré-análise; (b) exploração do material; e (c) tratamento dos dados e interpretação (GIL, 2008).

A pré-análise é a etapa da organização: caracteriza-se por corresponder aos primeiros contatos com os documentos. Iniciou-se com a verificação de todos os autos encaminhados pela DPE/PR e seguiu com a escolha dos documentos, na qual foram fixados os critérios de inclusão, exclusão e apresentação.

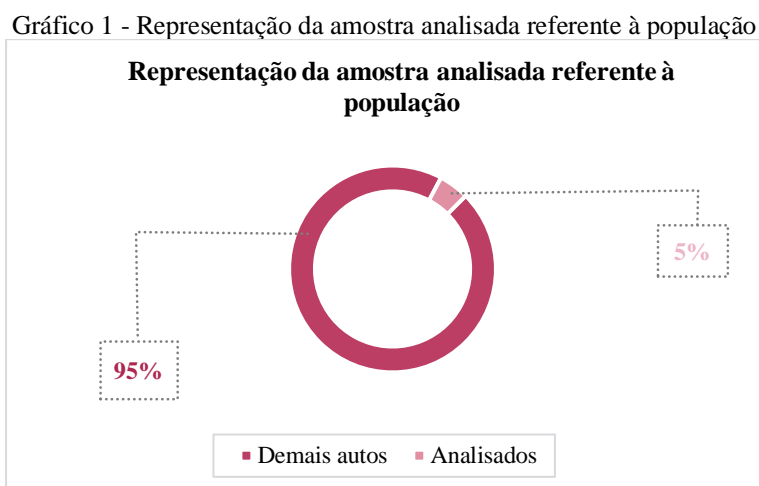
A segunda fase refere-se à exploração dos laudos. Desta forma, os laudos tiveram seus conteúdos analisados de acordo com o que consta no art. 58 da Resolução n.º 2.057/2013, do Conselho Federal de Medicina, sendo eles: preâmbulo, individualização da perícia, circunstâncias do exame pericial, identificação do examinando, anamnese: a) história da doença atual; b) história pessoal; c) história psiquiátrica prévia; d) história médica; e) história familiar, exame físico, exame do estado mental, exames e avaliações complementares, diagnóstico positivo, comentários médico-legais, conclusão e resposta aos quesitos: elementos colhidos nos autos do processo e história do crime segundo o examinando, organizados e dispostos nesta sequência.

A terceira fase refere-se ao tratamento e interpretação dos dados. É importante ressaltar que os gráficos expostos durante todo o trabalho não têm valor estatístico. Eles são apenas ilustrativos para uma melhor comparação da presença ou ausência do que foi discutido em cada tópico. Por se tratar de uma pesquisa com abordagem interdisciplinar, a análise de conteúdo é qualitativa e estes foram interpretados à luz do referencial teórico da Biopolítica e do Poder Psiquiátrico, da Criminologia Crítica, da Psicanálise e da Teoria Crítica dos Direitos Humanos.

5. DA ANÁLISE DE CONTEÚDO DOS LAUDOS PSIQUIÁTRICOS

Conforme o exposto na metodologia científica utilizada nesta pesquisa, fizeram parte desta análise 10 laudos médico-periciais, pois este é o número absoluto de laudos que se adéquam aos critérios postos metodologicamente para o desenvolvimento da pesquisa.

Os laudos analisados representam uma pequena parcela de 5% dos autos disponíveis para consulta, que puderam ser acessados pelo sistema PROJUDI e SEEU, em relação a todos os autos de execução penal disponibilizados pela DPEPR, como mostra o gráfico a seguir:



Fonte: Análise da amostra de laudos psiquiátricos de EVCP elaborados no CMP/PR em 2018 e 2019 disponibilizados pela DPE/PR. Elaborado por COBBE, 2021.

Mesmo analisando-se uma pequena parcela, mantiveram-se os critérios de inclusão, pois se percebeu que isso seria importante para o entendimento da função real exercida pela Psiquiatria no âmbito do cumprimento das medidas de segurança e para o conhecimento de todo o percurso jurídico da pessoa submetida à medida de segurança. Ademais, considerou-se importante que fossem analisadas as avaliações psiquiátricas e as decisões recentes, para compreender qual a situação manicomial hoje, da forma mais condizente atualmente, e o que ocorre cotidianamente nestas instituições. Assim, ficaram excluídos da análise avaliações, laudos e decisões que ocorreram em 2020 e 2021, pois como é de conhecimento geral, a COVID-19 afetou fortemente as dinâmicas organizacionais e, embora seja um período importante, faz parte dos objetivos posteriores avaliar as possíveis alterações ocorridas com a pandemia. Dessa forma, foram analisados apenas os casos em que os últimos laudos psiquiátricos foram juntados aos autos no

decorrer dos anos de 2018 e 2019 e que já apresentassem a punibilidade extinta por alguma justificativa legal.

5.1. DO CAMINHO TRILHADO ATÉ OS LAUDOS

Pergunta: onde há violência maior, na fome ou na “pesquisa” do óbvio? (CHAUI, 2019, p. 87-90)⁵².

O projeto da presente pesquisa foi redigido no decorrer do primeiro semestre de 2019, na disciplina “Metodologia científica”, oferecida aos discentes pelo Programa de Pós-graduação em Direitos Humanos e Políticas Públicas (PPGDH/PUCPR). O tema escolhido para o desenvolvimento da pesquisa fora “a saúde mental e os direitos humanos no sistema penitenciário brasileiro”, mais especificadamente, sobre a função da Psiquiatria e da Psicologia no cumprimento das medidas de segurança. Sendo assim, considerou-se a técnica de pesquisa mais adequada para levantamento de dados, a documental. Assim, a aluna analisaria os laudos resultantes do Exame de Verificação de Cessação de Periculosidade das avaliações ocorridas no decorrer do ano de 2019.

Inicialmente, tentou-se contato com o Complexo Médico Penal (CMP/PR) por meio telefônico, momento no qual foi informado que a solicitação para autorização de desenvolvimento de pesquisa deveria ser feita por e-mail. Como não se obteve resposta, em novo contato com a referida Instituição, via e-mail, foi informado que solicitação deveria seguir os requisitos da Portaria n.º 115/2019 – DEPEN/PR⁵³. Assim, encaminhou-se o Ofício n.º 02/2020 – PPGDH por e-mail, com todos os documentos necessários de acordo com a referida Portaria, solicitando a autorização do desenvolvimento da pesquisa.

Todo o trâmite necessário foi feito frente ao Comitê de Ética de Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (CEP/PUCPR) no segundo semestre letivo de 2019 e teve o parecer consubstanciado positivo do Comitê para o desenvolvimento da pesquisa em 23/04/2020. Assim, iniciou-se o trabalho para conseguir acesso aos laudos psiquiátricos e documentos psicológicos junto ao CMP/PR. Muitos contatos telefônicos foram feitos pela aluna, além de várias tentativas encaminhadas por e-mail, juntamente com o Ofício n.º 01/2020 – PPGDH/PUCPR, de 18 de fevereiro de 2020, ao DEPEN e o

⁵² "Sobre a violência: o Manicômio Judiciário de São Paulo", originalmente publicado em Folha de São Paulo, p. 02, na data de 21 de fevereiro de 1984.

⁵³ Art. 2º, Portaria nº 115/2019 DEPEN/PR: São obrigatórios os documentos elencados para realização da pesquisa: I – Ofício da Instituição de Ensino assinado e carimbado em papel timbrado pelo Coordenador do Curso; II – Dados pessoais completos e cópia do RG dos participantes; III – Declaração de matrícula dos estudantes; IV – O projeto de pesquisa fundamentado, com a devida exposição de motivo, objetivo, cronograma das ações e demais informações atinentes; V – Termo de sigilo assinado pelo estudante.

Ofício n.º 02/2020 – PPGDH/PUCPR, de 18 de Fevereiro de 2020, encaminhado ao CMP. Então, em 19 de junho de 2020, a discente foi informada por e-mail do DEPEN sobre a Portaria n.º 115/2019, que regulamenta as pesquisas no sistema penitenciário. Assim, em 16 de julho de 2020, foi redigido o Ofício n.º 002/2020 – PPGDH/PUCPR e anexados todos os documentos necessários da aluna e do orientador, encaminhados para o devido endereço eletrônico. No entanto, a aluna não obteve retorno, resposta e/ou parecer positivo ou negativo da Instituição; dever que, inclusive, é previsto pela citada Portaria.

Dessa forma, estando no segundo ano letivo da pós-graduação *stricto sensu*, em 2020, a coleta de dados se encontrava atrasada, tendo a discente recorrido a prorrogação do prazo para o exame de qualificação em razão dos obstáculos que encontrou ao longo do desenvolvimento da sua pesquisa. Foi cogitada a mudança de metodologia para a bibliográfica; no entanto, em uma breve pesquisa na base da CAPES, a metodologia não se apresentou interessante para se desenvolver como uma pesquisa de pós-graduação, pois foram encontrados poucos trabalhos acadêmicos recentes. Assim, continuou-se a traçar outras formas de desenvolver pesquisa de forma a não apresentar apenas uma dissertação de cunho teórico.

Apesar da dificuldade que a discente enfrentou para acesso aos documentos necessários ao desenvolvimento de seu projeto, proposto ao Programa de Pós-graduação *stricto sensu*, a discente conquistou apoio para o desenvolvimento de sua pesquisa na Defensoria Pública do Estado do Paraná, por meio do Ofício n.º 011/2020 – PPGDH/PUCPR, de 20 de novembro de 2020, encaminhado à DPE/PR, para a Defensora Pública Dr^a Andreza Lima de Menezes, que viabilizou o acesso integral aos laudos psiquiátricos dos autos dos quais foram ou estão constituídos como defensores públicos para acompanhamento da Execução Penal em autos de medidas de segurança por meio da referida Instituição.

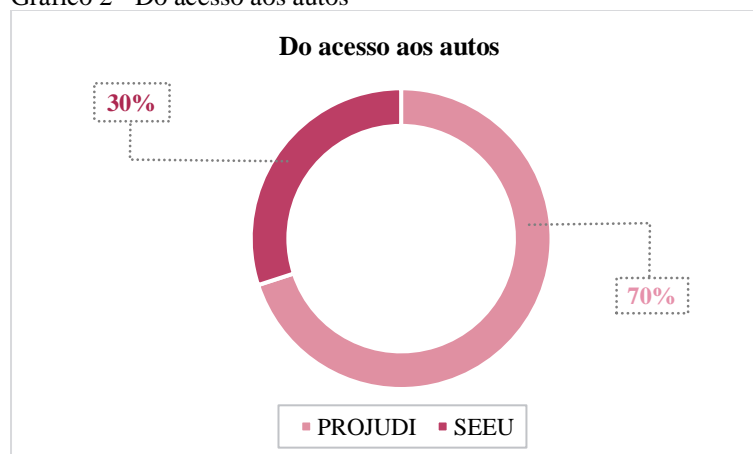
5.2. ASPECTOS FORMAIS DA AMOSTRA

Dentre os autos de execução penal autorizados pela Instituição para o desenvolvimento da presente pesquisa, fazem parte da coleta de dados e da análise de conteúdo subsequente, 10 laudos periciais-psiquiátricos resultantes do Exame de Verificação de Cessação de Periculosidade, realizados no Complexo Médico Penal do Paraná (CMP/PR), somente por médicos que integram o quadro funcional de servidores

públicos da Instituição responsável pela execução, pelo cumprimento e pelo tratamento no decorrer das medidas de segurança na cidade de Curitiba – Estado do Paraná.

Todos os autos consultados para esta pesquisa são públicos e digitais. Os autos analisados, entre 02/02/2021 e 31/05/2021, foram consultados por meio de dois sistemas, o PROJUDI e SEEU:

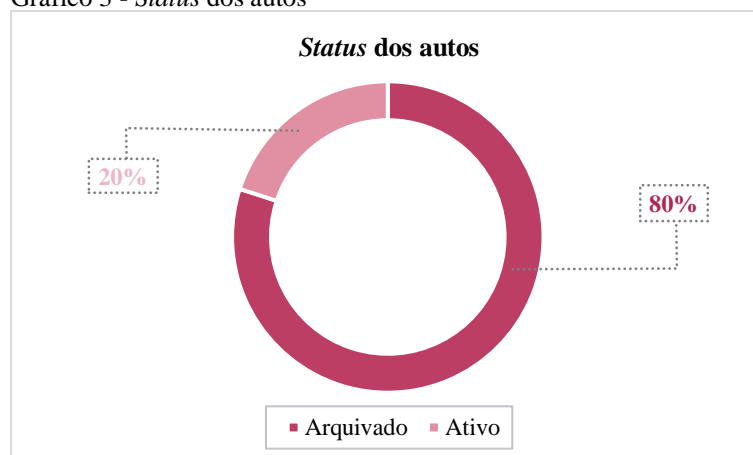
Gráfico 2 - Do acesso aos autos



Fonte: Análise da amostra de laudos psiquiátricos de EVCP elaborados no CMP/PR em 2018 e 2019 disponibilizados pela DPE/PR. Elaborado por COBBE, 2021.

Referente à amostra analisada 08 laudos encontram-se arquivados e 02 permanecem ativos.

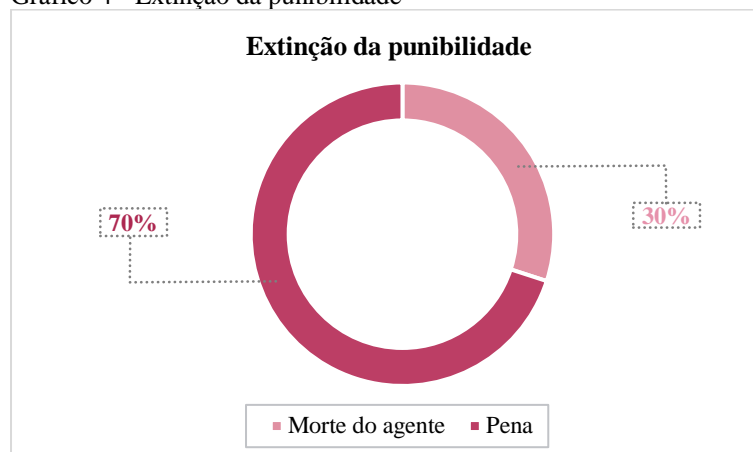
Gráfico 3 - Status dos autos



Fonte: Análise da amostra de laudos psiquiátricos de EVCP elaborados no CMP/PR em 2018 e 2019 disponibilizados pela DPE/PR. Elaborado por COBBE, 2021.

Em relação aos 08 autos arquivados, 05 encontram-se arquivados pela extinção da punibilidade por cumprimento da pena e 03 pela extinção da punibilidade por morte do agente.

Gráfico 4 - Extinção da punibilidade

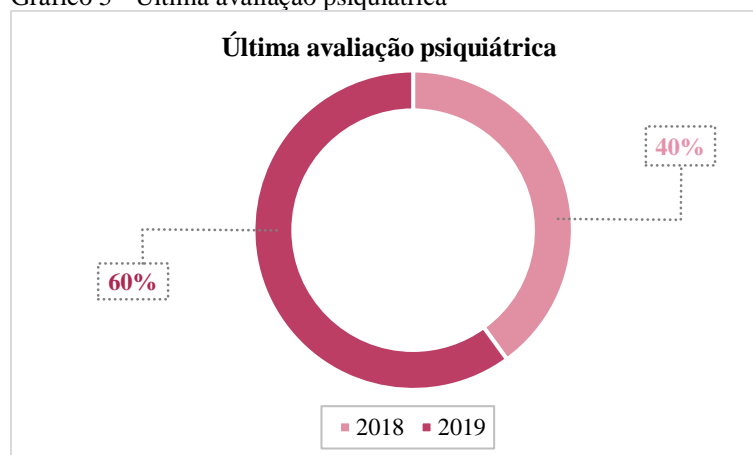


Fonte: Análise da amostra de laudos psiquiátricos de EVCP elaborados no CMP/PR em 2018 e 2019 disponibilizados pela DPE/PR. Elaborado por COBBE, 2021.

Foram analisados os últimos laudos psiquiátricos juntados dos autos da execução penal no período entre 1.º de janeiro de 2018 e 31 de dezembro de 2019, contanto que o cumprimento da Medida de Segurança se encontrasse extinto, ou seja, que tivessem a punibilidade extinta por qualquer justificativa legal declarada pelo Juízo de execução penal competente.

Tendo em vista os critérios de inclusão e de exclusão estipulados para esta pesquisa, 06 dos laudos analisados tiveram sua avaliação realizada no ano de 2019 e 04 laudos, no ano de 2018.

Gráfico 5 - Última avaliação psiquiátrica



Fonte: Análise da amostra de laudos psiquiátricos de EVCP elaborados no CMP/PR em 2018 e 2019 disponibilizados pela DPE/PR. Elaborado por COBBE, 2021.

Embora se trate de 10 laudos periciais, após uma análise preliminar, observou-se que apenas a leitura do Laudo do Exame de Verificação de Cessaçã de Periculosidade não seria viável, pois a falta de algumas informações nestes documentos poderia induzir

o pesquisador a erro interpretativo das informações contidas nos laudos analisados. Assim, foram analisadas peças processuais como sentenças, laudo de sanidade mental, decisão interlocutória de mérito, decisão de extinção da punibilidade, dentre outros, para uma análise que refletisse o que ocorre nas execuções.

5.3. DOS REQUISITOS FUNDAMENTAIS DO RELATÓRIO PERICIAL DE ACORDO COM A RESOLUÇÃO N.º 2.057/2013 DO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

Bastante semelhante ao registro das avaliações psiquiátricas clínicas, o relatório pericial é o registro escrito do que foi observado no decorrer da perícia, composto pelos elementos de interesse médico-legal complementados por comentários, conclusões e respostas aos quesitos formulados pela lide. Contudo, o laudo psiquiátrico é necessariamente resultado de uma perícia (TABORDA; BINS, 2016).

De acordo com o art. 58 da Resolução n.º 2.057/2013, do Conselho Federal de Medicina, o roteiro básico para o relatório pericial⁵⁴ deve conter as seguintes informações:

- a) Preâmbulo. Autoapresentação do perito, na qual informa sobre sua qualificação profissional na matéria em discussão;
- b) Individualização da perícia. Detalhes objetivos sobre o processo e as partes envolvidas;
- c) Circunstâncias do exame pericial. Descrição objetiva dos procedimentos realizados (entrevistados, número de entrevistas, tempo dispendido, documentos examinados, exames complementares etc.);
- d) Identificação do examinando. Nome e qualificação completa da pessoa que foi alvo dos procedimentos periciais;
- e) História da doença atual. Relato do adoecimento, início, principais sinais e sintomas, tempo de duração, forma de evolução, consequências, tratamentos realizados, internações, outras informações relevantes;
- f) História pessoal. Síntese da história de vida do examinando, com ênfase na sua relação com o objeto da perícia, se houver;
- g) História psiquiátrica prévia (em perícias psiquiátricas). Relato dos contatos psiquiátricos prévios; em especial, tratamentos e hospitalizações;
- h) História médica. Relato das doenças clínicas e cirúrgicas atuais e prévias, incluindo tratamentos e hospitalizações;
- i) História familiar. Registro das doenças prevalentes nos familiares próximos;
- j) Exame físico. Descrição da condição clínica geral do examinando;
- k) Exame do estado mental (em perícias psiquiátricas e neurológicas). Descrição das funções psíquicas do examinando;
- l) Exames e avaliações complementares. Descrição de achados laboratoriais e de resultados de exames e testes aplicados;

⁵⁴ Os relatórios periciais citados pela referida resolução são equivalentes ao que se conhece como laudos, de acordo com o art. 56, da mesma Resolução: “Os relatórios periciais (laudos) poderão variar em função da natureza e das peculiaridades da perícia (cível, criminal, administrativa, trabalhista ou previdenciária; transversal, retrospectiva ou prospectiva; direta ou indireta); entretanto, sempre que possível, deverá ser observado o roteiro abaixo indicado.”

- m) Diagnóstico positivo. Segundo a nosografia preconizada pela Organização Mundial da Saúde, oficialmente adotada pelo Brasil;
 - n) Comentários médico-legais. Esclarecimento sobre a relação entre a conclusão médica e as normas legais que disciplinam o assunto em debate;
 - o) Conclusão. Frase curta e direta que sintetiza todo o pensamento do perito;
 - p) Resposta aos quesitos. Respostas claras, concisas e objetivas.
- Parágrafo único. Nas perícias de responsabilidade penal devem constar também do relatório pericial os seguintes itens, nas posições 6 e 7:
- a) Elementos colhidos nos autos do processo. Descrição do fato criminoso de acordo com o relato da vítima, testemunhas ou de outras peças processuais;
 - b) História do crime segundo o examinando. Descrição do fato criminoso de acordo com o relato do examinando ao perito.

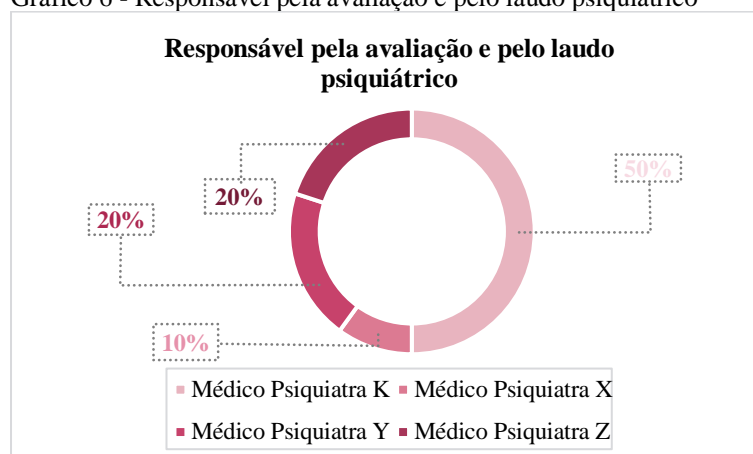
O laudo psiquiátrico forense também segue essa estrutura básica, atendendo o disposto pela Resolução acima citada, destacando a necessidade da adição dos elementos colhidos dos autos e a versão da conduta delituosa sob a visão do apenado ou em cumprimento de medida de segurança. Fica livre o perito de desenvolver seu estilo de escrita e acrescentar discretas alterações, contanto que preserve a estrutura mínima (BARROS; TEIXEIRA, 2015).

5.3.1. Preâmbulo: a Psiquiatria é a especialidade médica responsável pela avaliação

O preâmbulo é o tópico no qual o psiquiatra, na posição de perito, deve dirigir-se à autoridade requisitante, apresentando o devido laudo, identificando-o com o número dos autos e o nome do examinando. Neste quesito, também poderá expor sucintamente suas titulações e qualificações, pois esta apresentação de cunho profissional deverá facilitar a análise da dimensão e qualidade das considerações psiquiátrico-forenses ali expostas, para a pessoa que lê o laudo (TEIXEIRA; BARROS; CARVALHO; 2015).

Quatro médicos foram responsáveis pela amostra de laudos analisada. O gráfico seguinte mostra como ficou a divisão de responsabilidade das avaliações psiquiátricas efetuadas:

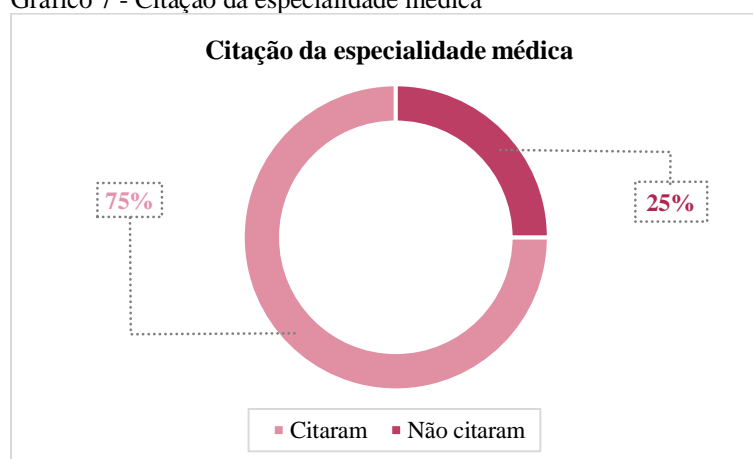
Gráfico 6 - Responsável pela avaliação e pelo laudo psiquiátrico



Fonte: Análise da amostra de laudos psiquiátricos de EVCP elaborados no CMP/PR em 2018 e 2019 disponibilizados pela DPE/PR. Elaborado por COBBE, 2021.

Observou-se que todos os médicos se identificaram devidamente, com a assinatura dos laudos contendo nome completo e CRM/PR, que é o Registro em Conselho Profissional obrigatório para o exercício da profissão na região de atuação, imprescindível a todos os médicos atuantes, de todas as especialidades médicas. Além disso, todos são registrados e atuantes no Estado do Paraná, como demonstra a sigla do Estado Federativo, após a sigla do CRM, que representa a delimitação territorial e a indicação de origem do médico responsável pela avaliação psiquiátrica dos laudos analisados.

Gráfico 7 - Citação da especialidade médica



Fonte: Análise da amostra de laudos psiquiátricos de EVCP elaborados no CMP/PR em 2018 e 2019 disponibilizados pela DPE/PR. Elaborado por COBBE, 2021.

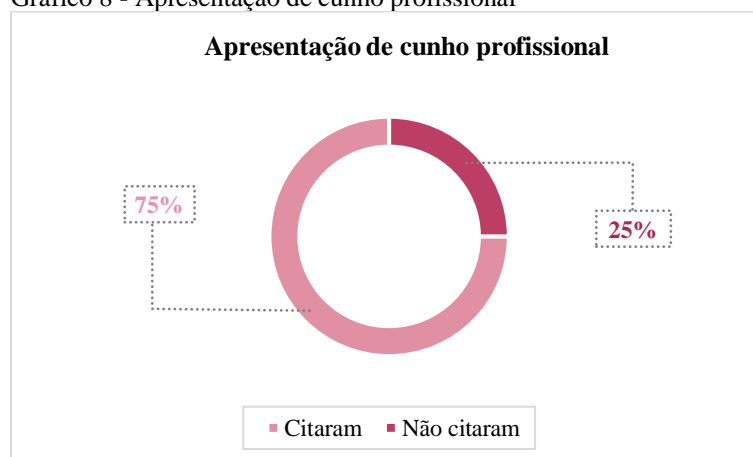
É importante ressaltar que, de acordo com as normas estipuladas pelo Conselho Federal de Medicina, o médico pode atuar apenas na área médica em que se especializou, devendo citá-la na assinatura de documentos médicos pelos que for responsável.

Além disso, todos os psiquiatras usam antes de seu nome, como identificação, o título de “doutor”. O anúncio deste título é muito comum na área médica e jurídica e representa um apelo à autoridade. Embora consiga se observar que na área jurídica há uma mudança com relação à identificação, pois juízes, promotores e defensores têm citado sua função ao invés do referido título, é possível que na medicina este apelo tenha se mantido pelo motivo indicado.

De acordo com os próprios psiquiatras, a autoapresentação do médico-perito, informando sua qualificação na matéria, dados pessoais, principais títulos acadêmicos e experiência profissional, é de profunda importância, ainda mais em contexto forense, “o argumento de autoridade tem peso” (TABORDA; BINS, 2016, p. 60).

Importa notar que, dos quatro médicos, que foram responsáveis pela avaliação e pelo documento psiquiátrico e que fizeram parte da análise, apenas um deles não identificou a especialidade médica da Psiquiatria. Assim, em uma pesquisa documental que extrapolou os laudos, no *site* próprio do CRM-PR, todos os médicos responsáveis pelos laudos avaliados apresentam Registro de Qualificação de Especialista (RQC) ativo em Psiquiatria, que é obtido por meio do registro de seu título de especialista no CRM.

Gráfico 8 - Apresentação de cunho profissional



Fonte: Análise da amostra de laudos psiquiátricos de EVCP elaborados no CMP/PR em 2018 e 2019 disponibilizados pela DPE/PR. Elaborado por COBBE, 2021.

Em relação à possibilidade de apresentação de titulações e qualificações no laudo pericial, para além do estipulado por disposto normativo, apenas um dos médicos fez referência a outras especializações, publicações, áreas de atuação e demais locais em que atua profissionalmente. Com estas informações, instigou-se a pesquisa à coleta de mais informações sobre os profissionais que atuam na área da saúde da Instituição.

A verificação dos registros médicos é relevante, pois se trata realmente do exercício de profissionais da Psiquiatria e, portanto, a análise dos laudos psiquiátricos reflete a função da Psiquiatria no âmbito do cumprimento das medidas de segurança. Em relação às outras características que compõe o preâmbulo, como citação da autoridade requisitante, identificação do número dos autos e nome do examinando, pode-se verificar apenas o nome do examinando. A explicação para isso pode ser a digitalização dos processos criminais. Com a juntada do laudo aos autos, fica automaticamente disponível para a autoridade competente e para as respectivas partes.

5.3.2. Individualização da perícia: da metodologia do diagnóstico médico-psiquiátrico aplicada nas avaliações e da transformação da subjetividade do internado de domínio público

A individualização da perícia refere-se às informações objetivas sobre os autos e as partes, como o número dos autos, a indicação da comarca e do Juízo competente que solicitou a perícia (TABORDA; BINS, 2016), o motivo provocativo e o interesse de agir do *jus puniendi*, as alegações do Ministério Público e do defensor e os documentos médicos relevantes juntados aos autos (TEIXEIRA; BARROS; CARVALHO; 2015).

Nesse sentido, em virtude da digitalização do judiciário, as informações objetivas sobre o processo, como número dos autos, nomenclatura do documento juntado e assinatura digital do servidor que juntou o laudo aos autos estão presentes em todos os laudos, pois trata-se de uma inserção de informações automática do sistema utilizado pelo Tribunal de Justiça do Estado do Paraná (TJPR), o PROJUDI e o SEEU, já referenciados anteriormente, conforme exemplo indicando na figura:

Imagem 1 - Individualização da perícia

SEEU - Processo: [1.32] DIGITALIZAÇÃO DO PROCESSO - Assinado digitalmente por Laudo Médico Oficial em 12/07/2020

AValiação Psiquiátrica de CTC

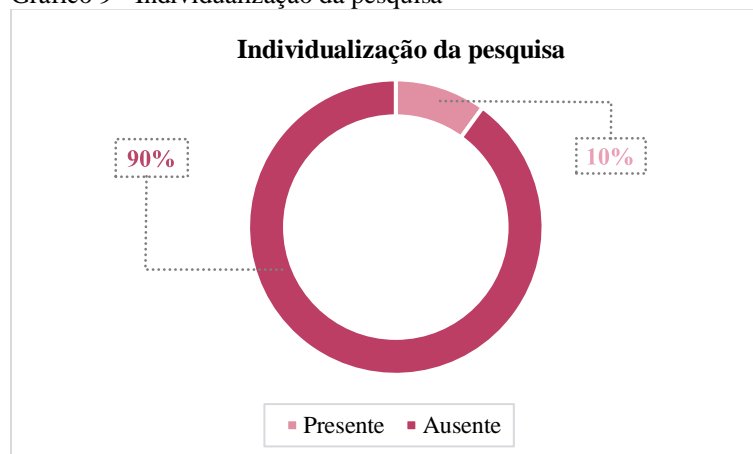
NOME: _____ Prontuário: _____
 FILIAÇÃO: _____ Data de Nascimento: _____
 DATA DO EXAME: _____

Lei nº 11.418/2006, resolução do Projudi, do TJPR/OE

Fonte: DPE/PR.

Em relação à informação objetiva presente no laudo, sem inserção automática do sistema, observou-se que apenas um dos laudos contidos na amostra apresentou o número dos autos, anotado de forma manuscrita, representando uma discreta presença deste quesito em relação aos demais laudos.

Gráfico 9 - Individualização da pesquisa

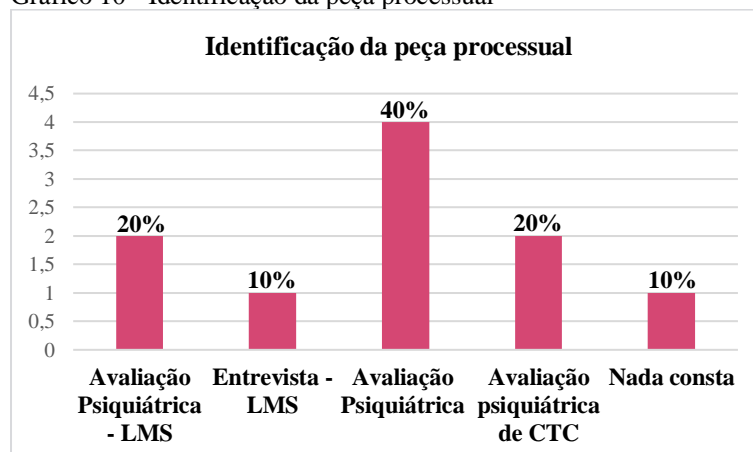


Fonte: Análise da amostra de laudos psiquiátricos de EVCP elaborados no CMP/PR em 2018 e 2019 disponibilizados pela DPE/PR. Elaborado por COBBE, 2021.

Mesmo que estivesse presente o referido quesito, necessário ao relatório pericial estipulado pelo CFM, é preciso apontar que a informação é inócua, mesmo que contabilizada, pois a individualização da perícia não trata apenas da identificação objetiva dos autos. Também se pode verificar que, em relação à parte, a informação deve conter seu nome completo, podendo estar acompanhado de filiação, número do prontuário, data do exame e cabeçalho padronizado, identificando a Instituição na qual foi efetuada a avaliação.

Com relação à nomenclatura da peça processual designada, observa-se uma variedade nos laudos, como “avaliação psiquiátrica”, “avaliação psiquiátrica – LSM”, “entrevista – LSM”, “avaliação psiquiátrica de CTC” e, até mesmo, laudo psiquiátrico sem a devida identificação, nas devidas proporções:

Gráfico 10 - Identificação da peça processual



Fonte: Análise da amostra de laudos psiquiátricos de EVCP elaborados no CMP/PR em 2018 e 2019 disponibilizados pela DPE/PR. Elaborado por COBBE, 2021.

Embora a identificação do laudo do Exame de Verificação de Cessação de Periculosidade apenas como “Avalia o Psiquiátrica” seja o mais recorrente na amostra analisada,   uma identifica o incompleta; porém, não incorre em erro, pois trata-se, de fato, de uma avalia o psiquiátrica. No que se refere   “Avalia o Psiquiátrica – LMS” e “Entrevista – LSM”, a sigla faz referência ao Laudo de Sanidade Mental, que, como colocado anteriormente, refere-se   perícia psiquiátrica em âmbito processual penal e possui objetivos bastante distintos do EVCP, no qual se avalia a periculosidade. Na perícia psiquiátrica, no decorrer do processo penal, o que se avalia   a presença de transtorno mental   época do fato t pico, a identifica o do transtorno mental do diagnóstico positivo por meio da codifica o do CID-10 e, se em razão do transtorno mental, o portador era inteiro ou parcialmente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com este entendimento. A entrevista   o instrumento de avalia o no qual o médico avalia o suspeito e/ou réu. A defini o do tipo de avalia o a ser feita   imprescindível e orienta os objetivos e as informa es que se quer avaliar.

Em rela o   nomenclatura do laudo, o que chama aten o   ser colocado como “Avalia o psiquiátrica de CTC”, pois a sigla faz referência   Comissão Técnica de Classifica o que, além de extinta, refere-se   avalia o interdisciplinar do exame criminológico do indivíduo que inicia o cumprimento da pena e serve como requisito para a progressão da pena para regime mais brando.

A Comissão Técnica de Classifica o (CTC)   uma equipe composta por profissionais de Psicologia, Serviço Social e Psiquiatria, que atuam no sistema penitenciário e que têm como finalidade assistir o preso por meio da elabora o, execu o

a individualização da pena e do tratamento penal, conforme disposto legal⁵⁵. Também são integrantes da CTC o diretor da unidade penal e dois chefes de serviço. Frequentemente, um dos chefes de serviço é representante da equipe de segurança da unidade, conhecida como Divisão de Segurança e Disciplina (DISED) e há, ainda, um representante da Pedagogia (FRIEDRICH, 2016).

Conforme a Lei de Execução Penal de 1984⁵⁶ é de responsabilidade desta comissão classificar o preso, elaborar o programa de individualização da pena, auxiliar o desenvolvimento do programa estabelecido pelo preso e sugerir ao Juiz a progressão ou regressão do regime, embasado na avaliação e no acompanhamento do programa desenvolvido pelo apenado (FRIEDRICH, 2016).

Com a nova redação dada ao artigo⁵⁷, em 2003, a CTC não recomenda mais a progressão de regime. No presente, a Comissão elabora meramente o exame criminológico para operacionalizar a individualização da pena, já que, como discorrido anteriormente, o primeiro exame criminológico, quando o indivíduo ingressa no sistema penitenciário, auxilia no diagnóstico que serve como base para a instrumentalização do programa individualizador, que deve ser executado no decorrer do cumprimento da pena (FRIEDRICH, 2016).

Complementarmente, a LEP⁵⁸ propõe que, para reunir informações sobre o preso, com o objetivo de conhecê-lo, classificá-lo e operacionalizar o exame criminológico, a comissão pode entrevistar pessoas; requisitar, de repartições ou estabelecimentos privados, dados e informações a respeito do condenado; e realizar outras diligências e exames que julgue necessários.

Além disso, o Estatuto do Penitenciário do Estado do Paraná⁵⁹ dita que o exame de classificação inicial será realizado pela CTC, no Centro de Observação Criminológica

⁵⁵ Art. 7º, Leiº 7.210/1894: A Comissão Técnica de Classificação, existente em cada estabelecimento, será presidida pelo diretor e composta, no mínimo, por 2 (dois) chefes de serviço, 1 (um) psiquiatra, 1 (um) psicólogo e 1 (um) assistente social, quando se tratar de condenado à pena privativa de liberdade.

⁵⁶ Art. 6º da Leiº 7.210/1894: A classificação será feita por Comissão Técnica de Classificação que elaborará o programa individualizador e acompanhará a execução das penas privativas de liberdade e restritivas de direitos, devendo propor, à autoridade competente, as progressões e regressões dos regimes, bem como as conversões.

⁵⁷ Art. 6º da Lei nº 10.792/2003: A classificação será feita por Comissão Técnica de Classificação que elaborará o programa individualizador da pena privativa de liberdade adequada ao condenado ou preso provisório (Redação dada pela Lei nº 10.792, de 2003).

⁵⁸ Art. 9º da Leiº 7.210/1894: A Comissão, no exame para a obtenção de dados reveladores da personalidade, observando a ética profissional e tendo sempre presentes peças ou informações do processo, poderá: I - entrevistar pessoas; II - requisitar, de repartições ou estabelecimentos privados, dados e informações a respeito do condenado; III - realizar outras diligências e exames necessários.

⁵⁹ Art. 30º, § 1º do Estatuto Penitenciário Do Paraná.

e Triagem, e compreenderá: avaliação médica, psiquiátrica, psicológica, pedagógica, familiar, social e jurídica.

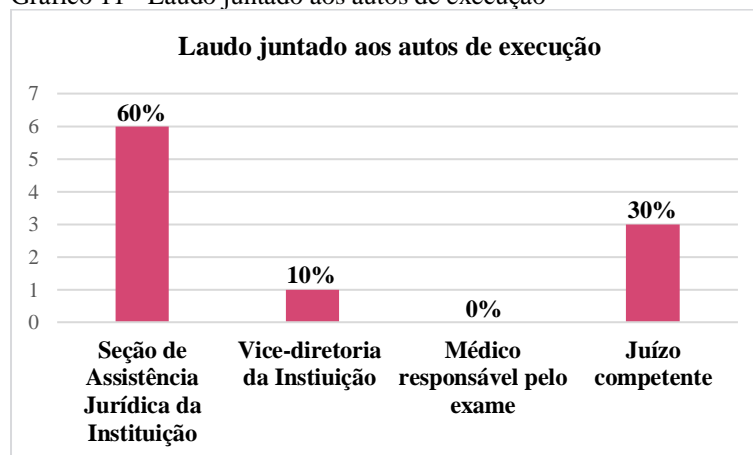
Encontrando-se a lei acerca da exigibilidade do exame criminológico silente, a partir da Lei n.º 10.792/03, como já citado anteriormente, o entendimento predominante é que, de forma facultativa, é possível exigí-lo, tendo em vista a necessidade baseada no caso concreto – por parecer do Ministério Público e critério do Magistrado. Este entendimento está consolidado na súmula vinculante n.º 26 e na súmula n.º 493 do STJ. Vale ressaltar que a progressão do regime da pena é solicitada pelo defensor da parte, analisada pelo Juiz da VEP e pelo Promotor de Justiça que, quando entendem necessário, solicitam à CTC a elaboração do exame criminológico.

Parte deste embaralhamento de nomenclatura se dá, como é possível perceber nos laudos analisados, pela evidente semelhança nas escritas dos laudos periciais. No entanto, para além desta observação constada na amostra analisada, as avaliações no decorrer da execução penal apresentam objetivos bastante semelhantes, visto que ambas são laudos técnicos que embasam as decisões judiciais para o deferimento de progressão de regime e liberdade vigiada, que nada mais é do que a progressão da medida de segurança detentiva (internação) para a medida de segurança restritiva (ambulatorial).

Com o conhecimento do exposto anteriormente, fica evidente que a CTC é formada por profissionais de diversas áreas e, com isso, utilizar-se-á de diferentes formas para obter informações sobre o preso. Assim sendo, a gama de informações levantadas é bastante ampla, visto que o conhecimento obtido é contemplado em diferentes perspectivas.

Ao analisar os dados objetivos sobre os autos citados nos laudos, verificou-se que, embora o médico responsável pela perícia assinasse devidamente o laudo, conforme as disposições do CFM, a assinatura digital da pessoa responsável pelo encaminhamento do laudo ao Juízo Competente não coincide com a do médico. Portanto, o documento psiquiátrico é de conhecimento de terceiros na Instituição e no Juízo competente.

Gráfico 11 - Laudo juntado aos autos de execução



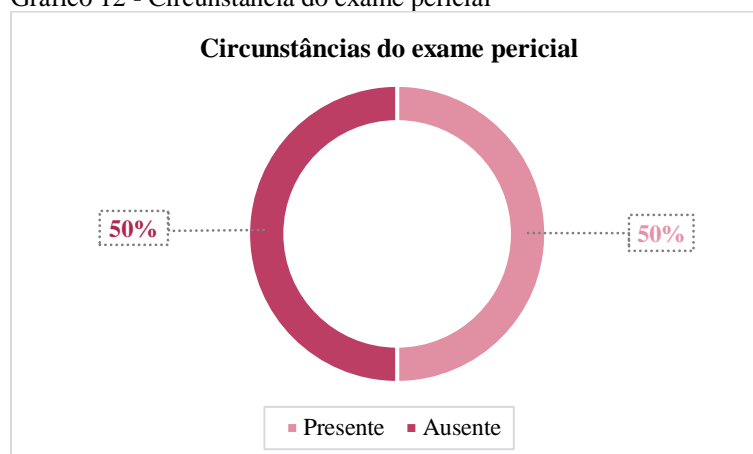
Fonte: Análise da amostra de laudos psiquiátricos de EVCP elaborados no CMP/PR em 2018 e 2019 disponibilizados pela DPE/PR. Elaborado por COBBE, 2021.

De acordo com a literatura especializada em Psiquiatria Forense, o médico perito não tem o mesmo dever de sigilo que existe na prática clínica. As informações contidas no laudo devem se restringir ao estritamente pertinente ao caso, não podendo se manifestar sobre informações as quais tenha acesso, mas que não digam respeito à lide (BARROS; CASTELLANA, 2020). A restrição imposta é justamente em razão da dignidade humana, do direito ao sigilo e do respeito à subjetividade.

5.3.3. Circunstâncias do exame pericial: da constatação da docilidade do corpo

As circunstâncias da perícia nada mais são do que os dados referentes a esta. É neste tópico que deverão constar os detalhes do desenvolver da avaliação, até a elaboração do laudo, isso é, neste espaço, o perito deve dispor das informações de onde, como e em que condições ocorreu a avaliação. É indispensável que o médico-perito solicite documentos de identificação do periciando e de seu acompanhante, se tiver. Caso necessário, o periciando poderá ser fotografado com a sua autorização ou de seu responsável. O perito deve, também, apontar intercorrências do momento da avaliação e documentos médicos relevantes para o laudo (TEIXEIRA; BARROS; CARVALHO; 2015).

Gráfico 12 - Circunstância do exame pericial



Fonte: Análise da amostra de laudos psiquiátricos de EVCP elaborados no CMP/PR em 2018 e 2019 disponibilizados pela DPE/PR. Elaborado por COBBE, 2021.

A discussão dos dados e informações sobre o avaliando durante o processo pericial é o item fundamental de todo o processo de avaliação. Deverão ser expostos no laudo, a análise dos diagnósticos clínico e médico-legal, respectivamente, o transtorno psiquiátrico e a condição do periciando perante a lei pormenorizadamente. É neste tópico que deverá ser detalhado o processo de avaliação, ou seja, como foi realizado o diagnóstico clínico e determinado o nexo causal da psicopatologia e o aspecto legal. A metodologia empregada deverá constar de forma clara, pois é o ponto a ser questionado pelos assistentes técnicos que venham a contestá-la ou validá-la (TEIXEIRA; BARROS; CARVALHO; 2015).

No entanto, destoando do entendimento de Taborda e Bins (2016), não foi verificada neste tópico a descrição objetiva dos procedimentos realizados, como número de entrevistados e entrevistas, tempo despendido, documentos examinados, exames complementares, etc.

Nesse quesito, deve constar a descrição cuidadosa de como ocorreu o levantamento de dados obtidos e registrados. Além da recomendação do CFM, aconselha-se a inclusão do local onde ocorreu a avaliação, as visitas ou inspeções domiciliares, a forma de entrevista e os instrumentos objetivos de mensuração psíquica utilizados, a devida descrição dos exames complementares e a citação do profissional responsável pela realização, os documentos pesquisados e analisados, a discriminação de práticas que aconteceram na presença do assistente técnico das partes e a indicação de circunstâncias que foram filmadas ou gravadas. A importância deste quesito compreende a transmissão

da ideia da natureza, forma e seriedade do serviço realizado, com a finalidade de afastar a suspeita de precipitação na conclusão pericial (TABORDA; BINS, 2016).

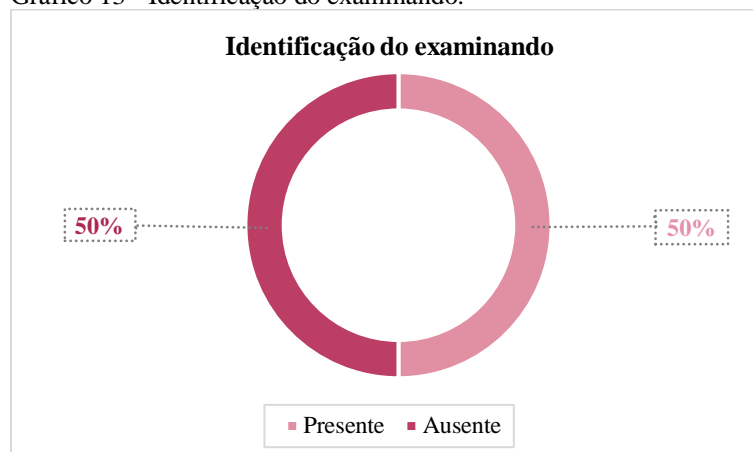
Referente às circunstâncias periciais, pouco é detalhado em relação às entrevistas e aos instrumentos utilizados. Ressalta-se o interesse de participação na avaliação do periciando e a presença/ausência de hostilidade para com o examinador. Importa ressaltar que manter os exames em execução penal é manter os sujeitos em processo criminal em dois sentidos: 1) com a necessidade de gerar prova a favor ou a si mesmo; 2) em instituição total, em processo de criminalização, aculturamento, despersonalização, etc.

5.3.4. Identificação do examinando: a mortificação do eu e do cidadão

No laudo pericial, deve constar a identificação do examinando com o nome e a qualificação completa. Isso é, devem constar as informações sobre nome completo, idade, data de nascimento, sexo, profissão, grau de instrução, estado civil, raça, religião, nacionalidade, naturalidade, filiação, endereço e o estabelecimento no qual está internado ou detido. No caso de avaliações ambulatoriais ou ocorridas em domicílio, é essencial que constem os dados de documentos identificação do periciado (TABORDA; BINS, 2016).

Nos laudos analisados, verificou-se que apenas 50% da amostra apresentou o quesito da identificação. Isto ocorreu, pois, é possível observar que a identificação do periciado se dá apenas com a citação do seu nome completo, filiação e prontuário. Não sendo observados todas as informações necessárias para que a qualificação do periciado seja completa.

Gráfico 13 - Identificação do examinando.



Fonte: Análise da amostra de laudos psiquiátricos de EVCP elaborados no CMP/PR em 2018 e 2019 disponibilizados pela DPE/PR. Elaborado por COBBE, 2021.

A cada informação da qualificação do periciando é restrita a dados como nome completo e prontuário representando a morte progressiva da subjetividade nas Instituições Totais.

5.3.5. Anamnese: a história do sujeito que permite à tortura e condena à pena perpétua e à pena de morte

Em relação à anamnese⁶⁰ deverão constar todos os detalhes do histórico de vida e do transtorno psiquiátrico do examinado, bem como, antecedentes pessoais e familiares. Este tópico deve ser constituído das habilidades e limitações pessoais, sociais e laborais que o avaliando possa apresentar, assim como, doenças clínicas e hospitalizações anteriores. O objetivo é levantar dados que contribuam para o estabelecimento de um diagnóstico, a gravidade do quadro e a consequência na vida do periciando. Em alguns tipos de ação, é fundamental investigar e indicar o início do quadro e quando a patologia começou a interferir nas habilidades da pessoa (TEIXEIRA; BARROS; CARVALHO; 2015).

a) História da doença atual: a medicalização psiquiátrica como biopolítica do sofrimento psíquico

O requisito de investigação no exame psiquiátrico e parte do laudo pericial sobre a história da doença atual aborda o levantamento de informações sobre quando, como,

⁶⁰Entrevista realizada pelo profissional de saúde que tem como objetivo levantar informações do sujeito entrevistado para o diagnóstico de uma doença.

porque e em que circunstâncias o examinando ficou doente. Abrange também como se desenvolvia antes da ocorrência da enfermidade, as mudanças que ocorreram, como, quando e quanto o afetaram, bem como, a descrição do início e evolução da doença de forma cronológica, quando e como se deram a primeira manifestação sintomatológica, a primeira internação e os tratamentos anteriores (BARROS, 2020).

Gráfico 14 - História da doença atual.

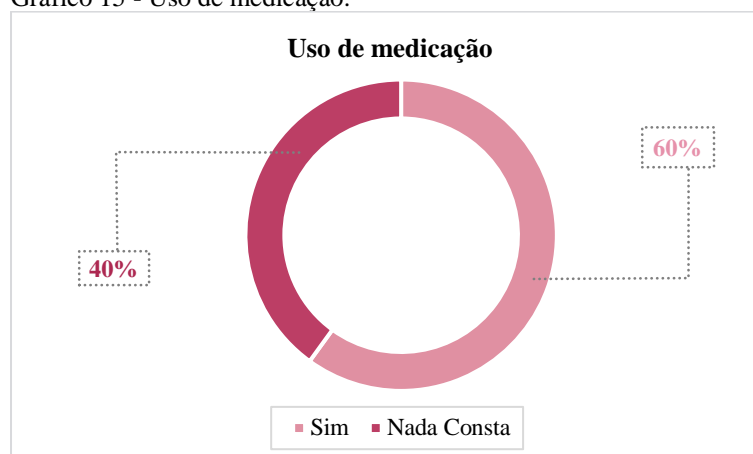


Fonte: Análise da amostra de laudos psiquiátricos de EVCP elaborados no CMP/PR em 2018 e 2019 disponibilizados pela DPE/PR. Elaborado por COBBE, 2021.

As causas dos transtornos mentais são variadas e ainda se encontram pouco esclarecidas cientificamente. Pode-se destacar como aspectos provenientes de predisposição genética, intercorrências durante a gestação e desenvolvimento físico e mental, aprendizagem, características familiares, sociabilidade, uso e abuso de substâncias, doenças físicas, situações de estresse, dentre outras condições que se intercomunicam de tal forma que resultam no adoecimento do indivíduo (BALDAÇARA; TUNG, 2021).

Nos laudos analisados, referente a este quesito, como demonstra o gráfico na sequência, destaca-se como tratamento de saúde o uso de medicação, vez que, a maioria dos indivíduos estão expressamente sob o uso de medicação – inclusive a administração medicamentosa à revelia do sujeito.

Gráfico 15 - Uso de medicação.



Fonte: Análise da amostra de laudos psiquiátricos de EVCP elaborados no CMP/PR em 2018 e 2019 disponibilizados pela DPE/PR. Elaborado por COBBE, 2021.

A imposição do uso de medicação é importa em frequente monitorização da condição de saúde do paciente, como demonstra a tabela a seguir. No entanto, como se verificará no tópico referente ao quesito sobre o exame físico, a saúde dos internos não recebem a atenção necessária.

Tabela 2 - Fármacos que necessitam e monitorização rigorosas.

Fármacos que necessitam e monitorização rigorosas		
Fármaco	Efeitos Adversos	Monitorização
Risperidona	Risco de síndrome metabólica. Aumento de peso. Hiperglicemia. Dislipidemia. Hiperprolactinemia.	Pressão arterial, circunferência abdominal, índice de massa corpórea. Glicemia, perfil lipídico. dDosagem sérica de prolactina conforme indicação clínica (galactorréia, disfunção sexual ou irregularidade menstrual).
Lítio	Intoxicação aguda por lítio. Hipotireoidismo. Insuficiência renal. Diabetes insipidus nefrogênico. Aumento de peso.	Litemia (nível sérico se relaciona com eficácia terapêutica). Função tireoidiana. Função renal. Glicemia.
Ácido valproico	Risco de hepatotoxicidade. Risco de trombocitopenia. Risco de teratogenicidade. Hiperamonemia.	Dosagem sérica de ácido valproico. Função hepática. Hemograma com plaquetas. Beta-hcg (mulheres em idade fértil). Amônia sérica (se indicação)
Carbamazepina	Anemia aplástica(rara). Agranulocitose. Trombocitopenia. Leucopenia benigna transitória. Albuminúria.	Hemograma com plaquetas. Eventualmente: albumina, tempo de protrombina, KTTTP, transaminases, bilirrubinas sódio, perfil lipídico.

	Alteração de função prática e perfil lipídico. Hipotireoidismo. Síndrome de Stevens Johnson (rara). Síndrome da secreção inapropriada de hormônio antidiurético com hiponatremia.	Pode causar aumento de T3 e T4 sem aumento de TSH. Pode causar falso positivo em teste de gravidez.
Clozapina	Risco de leucopenia e agranulocitose (1-2% dos pacientes) Hepatotoxicidade. Hiperglicemia. Aumento de peso. Síndrome metabólica. Miocardite.	Hemograma. Função hepática. Perfil lipídico. Glicemia. Troponina I, proteína c reactiva (PCR), eletrocardiograma.

Fonte: FLORENZA *et al.*, 2014; STAHL; SCHESTATSKY, 2019 apud LIMA; FRIEDRICH; PACHECO; SPANEMBERG, 2021, p. 13.

O uso impositivo de medicação psiquiátrica corresponde a uma espécie de biopolítica dos sofrimentos psíquicos, pois a medicação se apresenta como uma forma de governar o outro com base em critérios supostamente científicos, validados por meio de método estatístico e classificatório e que se sustenta em apenas uma forma de intervenção em saúde mental – a terapêutica farmacológica.

A forma de intervenção privilegiada na medida de segurança exclui as narrativas dos sujeitos, suas experiências vivenciadas e/ou reduz o sofrimento psíquico às explicações biológicas e alterações ou déficits nos neurotransmissores. É própria da forma de governar da biopolítica, a anulação da capacidade de existência pública e política, os diálogos argumentativos, as narrativas individuais e os vínculos sociais (CAPONI, 2013).

Apenas classificar e medicar os indivíduos é uma prática violenta, uma vez que, admite a substituição da dimensão ética da existência e da constituição subjetiva do sujeito, pela obediência à regência de autoridades médicas e psiquiátrica (CAPONI, 2013). Além disso, é importante ressaltar que as intervenções em saúde mental não se limitam a intervenções medicamentosas. Existe o tratamento em saúde mental que envolve psicoterapia, laborterapia, etc., inclusive, abrangendo o cuidado comunitário.

b) História pessoal: da medicina ao agente fiscalizador da norma penal

O quesito sobre a história pessoal refere-se ao levantamento de informações sobre a vida do examinando, evidenciando sua relação com o objeto da perícia. O registro das informações deve ser organizado de forma cronológica da situação atual e pregressa da vida do examinando, bem como, do padrão habitual de comportamento. Fazem parte

deste tópico informações sobre o desenvolvimento humano do examinando, como as fases de pré-natal, nascimento, infância e idade adulta. Também neste tópico, são exploradas as relações familiares, sociais e profissionais. Caso a perícia envolva situações sobre a sexualidade da pessoa, é neste tópico que deverá ser apresentada (TABORDA; BINS, 2016).

A história pessoal do examinando costuma aparecer com frequência nos laudos periciais, como demonstra o gráfico ilustrativo a seguir. Contudo, as informações apresentadas pelo examinador são questionáveis do ponto de vista ético, do sigilo médico, do entendimento do papel da família no engajamento do tratamento em saúde mental e de violações de direitos, propriamente ditas.

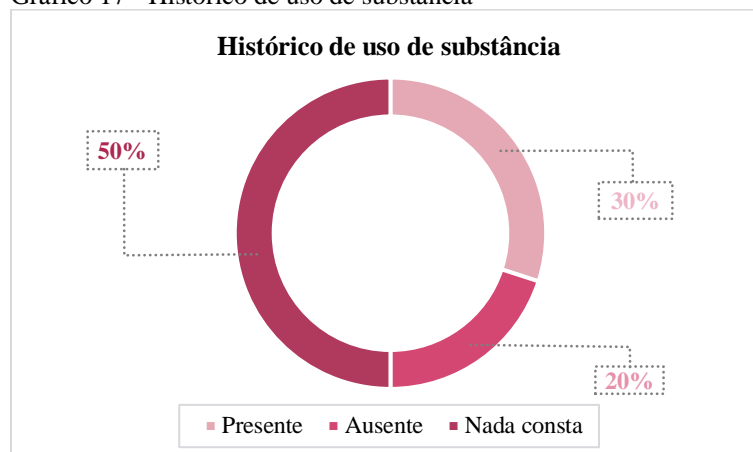
Gráfico 16 - História pessoal



Fonte: Análise da amostra de laudos psiquiátricos de EVCP elaborados no CMP/PR em 2018 e 2019 disponibilizados pela DPE/PR. Elaborado por COBBE, 2021.

Observa-se, então, nos laudos de EVPC analisados, a questão sobre o uso de substância lícita ou ilícita, mesmo que o examinando não tenha sido diagnosticado anteriormente com qualquer transtorno relativo ao uso e abuso de substâncias – nem mesmo como comorbidade, na frequência demonstrada no gráfico abaixo:

Gráfico 17 - Histórico de uso de substância



Fonte: Análise da amostra de laudos psiquiátricos de EVCP elaborados no CMP/PR em 2018 e 2019 disponibilizados pela DPE/PR. Elaborado por COBBE, 2021.

As substâncias psicoativas citadas são álcool, maconha e *crack*, na seguinte proporção:

Gráfico 18 - Substâncias psicoativas



Fonte: Análise da amostra de laudos psiquiátricos de EVCP elaborados no CMP/PR em 2018 e 2019 disponibilizados pela DPE/PR. Elaborado por COBBE, 2021.

A política criminal de drogas no Brasil, apresenta-se como “guerra contra as drogas”. Na realidade fática, traduz-se como a institucionalização de uma prática que visa o encarceramento em massa e o genocídio da população negra, periférica e pobre. É nítido que a proclamada guerra tem este contorno apenas quando se trata de um corpo marcado por raça, étnica e pobreza. À vista da (in)justiça criminal, precisamos indagar-nos qual é a origem de considerar a droga um “problema social” e, principalmente, a origem da imagem que temos do usuário de drogas e o dependente químico como um criminoso e não como uma pessoa fragilizada – ideia recorrente no imaginário humano.

A guerra mundial contra as drogas – como ficaram conhecidas um conjunto seleto de substâncias psicoativas que têm ação sobre o Sistema Nervoso Central e, assim, alterando a consciência e a percepção – chega ao seu aniversário de um século. O modelo esboçado nas resoluções da Primeira Conferência Internacional do Ópio (1912), em Haia, mesmo que abandonado nos anos entre as duas guerras, é seguido até os dias de hoje. Defendida, patrocinada e sediada pelos EUA, já sob a regência da ONU, a Convenção Única sobre Entorpecentes (1961), inseriu globalmente o paradigma proibicionista no seu formato vigente (FIORE, 2012).

O proibicionismo é uma forma resumida de categorizar o paradigma que rege a atuação do Estado em relação a determinado grupo de substâncias. A política adotada pelos países signatários atinge para além das convenções e legislações nacionais. Esta prática, implementada para lidar com as drogas, balizou a compreensão contemporânea das substâncias psicoativas quando estabeleceu os limites arbitrários para uso de drogas legais/positivas ou ilegais/negativas. Dentre outras inferências, está a própria produção científica sobre os impactos da proibição, que, na maior parte das vezes, pende para o “lado certo” da batalha, isso é, a luta contra as drogas (FIORE, 2012).

Até o momento, nenhuma ciência definiu “droga” de forma objetiva e clara, portanto, não possui cientificidade. A definição que temos sobre droga é uma ideia que está intrinsecamente ligada a uma avaliação política e moral, pois a questão prevalente não é a substância em si, mas o discurso, já que a definição apresentada pode incluir do chá à heroína. Na ausência de definição científica plausível, apoiam-se os discursos ideológicos médico, moral, jurídico e geopolítico sobre o mal a ser fortemente combatido na sociedade, sobre as vítimas (os dependentes químicos) e os corruptores (os traficantes), ao passo que a real diferenciação entre a droga lícita ou ilícita é o processo de criminalização (ARGUELLO, 2012).

O paradigma proibicionista influenciou o discurso médico com a criação do binômio droga-doença. A fim de entender a característica do vício e do não vício, o pesquisador e professor Bruce Alexander (2010), do departamento de Psicologia da Simon Fraser *University*, dedicou-se a replicar antigos estudos do século XX sobre a dependência química e repropor novos estudos na década de 1970. No início do século XX, a ideia de que as drogas matavam e viciavam já em um primeiro contato com a substância era bastante difundida. Houve um experimento com ratos que foram colocados individualmente em gaiolas com água e água com droga dissolvida. O resultado dessa pesquisa foi que os ratos sozinhos nas gaiolas, quase em 100% dos casos, optavam pela

água com droga dissolvida até serem acometidos por uma *overdose*. A partir deste experimento, formou-se uma teoria que o uso de drogas cria dependência e que essa dependência culminará em uma *overdose*. Então, em meados de 1970, o referido pesquisador propõe o mesmo estudo com algumas alterações, sendo elas: os ratos eram colocados com outros ratos, com alta disponibilidade de sexo, muitas distrações e enriquecimento ambiental (na gaiola estavam disponíveis água, água com droga dissolvida, túneis, bolinha colorida, estopa e ração). O resultado desta pesquisa demonstrou que o número de ratos que procuravam apenas o uso da droga, até culminar em uma *overdose* caiu para um número próximo a zero. Assim, o que se pode entender deste experimento, é que os ratos colocados com outros ratos, companhia, distração, oferta de sexo e vida em comunidade não usam a droga e, quando a usam, utilizam-na de forma recreativa.

Desde os anos 70, temos conhecimento de que o que causa a dependência química não é uma postura criminal, nem a substância, mas sim “a gaiola em qual vivemos”. O sujeito recorre ao entorpecente para que ele possa se desconectar da realidade em que está inserido. Por isso, olhar para o usuário recreativo ou viciado como se fosse um criminoso não resolve a questão, especialmente quando se decide tratá-lo com uma política criminal de repressão – que ignora as adversidades estruturais e a inevitável procura da droga.

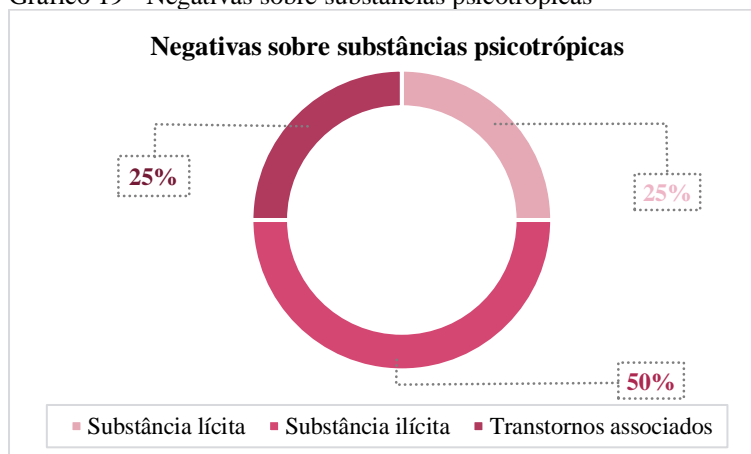
O problema social das drogas ganha destaque a partir da guerra contra as drogas investida pelos Estados Unidos, com base nos preceitos religiosos e puritanos norte-americanos; uma preocupação da elite com os “comportamentos” e “excessos” possíveis, pela alteração do estado de consciência do indivíduo de determinadas classes e de certos grupos sociais, considerados perigosos. Em virtude disso, para a condução do problema, foram instituídos modelos burocráticos institucionais e legislações rigorosas para o controle da produção, do comércio e do uso de determinadas substâncias. As medidas tomadas foram corroboradas pelo sistema médico, por meio de estudos científicos, que destacaram as consequências provocadas na saúde do indivíduo, principalmente nos casos de dependência e nos casos perigosos para a sociedade. Tal combinação contribui para a construção do “problema drogas” tanto para o âmbito médico. como para o âmbito penal (MEDEIROS, 2014). Isso ocorre, como explica Foucault (2014), pelo saber-poder. O autor coloca que a constituição da Psiquiatria como ciência advém do acúmulo de saber adquirido ao longo das práticas institucionais, mas resta claro que as observações feitas

ao longo dos anos são observações contaminadas de preconceito e puritanismo com relação a algumas substâncias e não a outras (prescritas).

Com o avanço do entendimento do que é “ciência”, superado o positivismo e a superestimada e inexistente neutralidade científica, sabe-se que toda pesquisa tem o seu viés ideológico. Assim, considerando o marco ideológico da presente pesquisa, a criminologia crítica compreende o fenômeno da droga como uma realidade socialmente construída pelos diferentes discursos proibicionistas. No plano teórico, corresponde à posição e ao entendimento majoritários vindos da Psiquiatria e da Psicologia, pois o binômio droga-doença é um dos argumentos que travam a discussão sobre a legalização e regulamentação das drogas: e o terror da dependência química e seus efeitos sobre o organismo e a sociabilidade construídos socialmente legitima o traficante como o inimigo do direito penal. No plano prático, a pesquisa é relevante para que se possa embasar uma nova política criminal de drogas que vise à descriminalização das drogas de forma a amenizar as mortes que tem como causa a overdose, contaminações por HIV e outras doenças infectocontagiosas, as mortes de usuários e tratamento adequado da toxicomania.

No decorrer da avaliação, é possível que o perito tenha conhecimento de histórias, condutas médicas questionáveis, confissão de crimes pelos quais não está sendo julgado e que não são mencionados nos autos. Nestas situações, o examinador não deve expor tais informações, sob o risco de ser questionado por extração ilegal de confissão. Contudo se os crimes forem relevantes para a descrição de alteração psicopatológicas, deve-se focar sobre estas informações (BARROS; CASTELLANA, 2020), o que explica a citação das negativas do periciado sobre as substâncias:

Gráfico 19 - Negativas sobre substâncias psicotrópicas



Fonte: Análise da amostra de laudos psiquiátricos de EVCP elaborados no CMP/PR em 2018 e 2019 disponibilizados pela DPE/PR. Elaborado por COBBE, 2021.

Além da questão sobre o uso de substâncias, o que pode ser verificado pelo perito é a avaliação socioeconômica, também encontrada em outras pesquisas, com destaque para a pesquisa “Diagnóstico psicológico do criminoso: tecnologia do preconceito”, de Cristina Rauter, na qual a autora observa que “exames de cessação de periculosidade compartilham da ideologia posta em ação desde a fase policial (no reconhecimento do crime e do criminoso) até a fase judicial: pune-se e julga-se muito mais um indivíduo em função de sua classe social do que em função de seu crime” (RAUTER, 2003, p. 97).

Imagem 2 - História pessoal

CONCLUSÃO: Estando estável e assintomático de seu quadro psiquiátrico, **considero cessada a sua periculosidade.** Neste sentido, o parecer é **favorável** para o levantamento de sua medida de segurança. No entanto, há que ter-se em conta de que este interno é portador de um quadro psiquiátrico de natureza psicótica incurável. O suporte de seus recursos familiares não são suficientes para lhe prover tratamento multidisciplinar, necessário e bem monitorado, de modo que ele não volte a oferecer riscos de periculosidade social. **Assim o levantamento de sua medida de segurança só será possível se a continuidade de seu tratamento psiquiátrico, psicológico e social for garantida por recursos comunitários monitorados pelo Poder Judiciário por vias de relatórios bem acompanhados.**

Fonte: DPE/PR, 2021.

Como demonstrado no recorte do laudo acima, o que ocorre com a análise da classe social, para suporte familiar da pessoa portadora de transtornos mentais, é a criação psiquiátrica de famílias incapazes de oferecer suporte ao tratamento de saúde mental do examinando em razão da classe social a qual pertencem – esquecendo-se o avaliador que a saúde é um direito humano, fundamental e social a ser garantido pelo Estado.

c) História psiquiátrica prévia: o fracasso do tratamento médico-psiquiátrico recluso em hospitais psiquiátricos

Claramente, a história psiquiátrica prévia refere-se a contatos psiquiátricos prévios, em especial tratamentos e hospitalizações (TABORDA; BINS, 2016). O tópico trata sobre levantar dados acerca da presença de transtornos anteriormente, sinais e sintomas, gravidade, tratamento, recorrência e duração (MOREIRA; BRANDÃO; BALDAÇARA, 2021).

A presença do quesito é frequente na amostra de laudos analisados, como demonstra o gráfico a seguir:

Gráfico 20 - História psiquiátrica prévia



Fonte: Análise da amostra de laudos psiquiátricos de EVCP elaborados no CMP/PR em 2018 e 2019 disponibilizados pela DPE/PR. Elaborado por COBBE, 2021.

Na presença de transtornos anteriores, algumas circunstâncias se destacam para levantamentos de dados. Assim, é importante levantar dados sobre o plano terapêutico, a adesão terapêutica, se houve medidas não farmacológicas (como psicoterapia ou grupos de apoio), se houve tratamento medicamentoso e, em caso positivo, precisar quais foram os medicamentos, o tempo de uso, os efeitos colaterais relacionados ao uso do fármaco, se foi usada a eletroconvulsoterapia e se houve necessidade de internação (voluntária ou não). Além disso, se estavam presentes características de comportamento suicida, como ideação, intenção, planos e tentativas, comportamentos autolesivos não suicidas e violência (MOREIRA; BRANDÃO; BALDAÇARA, 2021).

Nos dados levantados, destaca-se o tratamento psiquiátrico no formato de internação, no próprio CMP/PR, bem como, em outras instituições psiquiátricas. Vários dos internos avaliados, na amostra analisada, apresentaram mais do que uma internação em seu histórico de saúde. Embora diversas questões estejam envolvidas, como qualidade do cuidado em saúde, adesão ao tratamento, dentro outras, a marca das diversas internações demonstra que esta forma de tratamento não se mostra eficaz.

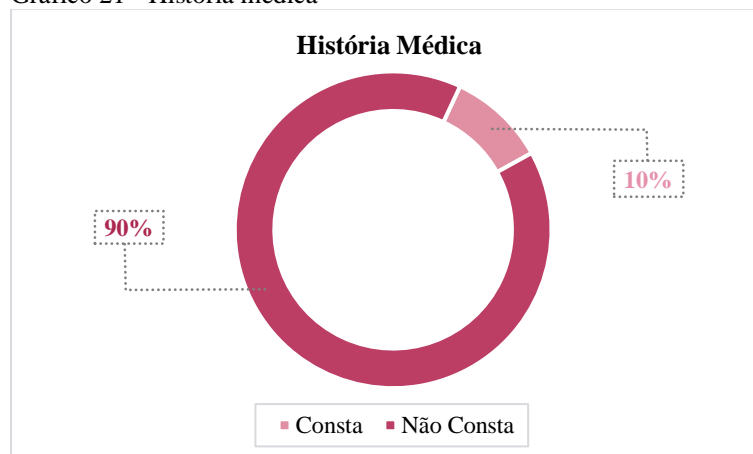
d) História médica: o desinteresse na escutar o sujeito

Com relação à história médica do examinando, coletam-se dados sobre doenças clínicas e cirúrgicas atuais e prévias, incluindo tratamentos e hospitalizações (TABORDA; BINS, 2016). Além de informações sobre doenças e condições clínicas relevantes, como tratamentos utilizados e atuais, comorbidades, reação do paciente aos diagnósticos, resiliência, ou seja, habilidade de enfrentamento e condição neurológica.

Ademais, são coletadas informações sobre medicamentos psiquiátricos em uso ou usados, com ou sem prescrição, dentre outras substâncias naturais (MOREIRA; BRANDÃO; BALDAÇARA, 2021).

Como demonstra o gráfico a seguir:

Gráfico 21 - História médica



Fonte: Análise da amostra de laudos psiquiátricos de EVCP elaborados no CMP/PR em 2018 e 2019 disponibilizados pela DPE/PR. Elaborado por COBBE, 2021.

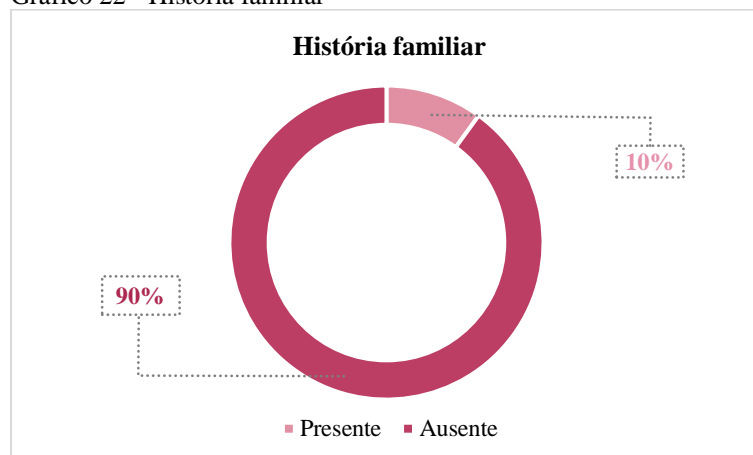
A escassa descrição da condição médica do sujeito relaciona-se com o tópico 5.3.6, sobre o exame físico, e caracteriza o desinteresse do médico-psiquiatra em realizar uma avaliação completa e complexa da pessoa portadora de transtorno mental.

e) História familiar: em busca do significativo do complexo de Édipo simbólico no campo do real

A história familiar versa sobre a investigação de doenças e transtornos psiquiátricos nos familiares próximos ao examinando (TABORDA; BINS, 2016). As informações relevantes a serem levantadas durante a avaliação são: a formação, constituição e características da família, idade e estado de saúde dos pais, se o periciado tem irmãos e a sequência cronológica de nascimento entre eles, doenças familiares, distúrbios psiquiátricos, suicídios, situações incestuosas, violência e outros problemas relevantes (BARROS, 2020).

De acordo com o gráfico ilustrativo a seguir, a presença deste quesito é falha:

Gráfico 22 - História familiar



Fonte: Análise da amostra de laudos psiquiátricos de EVCP elaborados no CMP/PR em 2018 e 2019 disponibilizados pela DPE/PR. Elaborado por COBBE, 2021.

No entanto, um exemplo se expõe, o mesmo encontrado por Rauter (2003): no caso de uma busca pela família que não apresente comportamentos “degenerados”, resultantes da tomada do modelo edípico teórico no desenvolvimento de indivíduos psiquicamente “normais”, serão investigadas e buscadas respostas em outros indivíduos, como pais e irmãos, que possam caracterizar a origem do examinando como supostamente criminogênicas ou patogênicas.

No exemplo tomado do laudo pericial, destaque-se que os demais familiares não apresentavam relação com o crime e com o uso de substâncias, demonstrando, assim, ser uma família que não apresenta comportamentos degenerados desde sua origem. Neste caso, a cessação de periculosidade do examinando foi considerada como cessada.

Imagem 3 - História familiar

Vem estudando no Complexo Médico Penal. Vem de uma prole de dois filhos, sendo que nenhum outro familiar próximo se envolveu-se com o crime ou com o uso de entorpecentes. Nunca fez uso de entorpecentes ou de substâncias psicoativas. Além de

Fonte: DPE/PR, 2021.

5.3.6. Exame físico: a violência e a morte permitidas no Estado Democrático de Direito

Jovita, 81 anos, morre exposta ao calor do sol. Laudo médico: morte por infarto. Leonilda, 54 anos, morre por excesso de exposição ao sol. Laudo médico: morte por septicemia. Quanto tempo ficaram expostas? Que

medicamentos as impediam de sentir o calor, a ponto de morrerem queimadas? Quem cuidava delas? Perguntas sem resposta (CHAUI, 1984 (2019), p. 53)⁶¹.

Pertinente ao exame físico, este se refere à descrição da condição clínica geral do periciando, destacando os achados clínicos significantes para a conclusão da perícia (TABORDA; BINS, 2016). O perito deverá mencionar aspectos sindrômicos, alterações neurológicas etc., principalmente, os aspectos significativos para as suas considerações finais (TEIXEIRA; BARROS; CARVALHO; 2015). A análise física deve concentrar-se na história e nas queixas do examinando; portanto, a verificação deve ser objeto da avaliação e objetivo do método de exame psiquiátrico. Na presença de transtorno mental, é possível e esperado que o examinando não permita que se faça o exame, inicialmente, demonstrando comportamentos mais reservados e, até mesmo, paranóicos. Assim, quando e quanto for possível o exame, este deve ser realizado na primeira oportunidade (MOREIRA; BRANDÃO; BALDAÇARA, 2021).

Nos laudos analisados, não foram citados demais exames além do Exame do Estado Mental e, quando se referem ao físico do examinando, referem-se a uma análise estética, higiênica e motora. De acordo com a literatura psiquiátrica consultada (BARROS, 2020), o exame físico deve ser realizado pelo médico responsável pela avaliação psiquiátrica – salvo nas situações em que os pacientes já foram examinados ou encaminhados por outro médico; nesta situação, o mesmo poderá ser eximido, ficando a critério do examinador.

Os transtornos mentais podem acarretar danos funcionais, tanto quanto doenças físicas. A título de exemplo, menciona-se a depressão que está associada a níveis de prejuízo equivalentes a pacientes com doenças físicas, como com hipertensão, diabetes e artrite. As pessoas acometidas de transtorno mental apresentam alta taxa de mortalidade por diferentes causas (BALDAÇARA; TUNG, 2021). As condições, os riscos e as doenças físicas mais recorrentes em pessoas acometidas por transtornos mentais graves são: diabetes tipo II e resistência à insulina, dislipidemia, doenças cardiovasculares (hipertensão arterial, arritmias cardíacas), neoplasias malignas, HIV/AIDS, hepatite C, osteoporose, hiperprolactinemia, obesidade, tabagismo, uso de drogas lícitas e ilícitas e efeitos colaterais dos psicofármacos (BANZATO; DALGALARRONDO, 2017 apud

⁶¹ “*Travessia no inferno*”, de Marilena Chaui, originalmente publicado no jornal *Folha de São Paulo*, em 13 de fevereiro de 1984, p. 02.

DALGALARRONDO, 2019), como pode ser verificado a seguir, no exemplo dos laudos analisados:

Imagem 4 - Exame físico

EXAME DO ESTADO MENTAL: Comparece ao exame adequadamente higienizado, deambulando sem dificuldade aparente, postura tranquila. Apresenta-se orientado no tempo e no espaço, memória global preservada, apresenta conteúdo do pensamento sem alterações, afeto planificado. Nega alcoolismo e nega dependência química. História de epilepsia há 02 anos. Diabético, fazendo tratamento medicamentoso na Unidade Penal. Faz uso de Depakene 250 mg 01 cp 3 x dia, metformina 850 mg 01 cp 3 x dia, Insulina NPH 30 U manhã e 15 U a noite. Quando questionado a respeito do delito praticado relata ser inocente, que todos estão acomunados contra ele.

Fonte: DPE/PR, 2021.

Em relação à população geral, as pessoas portadoras de transtorno mental grave possuem doenças físicas com mais frequência se comparado ao restante. Esta situação advém em resposta à associação de diversas dificuldades para o acesso ao cuidado apropriado e de qualidade em saúde física. Essas associações corroboram com a consequência de mortalidade precoce dessas pessoas, evidenciando uma expectativa de vida reduzida entre 15 e 20 anos em comparação à população geral (BANZATO; DALGALARRONDO, 2017 apud DALGALARRONDO, 2019).

O exame físico a ser realizado não difere do exame realizado em indivíduos que não apresentam transtornos mentais. Assim, com a ciência desta estatística, a avaliação da saúde física do portador de transtorno mental é um componente fundamental na avaliação global do indivíduo, inclusive para a psicopatologia. Apesar de demonstrado o aumento significativo na incidência de doenças físicas na população com transtorno mental grave, deve-se ressaltar que, de forma geral, em virtude da própria falha do exame físico, as patologias físicas ficam subdiagnosticadas, não diagnosticadas e disponibilizados tratamentos inadequados para estas pessoas (DALGALARRONDO, 2019).

O exame neurológico é designado como parte do exame físico. É compreendido como elemento fundamental da avaliação psicopatológica, tanto em Psiquiatria, como em Psicologia Clínica e em Neurologia (DALGALARRONDO, 2019), pois auxilia no diagnóstico diferencial (a ser discutido em tópico específico a seguir) de enfermidades de cunho orgânico, na avaliação de implicações decorrentes de alguns transtornos mentais e na avaliação dos efeitos colaterais das medicações (MOREIRA; BRANDÃO; BALDAÇARA, 2021).

Por isso, tanto em avaliações psiquiátricas (periciais ou não), quanto no tratamento de pessoa com transtorno mental, principalmente os agravados, é necessária a verificação da presença ou ausência de doenças de origem biológica. Assim, os examinados devem ser avaliados na perspectiva somática, além da anamnese e do exame físico, com suporte de exames laboratoriais e de imagem (DALGALARRONDO, 2019).

5.3.7. Exame do estado mental: reduzindo a saúde mental à presença de alterações sensoperceptivas e de pensamento

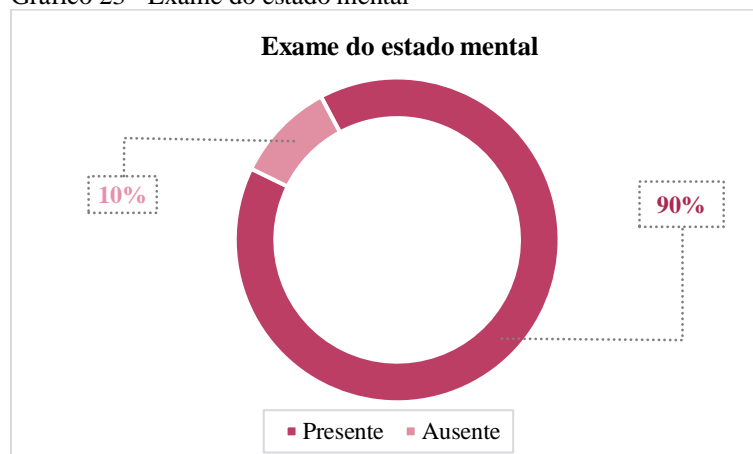
O exame do estado mental (ou psíquico) corresponde a uma avaliação minuciosa das funções psíquicas do examinando, que devem ser observadas cuidadosamente pelo avaliador e que serão fundamentais para a realização de um diagnóstico. É um exame fundamental nas perícias transversais, uma vez que corresponde à descrição do funcionamento mental no momento da avaliação. Com relação às perícias respectivas, o médico responsável pela avaliação psiquiátrica, por meio do levantamento de informações à época dos fatos, em discussão processual, tentará inferir o estado mental do examinando àquela época (TABORDA; BINS, 2016).

O médico avaliador deve observar e detalhar todos os aspectos das funções psíquicas, incluindo suas impressões, fazendo citações do paciente nas próprias palavras ditas por ele no decorrer da avaliação (caracterizada pelo uso de aspas), de modo a dialogar de forma conexa com a observação clínica (BARROS, 2020). As informações relatadas deverão constar de forma detalhada de todas as funções mentais que apresentem alteração ou estejam preservadas. Ainda que não se possa abdicar totalmente de termos técnicos, na medida do realizável, a linguagem utilizada deve ser acessível a profissionais que não sejam da área da saúde mental e que torne compreensível a leitura do documento (TEIXEIRA; BARROS; CARVALHO; 2015).

O exame do estado mental (EEM) compreende todas as funções psíquicas e desvela evidências de sinais e sintomas de transtornos mentais. O exame tem início na entrada da pessoa a ser avaliada pela observação ou por questionamento direto e os dados são obtidos no decorrer de toda entrevista. Constituem o EEM a avaliação de aparência, atitude, consciência, orientação, atenção, memória, humor, afeto, forma e conteúdo do pensamento, linguagem, sensopercepção, psicomotricidade, inteligência, crítica e *insight*, personalidade e cognição (MOREIRA; BRANDÃO; BALDAÇARA, 2021).

Com base nos laudos analisados nesta pesquisa, a maioria das avaliações psiquiátricas para a aferição da cessação de periculosidade foi baseada e descrita – cada avaliador a seu modo – no EEM e na avaliação das funções psíquicas.

Gráfico 23 - Exame do estado mental



Fonte: Análise da amostra de laudos psiquiátricos de EVCP elaborados no CMP/PR em 2018 e 2019 disponibilizados pela DPE/PR. Elaborado por COBBE, 2021.

O destaque dado ao EEM, de acordo com a literatura especializada em Psiquiatria Forense, deve-se ao fato que o referido exame proporciona ao documento médico vitalidade e coesão à discussão apresentada pelo perito na apreciação de suas conclusões à autoridade requisitante (BARROS; CASTELLANA, 2020). Em razão disso, diversos laudos médico-periciais para EVCP, foram nomeados e redigidos com base nos dados e nas informações colhidas para o EEM, como demonstra o destaque do seguinte laudo:

Imagem 5 - Exame do estado mental

AVALIAÇÃO PSIQUIÁTRICA DE CTC

NOME: _____ Prontuário: _____
 FILIAÇÃO: _____ Data de Nascimento: _____
 DATA DO EXAME: _____

EXAME DO ESTADO MENTAL: comparece ao exame desambulando sem dificuldades motoras observáveis. Veste roupas em bom estado de conservação e de higiene, adequadas ao clima e ao evento. Cabelos cortados com assido. Apresenta-se em calma e sem queixas. Parâmetros de auto-orientação preservados (aqueles que referem-se a sua pessoa), bem como aqueles referenciais que exigem sua localização no tempo e no espaço encontram-se, da mesma forma, inalterados. Apresenta-se vigil, o que significa que seu nível de consciência, do ponto de vista neurológico, é sem turvação e tampouco rebatimento. Entende-se aqui que o termo « consciência », não está sendo tomado em suas acepções psicológicas e sociais, mas sim como termo médico neuropsiquiátrico. Demonstra interesse na realização do presente exame e procura responder a todas as perguntas que lhe são formuladas. Comunica-se com linguagem clara e inteligível. Utiliza vocabulário simples, compatível com seu nível sociocultural e mental. Pensamento sem a presença de alterações de conteúdos patológicos, como delírios. Tampouco manifesta alterações na esfera da sensopercepção, tais como vivências alucinatorias auditivas e sem visuais. Humor eutímico (normal), e sem embotamento. Sua psicomotricidade está coordenada. Ansiedade em nível esperado para a ocasião. Memória, atenção e concentração sem comprometimentos. Ao momento do exame não demonstra sinais de hostilidade para com o examinador. Conclusão: exame do estado mental **sem** alterações psicopatológicas ao momento em que o mesmo foi realizado.

Fonte: DPE/PR.

Embora não existam funções psíquicas isoladas e alterações psicopatológicas segmentadas (DALGALARRONDO, 2019), as principais alterações psicopatológicas, no âmbito do direito penal, são referentes à esfera afetiva, à esfera cognitiva e à esfera volitiva (BARROS; CASTELLANA, 2020). À vista dos diagnósticos que foram verificados nesta pesquisa (a serem discutidos no tópico referente ao diagnóstico positivo), a discussão se fundamenta nas alterações de sensopercepção, pensamento, juízo de realidade e vivência do eu e alterações do *self*.

Tabela 3 - Funções psíquicas no exame do estado mental atual

Funções mais afetadas nos transtornos psico-orgânicos	Funções mais afetadas nos transtornos do humor e da personalidade	Funções mais afetadas nos transtornos psicóticos
Nível de consciência Atenção Orientação Memória Inteligência Linguagem	Afetividade Vontade Psicomotricidade Personalidade	Sensopercepção Pensamento Juízo de realidade Vivência do Eu e alterações do <i>self</i>

Fonte: DALGALARRONDO, Paulo. Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2019, p. 68

Na amostra de laudos analisada, destacaram-se as alterações mais frequentes em transtornos psicóticos, em prevalência, as alterações da sensopercepção e do pensamento, como são discutidas no tópico 5.3.11, referente às conclusões periciais.

São alterações relativas às sensações. Podem ser alucinações, ilusões, despersonalização e desrealização. As alucinações são referentes às percepções que ocorrem na ausência de estímulo externo e podem ser de ordem auditiva, visual, táteis, olfativas e gustativas. Podem ser ilusórias quando se trata de percepção alterada de estímulo externo. A despersonalização é relativa à sensação de estranhamento a si mesmo

ou de algo. Já a desrealização é a sensação de que algo se alterou no ambiente de forma estranha (MOREIRA; BRANDÃO; BALDAÇARA, 2021).

O pensamento pode ser observado sob o entendimento do juízo, do raciocínio, do lógico, dedutivo e indutivo, intuitivo e crítico. As alterações do pensamento são diversas, podem versar sobre alterações dos conceitos, dos juízos e do raciocínio (desintegração, transformação e condensação dos conceitos), alterações dos juízos (deficiente ou prejudicado e de realidade ou de existência), mágico, dereístico e *wishful thinking*, inibido, vago, prolixo, concreto, deficitário (referente à deficiência intelectual), demencial, confusional, desagregado, obsessivo, ruminações; alterações sobre o processo de pensar (aceleração, lentificação, bloqueio, roubo ou fuga de ideias; alterações formais (afrouxamento de associações, descarrilhamento do pensamento, dissociação e incoerência, e desagregação do pensamento) e alterações sobre o conteúdo do pensamento (DALGALARRONDO, 2019).

Nas avaliações analisadas, destacam-se alterações do conteúdo do pensamento, que, de acordo com o que se verifica na clínica, são os principais conteúdos dessa alteração: a) pensamentos persecutórios, b) depreciativos, de ataque à autoestima, c) de poder, riqueza, grande ou missão, d) religiosos, místicos, mágicos, e) eróticos, sexuais, de ciúmes, f) de culpa, g) hipocondríacos (DALGALARRONDO, 2019).

5.3.8. Exames e avaliações complementares: da verificação do poder psiquiátrico por meio do poder de decidir monocraticamente

Os exames complementares dizem respeito aos exames prévios ou dos solicitados após o primeiro encontro de avaliador e avaliando, na hipótese de o perito considerá-los necessários para a finalização do laudo ou para auxiliar e dar estabilidade às suas considerações (TEIXEIRA; BARROS; CARVALHO, 2015). Neste quesito, constarão as descrições de resultados de exames laboratoriais – funcionais ou de imagem – e de testes neuropsicológicos aplicados (TABORDA; BINS, 2016).

Na forma da prática clínica, os exames complementares são exames de imagem como tomografia, ressonância magnética, tomografia computadorizada⁶², eletroencefalograma (EEG) com mapeamento, exames laboratoriais, dentre outros. Frequentemente, o médico psiquiatra os anui ao médico assistente, ou seja, àquele que se

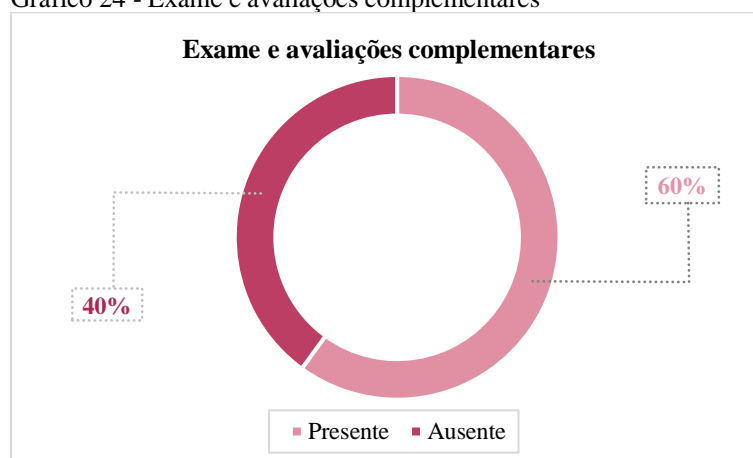
⁶² Conhecido pela sigla SPECT que faz referência ao nome inglês do exame “*Single photon emission computed tomography*” – SPECT.

responsabilizará pelo acompanhamento médico do caso de fato. Eventualmente, também podem ficar a cargo do clínico geral e de outros especialistas, como cardiologistas, pneumologistas, endocrinologistas e etc. nos ambulatórios de hospitais gerais (BARROS, 2020).

Sendo os resultados dos exames de solicitação de médico diverso, o art. 61 da Resolução CFM n.º 2.056/2013 dispõe que ficam obrigados a fornecer aos médicos peritos o acesso a exames complementares necessários para o esclarecimento do diagnóstico e a provisão do prognóstico, com o objetivo de resguardar conclusões médicas fundamentadas na ciência médica. E, ainda, fica desautorizado aos médicos peritos o desempenho de suas funções sem a garantia de meios de apoio que entendem como necessários. Assim, podem ser requeridos quaisquer exames ou, ainda, testes psicológicos que o perito entender como imprescindíveis para a conclusão da perícia médica (TEIXEIRA; BARROS; CARVALHO, 2015).

Nos laudos analisados, não foram verificados registros de exames de imagem, laboratoriais ou testagem psicológica. O exame pericial psiquiátrico fora juntado aos autos do respectivo caso acompanhado por outra avaliação em 60% das avaliações referente ao mesmo exame de verificação de cessação de periculosidade, ficando o restante somente com o laudo médico-pericial para apreciação do Juízo competente, como prevê o art. 175, inc. I e II, da LEP, o qual dispõe que a cessação de periculosidade é de competência da autoridade administrativa e que esta deverá encaminhar ao Juiz relatório detalhado que possibilite a decisão sobre a revogação ou permanência da medida e que este relatório será instruído com o laudo psiquiátrico.

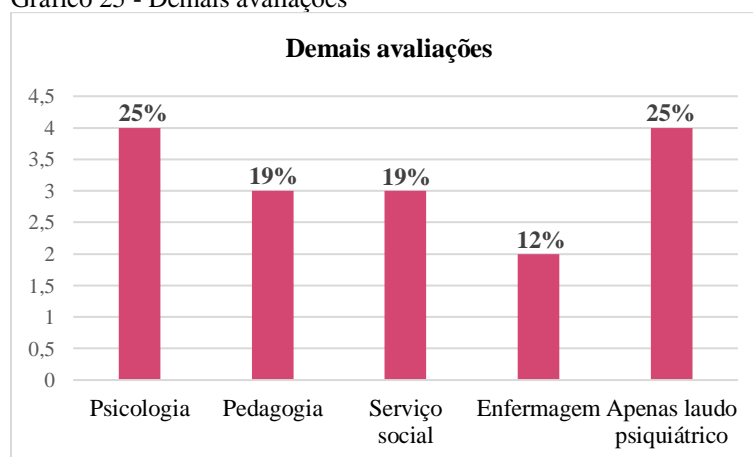
Gráfico 24 - Exame e avaliações complementares



Fonte: Análise da amostra de laudos psiquiátricos de EVCP elaborados no CMP/PR em 2018 e 2019 disponibilizados pela DPE/PR. Elaborado por COBBE, 2021.

Dos laudos que foram acompanhados por outras avaliações, foram encontradas avaliações do serviço de Psicologia, do Serviço Social, da Pedagogia e do setor da Enfermagem. No gráfico abaixo, é possível verificar que a especialidade que mais avalia para o exame de cessação de periculosidade, tendo em vista a obrigatoriedade da avaliação psiquiátrica, é a Psicologia; as especialidades da Pedagogia, do Serviço Social e, por fim, da Enfermagem têm participação menor.

Gráfico 25 - Demais avaliações



Fonte: Análise da amostra de laudos psiquiátricos de EVCP elaborados no CMP/PR em 2018 e 2019 disponibilizados pela DPE/PR. Elaborado por COBBE, 2021.

A ausência de avaliações de demais áreas no EVCP não corresponde ao preconizado pelo Decreto Estadual n.º 1276, de 31 de outubro de 1995. O Estatuto Penitenciário do Estado do Paraná, no qual infere a normatividade da interdisciplinaridade das avaliações na execução penal, como dispõe o art. 33, § 4.º, inc. VI, alínea “c”, a assistência penitenciária psicológica tem por objetivo ser prestada por profissionais habilitados, compreendendo, aplicação, levantamento, análise e conclusão de testes para elaboração de laudos e pareceres técnicos, para fins de exame criminológico e cessação de periculosidade, assim como, a assistência penitenciária laboroterápica, nos termos do art. 33, § 4.º, inc. VIII, alínea “e”, que dispõe pela elaboração de relatórios mensais de aproveitamento do assistido, apresentando informações à Comissão de Classificação e ao Conselho Disciplinar, condicionado à solicitação. No entanto, foi possível observar que há uma confusão na identificação dos documentos produzidos pela Psicologia, pois são identificados como “relatório psicológico”; porém, são resultado de avaliação psicológica.

Recentemente, na publicação das “Referências técnicas para atuação de psicólogos(os) no sistema prisional” (CFP, 2021), analisou as respostas de profissionais

sobre a interdisciplinaridade provenientes da questão “Qual sua percepção sobre a interdisciplinaridade na sua prática dentro no âmbito da execução penal?” e, de forma geral, a pesquisa realizada constatou que as respostas foram favoráveis, uma vez que a interdisciplinaridade é compreendida como uma forma de oferecer um serviço mais amplo no âmbito da execução penal, dado que oportunizaria a compreensão das mais variadas problemáticas que atravessam os sujeitos em pena privativa de liberdade.

Importa ressaltar que a interdisciplinaridade se opõe à uma perspectiva unidisciplinar ou especializada, por sua expressa limitação e, também, ultrapassa a compreensão da multidisciplinaridade, que compreende o emparelhamento de duas ou mais áreas do conhecimento para a compreensão de um fato ou fenômeno sem que haja diálogo entre as especialidades. A abordagem interdisciplinar propõe, assim como nesta pesquisa, uma possibilidade de conhecimento e compreensão de dado fenômeno em sua complexidade e seus diversos aspectos por meio dos diálogos das diversas áreas do conhecimento (BOCK, FURTADO e TEIXEIRA, 2020).

No entanto, o entendimento positivo das respostas indica um “falso positivo” da prática interdisciplinar na execução penal, visto que as respostas expõem uma dificuldade de implementação da lógica interdisciplinar na execução penal, comumente relacionada à falta de profissionais e ao desinteresse das equipes técnicas, à escassez de investimentos e à cultura punitivista, segmentativa, fragmentada e individualista nas práticas profissionais (CFP, 2021).

Na pesquisa realizada pelo CFP, como mais próxima à abordagem interdisciplinar, restou caracterizado o trabalho com equipes multiprofissionais, há práticas juntas a outros profissionais que se organizam em equipes técnicas, em destaque os trabalhos entre a Psicologia e o Serviço Social, pois se demonstrou a parceria que trabalha multiprofissionalmente de forma mais sólida e abrangente (CFP, 2021).

A dificuldade retratada na pesquisa reflete a prática da Psiquiatria em âmbito prisional e a literatura médica revela o olhar e o desvalor dirigido às avaliações psicológicas. Assim, de acordo com BARROS (2020), as avaliações neuropsicológicas cognitivas são indicadas em três situações bastante específicas: a) quando há dúvidas quanto ao comprometimento cognitivo do paciente, especialmente quando se trata de crianças e idosos; b) com a finalidade de orientação psicopedagógica para determinar o grau e o tipo de comprometimento cognitivo; c) para avaliação da progressão de perda de funções decorrentes de lesões cerebrais, especialmente em avaliações de pré e pós-operatório de alguns tipos de neurocirurgia. No entanto, ainda de acordo com o mesmo

autor, para fins diagnósticos o uso de testes projetivos e outras técnicas são recomendados apenas em situações de triagem ou pesquisa, pois pouco acrescentam à clínica.

Além disso, a jurisprudência reafirma a aliança entre Direito e Psiquiatria, como é possível verificar na decisão da 1ª C. Criminal, TJPR:

RECURSO DE AGRAVO - EXECUÇÃO PENAL - PEDIDO DE LEVANTAMENTO DA MEDIDA DE SEGURANÇA - IMPOSSIBILIDADE - AVALIAÇÃO MULTIDISCIPLINAR DESFAVORÁVEL A DESINTERNAÇÃO - PEDIDO SUBSIDIÁRIO DE INTIMAÇÃO DOS PERITOS E REALIZAÇÃO DE NOVO EXAME - IMPOSSIBILIDADE - SUPRESSÃO DE INSTÂNCIA - RECURSO DESPROVIDO. Em que pese os argumentos levantados pela Defesa, razão não assiste ao Recorrente. A Lei 10.216/2001, surgiu para estabelecer parâmetros nos tratamentos de portadores de transtornos mentais, estabelecendo um modelo de tratamento "extra-hospitalares", ou seja, exercer um tratamento em unidades de serviço comunitária, buscando a reinserção e convívio social. Entretanto, em momento algum a internação em complexo médico penal foi abolida, como quer fazer crer a Defesa, pois, nos casos onde persiste a periculosidade do paciente a internação em ambiente apropriado é a medida que se impõe. Como no caso dos autos, a avaliação multidisciplinar atestou a incapacidade do Recorrente avaliar o alcance e gravidade de seus atos, bem como, sua incapacidade para exercer controle sobre sua impulsividade, com elevado potencial agressivo, podendo eclodir em situações em que é contrariado. **Por oportuno, cumpre esclarecer que, ainda que em avaliação pedagógica e social o laudo apresente fatores positivos, não significa que a desinternação é a medida cabível, pois, dentro de todo um contexto o bom convívio social, por ora, está prejudicado.** (TJPR - 1ª C.Criminal - RA - 1250211-3 - Foro Central da Comarca da Região Metropolitana de Curitiba - Rel.: Antonio Loyola Vieira - Unânime - - J. 27.11.2014, grifo nosso)

5.3.9. Diagnóstico positivo

O sintoma em psicanálise é uma autoavaliação que aquele que sofre faz de si mesmo na relação com o analista, na transferência analítica. Portanto, não é universal, é o que há de mais singular. Por isso não está nos manuais diagnósticos e estatísticos de classificação DSM-V e CID-10.

Jorge Sesarino

O diagnóstico psiquiátrico é proveniente do pensamento hipotético-dedutivo que inaugurou a linguagem científica no século XIX e a medicina moderna. A Psiquiatria manteve sua estrutura baseada em sintomas que não mais se sustentava, pois essa classificação era diferente de escola para escola. Então, uma mudança paradigmática era necessária (CAMARA, 2007).

Kraepelin (1856-1926) reformulou a Psiquiatria por meio da observação de como os sintomas se organizavam e identificam uma doença mental específica, caracterizando padrões ou síndromes (complexos sintomáticos) que possibilitam um diagnóstico preciso. Em suas pesquisas, iniciou a utilização de métodos de mensuração

para descrever e confrontar quadros clínicos. O regresso da Psiquiatria a esse método estabeleceu a estrutura diagnóstica em um método clínico estatístico e uma classificação uniforme, que é utilizado como instrumento de pesquisa e epidemiológico. E, hoje, é aceito internacionalmente (CAMARA, 2007).

Enfim, a ideia que norteia os parágrafos anteriores é a de que o diagnóstico psiquiátrico deve ser um processo fundamentalmente objetivo, lógico, com base em sinais e sintomas claramente perceptíveis, passível de ser entendido e criticado pelo leigo, em vez de dotado de características fantasiosas, mágicas, pelas quais poderia ser formulado apenas por pessoas que entendessem os mistérios da mente e os fenômenos inconscientes (ABDALLA-FILHO *et al.*, 2016).

Nos dias de hoje, existem dois grandes sistemas diagnósticos: o posto pela *American Psychiatric Association* (APA), conhecido como Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais ou DSM, e o colocado pela OMS, chamado de Classificação de Transtornos mentais e de comportamento da CID-10.

Para o Manicômio Judiciário de São Paulo são enviadas centenas de pessoas que juízes julgaram loucas (sem que saibamos o que entendem por loucura, sendo ali submetidas a um processo contínuo de degradação e desumanização. Além de perder a cidadania (se um dia a teve), como “louco” o preso perde a humanidade (CHAUI, 2019, p. 88)⁶³.

Em cada transtorno elencado pela CID-10, é produzida uma descrição das características clínicas principais e outras demais características associadas incomuns (porém, menos específicas). As “diretrizes diagnósticas” são disponibilizadas, na maioria dos casos, com a indicação do número e a mobilidade de sintomas usuais necessários antes que um diagnóstico fidedigno seja definido. Informações relativas à duração dos sintomas também são utilizadas como diretrizes gerais mais frequentemente do que os requisitos estritos. A duração da presença de sinais e sintomas acerca da classificação diagnóstica devem ser julgados pelos próprios clínicos em particular sejam um pouco mais longos ou mais curtos que a especificadas pela CID-10 (OMS, 1993).

As diretrizes são redigidas de forma que um grau de flexibilidade seja mantido para a aferição de diagnósticos clínicos, especialmente nas situações nas quais um diagnóstico provisório possa ser necessário antes de o quadro clínico se apresentar claro ou com informações necessárias completas levantadas para aferição. Quando os

⁶³“Sobre a violência: o Manicômio Judiciário de São Paulo”, originalmente publicado no jornal *Folha de São Paulo*, em de 21 de fevereiro de 1984, p. 02.

requisitos descritos nas diretrizes diagnósticas são observados no caso em análise e claramente satisfeitos, o diagnóstico pode ser considerado fidedigno (OMS, 1993).

Quando eles são parcialmente observados, para a maioria dos objetivos em que é requisitada a propositura de um diagnóstico, é válido registrar o diagnóstico. No entanto, é de decisão do clínico e dos outros usuários das proposições diagnósticas, a decisão sobre o registro ou não dos diagnósticos de menor confiabilidade, como são “provisórios” se pressupõem o levantamento de mais informações ou a possibilidade de colhimento de mais informações são tão improváveis de disponibilidade que estão implícitos nessas circunstâncias (OMS, 1993).

O termo “transtorno” foi adotado por toda a classificação, com a finalidade de evitar questões inerentes ao uso de termos como “doença” ou “enfermidade”. O termo escolhido para a classificação não se caracteriza como um termo exato, porém é empregado para indicar a existência de um grupo de sintomas ou de comportamentos clinicamente reconhecível associado frequentemente vinculados a casos de sofrimento e interferência com funções pessoais. Os termos “comprometimento”, “incapacidade” e “prejuízo” também são utilizados com base nas recomendações do sistema adotado pela OMS. Eventualmente, nos tópicos nos quais sejam justificados pela condição clínica, os termos são usados de forma mais ampla. Os desvios ou conflitos sociais isolados, sem a presença de disfunção pessoal, não devem ser compreendidos como transtorno mental, como aqui definido (OMS, 1993).

Importa ressaltar que as descrições e diretrizes clínicas não implicam em opções teóricas e não têm a intenção de colocar-se como proposta completa acerca do estágio atual do conhecimento dos transtornos mentais. A CID-10 é um conjunto de sintomas e comentários compreendidos em conformidade e com a anuência de um grande número de conselheiros e consultores de diferentes países, constituindo-se como uma base razoável de definição na classificação de transtornos mentais (OMS, 1993).

Os transtornos mentais (ou as doenças mentais, como muitos ainda se referem) são condições de saúde que compreendem alterações de âmbito emocional, do pensamento, do comportamento ou, ainda, da combinação destas alterações, que causam sofrimento à pessoa, às pessoas próximas e afetam as atividades cotidianas, como trabalhar, estudar, ter atividades sociais, familiares e autocuidado (BALDAÇARA e TUNG, 2021).

O conceito de “doença” refere-se a uma condição etiopatogênica específica com conteúdos biomédicos. Ou seja, quer dizer que uma “doença” precisa necessariamente ter

uma origem biológica definida, com quadro clínico e fisiopatologia em congruência com evidências científicas e de valor clínico. Frequentemente é usada quando há alterações físicas e/ou anatomopatológicas que podem ser comprovadas por meio de exames médicos. Na área médica, o diagnóstico apresenta importante função, pois define estratégias terapêuticas e suas implicações prognósticas (BALDAÇARA e TUNG, 2021).

O termo “transtorno” (do inglês “*disorder*”), que também se refere a distúrbio, é um conceito intermediário entre doença e síndrome, correspondendo à consistência, correlação e significância. Em uma escala médica hipotética, o “transtorno” está mais próximo à doença pela delimitação mais objetiva da descrição clínica e das possibilidades etiológicas menos difusas, se comparadas às síndromes⁶⁴. Contudo, diferencia-se de doença por não apresentar uma definição etiológica e fisiopatológica objetiva. O termo adotado tem sido utilizado sob a justificativa de que os critérios diagnósticos em Psiquiatria frequentemente são de respaldo subjetivo e em sua maioria não apresentam alterações biológicas que os comprove (BALDAÇARA e TUNG, 2021).

Os críticos à terminologia vigente insistem em utilizar o termo “doença”, uma vez que o termo “transtorno”, sob respectiva crítica, é vago e pode levar ao entendimento de que muitas das condições não precisam de tratamento ou se tratam de situações não patológicas que não devem ser consideradas como “problemas” (BALDAÇARA e TUNG, 2021).

É preciso destacar que tal crítica é infundada e que a manutenção do termo “doença” provoca importantes implicações legais, criminais e éticas em Psiquiatria e Psicologia Forense, que definem o destino social, institucional e legal de uma pessoa, inclusive a perda de sua autonomia. O termo “doença” fora criticado pela Psiquiatria e Psicologia Clínica porque implica em alterações patológicas anatômicas, fisiológicas ou histológicas cerebrais, as quais diversas condições psicopatológicas não apresentam, por isso, convencionou-se o uso do termo “transtorno” (DALGALARRONDO, 2019).

Além disso, o uso do termo marca uma mudança paradigmática do entendimento sobre as condições de saúde do indivíduo, pois o conceito de normalidade em psicopatologia envolve a própria definição do que é saúde e doença. Por isso, no século XIX, utilizava-se o termo “alienação”, de origem jurídica; no século XX, usou-se o termo

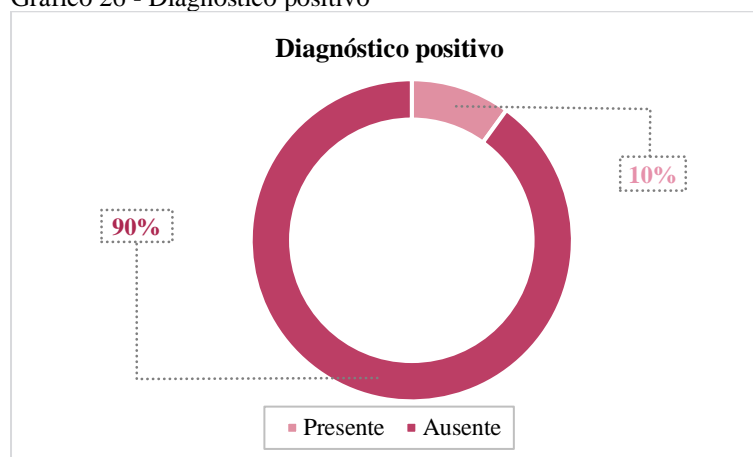
⁶⁴ De acordo com os autores, “uma síndrome seria um conjunto de sintomas que aparecem em conjuntos relativamente estáveis nos sintomas e descrição clínica, porém com possibilidades etiológicas e fisiopatológicas muito díspares” (BALDAÇARA e TUNG, 2021, p. 02).

“doença mental”; e nas últimas décadas, passou-se a usar o termo “transtorno mental” (DALGALARRONDO, 2019).

De acordo com o proposto pelo CFM, a codificação do diagnóstico positivo a ser usada nos laudos médico-periciais é a preconizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), oficialmente adotada no Brasil (TABORDA; BINS, 2016). A semiologia psicopatológica é a área do conhecimento que pesquisa os sinais e sintomas dos transtornos mentais (DALGALARRONDO, 2019).

De acordo com o levantamento de dados sobre o diagnóstico psiquiátrico, apenas um laudo analisado constou o diagnóstico positivo de acordo com a CID-10; por isso, para devida análise, foram necessários usar como apoio a sentença e o laudo de sanidade mental.

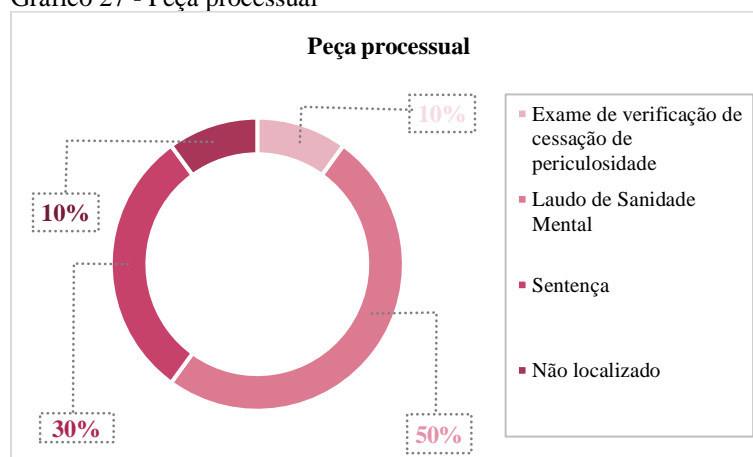
Gráfico 26 - Diagnóstico positivo



Fonte: Análise da amostra de laudos psiquiátricos de EVCP elaborados no CMP/PR em 2018 e 2019 disponibilizados pela DPE/PR. Elaborado por COBBE, 2021.

Foram consultadas outras peças processuais como sentença e laudo de sanidade mental, na proporção que pode ser verificada no gráfico abaixo:

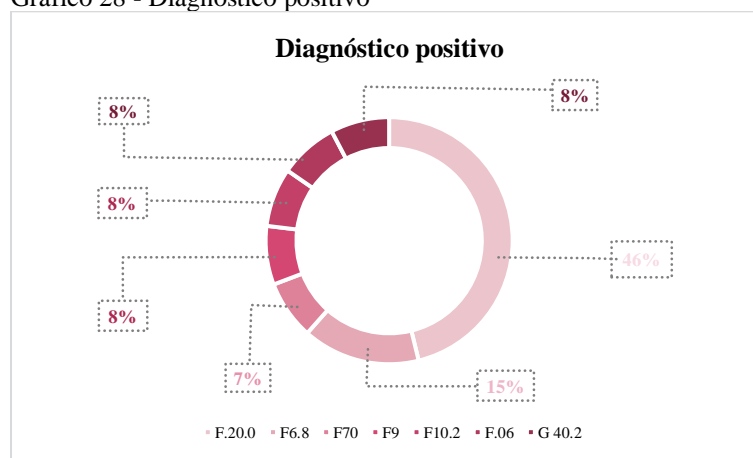
Gráfico 27 - Peça processual



Fonte: Análise da amostra de laudos psiquiátricos de EVCP elaborados no CMP/PR em 2018 e 2019 disponibilizados pela DPE/PR. Elaborado por COBBE, 2021.

Em relação ao diagnóstico, ainda ressoa o estigma do “doente mental” clássico, o psicótico, hoje classificado como F20.0, de acordo com a CID-10: Esquizofrenia paranoide. Contudo, outros diagnósticos também são encontrados, tais como: F06 (outros transtornos mentais decorrentes de lesão e disfunção cerebrais e doença física) e F06.8 (outros transtornos mentais especificados, decorrentes de lesão e disfunção cerebrais e doença física), F10.2 (Transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substância psicoativas – síndrome de dependência), F9 (transtorno mental orgânico ou sintomático não especificado), F70 (retardo mental leve), G40.2 (epilepsia e síndromes epiléticas sintomáticas definidas por sua localização (focal) (parcial) com crises parciais complexas) – de acordo com CID-10 (OMS, 2016).

Gráfico 28 - Diagnóstico positivo



Fonte: Análise da amostra de laudos psiquiátricos de EVCP elaborados no CMP/PR em 2018 e 2019 disponibilizados pela DPE/PR. Elaborado por COBBE, 2021.

De acordo com a CID-10 (1993), a Esquizofrenia (F20) é o transtorno mais comum deste grupo. Os transtornos esquizofrênicos apresentam como sintomas alterações do pensamento, da percepção e do afeto (inadequado ou embotado). A consciência pode se manter clara e preservada, bem como, a capacidade intelectual é frequentemente mantida, embora possam surgir alguns déficits cognitivos no decorrer do tempo. As alterações funcionais, que possibilitam à pessoa que não apresenta este transtorno a individualidade, unicidade e de autonomia de si mesmo, nas pessoas acometidas por este transtorno, os pensamentos, os sentimentos e atos mais íntimos são experienciados como de conhecimento ou compartilhado com todos, podendo-se desenvolver delírios explicativos.

Estima-se a prevalência da Esquizofrenia no decurso de vida entre 0,3 a 0,7%, embora haja variação entre as etnias, entre países e origem geográfica, demonstrada entre imigrantes e filhos de imigrantes. Entre os sexos, estudos em amostra e populações apontam que o sexo masculino apresenta taxas mais elevadas de incidência, mais sintomas negativos e maior duração. Embora, ambos os sexos demonstrem possibilidade de melhor prognóstico (GRANDI; BALDAÇARA, 2021)

A Esquizofrenia paranoide (F20.0) é a mais comum em muitos países. O quadro clínico é marcado por delírios relativamente estáveis e frequentemente de cunho persecutório, frequentemente junto às alucinações, geralmente auditivas, e perturbações do afeto e da volição.

São padrões de sintomas paranoides mais comuns:

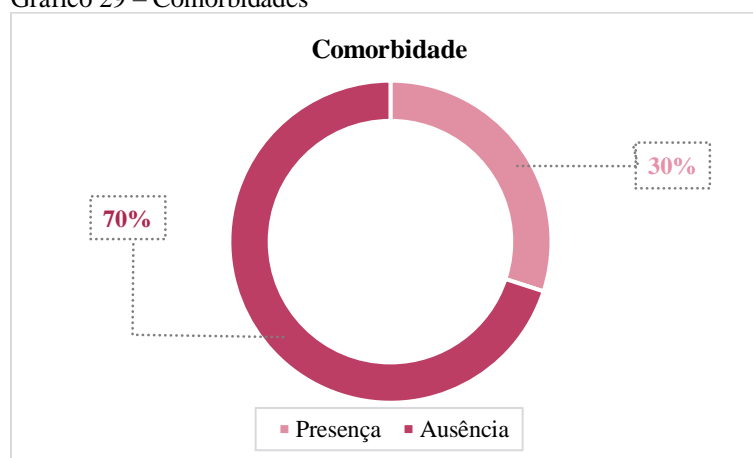
- a) delírios de perseguição, referência, ascendência importante, missão especial, mudança corporais ou ciúmes;
- b) vozes alucinatórias que ameaçam o paciente ou lhe dão ordens ou alucinações auditivas sem conteúdo verbal, tais como assobios, zunidos ou risos;
- c) alucinações olfativas ou gustativas, de sensações sexuais ou outras corporais, alucinações visuais podem ocorrer, porém raramente são predominantes (OMS, 1993, p. 88).

As etapas do diagnóstico diferencial do DSM-5 possuem seis etapas: a) excluir a simulação e o transtorno factício; b) excluir uma etiologia de substância; c) excluir uma condição médica etiológica; d) determinar o(s) transtorno(s) primário (s) específico(s) e diferenciar o transtorno de adaptação das outras condições especificadas e não especificadas residuais; e f) estabelecer o limite em relação à inexistência de transtorno mental (FIRST, 2015). Nos diagnósticos de esquizofrenia, é importante o diagnóstico diferencial atentar-se para a exclusão das psicoses epilépticas e induzidas por substância.

Além disso, deve-se compreender os delírios persecutórios, pois em locais ou culturas determinados, podem receber um pequeno peso diagnóstico em pessoas de certos países ou culturas (OMS, 1993).

A comorbidade (do inglês *comorbity* ou *co-occurring disorders*; mas que também apresenta outras origens como: *dual diagnose* [USA], *concurrent disorders* [Canadá]) é um termo forjado para designar a averiguação de diagnósticos de duas doenças coexistentes em uma pessoa (CORDEIRO; DIEHL; MARI, 2019) e foram passíveis de verificação nos laudos analisados.

Gráfico 29 – Comorbidades



Fonte: Análise da amostra de laudos psiquiátricos de EVCP elaborados no CMP/PR em 2018 e 2019 disponibilizados pela DPE/PR. Elaborado por COBBE, 2021.

Na amostra analisada, foram encontrados os seguintes pares comórbidos: F70 (retardo mental leve) + F09 (transtorno mental orgânico ou sintomático não especificado); F06 (outros transtornos mentais decorrentes de lesão e disfunção cerebrais e doença física) + G 40.2 (epilepsia e síndromes epiléticas sintomáticas definidas por sua localização (focal) (parcial) com crises parciais complexas), F20.0 (Esquizofrenia paranoide) + F10.2 Transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de álcool e síndrome de dependência.

Está descrito na literatura que é frequente encontrar correlacionados o uso de substância psicoativa, transtornos como esquizofrenia, transtorno do humor, transtornos de ansiedade, transtornos alimentares, transtornos de personalidade, transtornos de conduta e de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH). Nos portadores de transtornos mentais graves, como esquizofrenia e transtorno bipolar, mesmo que em usos eventuais e pequenas doses, o uso de substâncias pode provocar e estimular piores consequências

em comparação às causadas a pessoas sem tais transtornos (CORDEIRO; DIEHL; MARI, 2019).

Por uma questão de recorte, destacam-se as comorbidades relativas aos transtornos associados à substância, em especial as citadas no tópico referente à história pessoal: álcool, maconha e *crack*. Assim, de acordo com a literatura psiquiátrica, a dependência química é uma doença crônica e recidiva, na qual o uso continuado produz mudanças na estrutura e no funcionamento cerebral. As mudanças ocasionadas na estrutura e no funcionamento cerebral fundamentam as “anormalidades” comportamentais relacionadas à dependência. As alterações proporcionam ou exacerbam comportamentos compulsivos que, anteriormente, nada ou pouco interferiam no cotidiano e com as pessoas do seu convívio, direcionando a maior busca pela substância e dificultando sua capacidade de não as usar, mesmo quando o efeito do uso esperado, é menos gratificante ou já apresenta interferências significativas em outras atividades (LARANJEIRA, 2012).

Com relação ao álcool, é uma substância legalizada, que tem poder de intoxicação e produção de dependência. São esses dois mecanismos importantes que originam os problemas agudos e crônicos relacionados ao beber. Por ser aceito socialmente, quantitativamente os usuários de álcool são significativamente maiores do que comparados a qualquer outra substância, tornando seu consumo exacerbado em um dos maiores problemas de saúde pública do Brasil – trazendo consequências sociais e também problemas de saúde e morte (PERRENOUD; RIBEIRO, 2019).

A maconha é a droga ilícita mais utilizada do mundo. Em relação ao Brasil, a prevalência é de 25% na população adulta e de 3,5% entre os adolescentes, enquanto o uso durante a vida é de 4,3% na adolescência e de 6,8% entre os adultos. Sendo que seu primeiro contato com a droga costuma ocorrer durante a adolescência. Apesar dos canabinoides apresentarem grande potencial para diversas condições, o seu uso recreativo pode levar os usuários a desenvolverem sintomas psiquiátricos agudos e dependência química. Cientificamente, ainda há controvérsia em relação à questão de a maconha poder originar transtornos psiquiátricos após a interrupção de seu uso. No entanto, é aceito cientificamente que seu uso regular, ou seja, cotidianamente, pode ocasionar problemas cognitivos, psicossociais e de saúde em uma parcela de sujeitos vulneráveis (ZUARDI; SOUZA; SOUZA, 2019).

A aderência ao uso do *crack* conquistou determinada clientela de usuários atraídos pelo preço reduzido em relação à cocaína, alguns devido à busca por novas

experiências, mais intensas e outros foram envolvidos pela via de administração, não injetável como a cocaína, tendo receio da contaminação pelo HIV e optando pelo *crack* como alternativa. O perfil clássico do usuário de *crack* é de pessoa do sexo masculino, jovem e adulto, com baixa escolaridade, classe social de baixa renda, desempregado e de origem familiar com problemas interrelacionais e geracionais. No entanto, o uso desta substância tem sido observado em pessoas cada vez mais jovens e em todas as classes sociais. É uma droga de fácil acesso cujo uso é precedido pelo consumo de álcool e/ou tabaco. Dentre os usuários de *crack*, o padrão compulsivo de consumo é o mais frequente, chegando a durar vários dias em diversos episódios, intervalados, muitas vezes, por crimes patrimoniais para compra e uso de mais substância; a interrupção ocorre devido à exaustão física e psicológica (PERRENOUD; RIBEIRO, 2012; RIBEIRO *et al.*, 2012).

De acordo com a Psiquiatria, quatro elementos podem explicar o uso de drogas e transtornos mentais, estando eles, de acordo com a tabela abaixo:

Tabela 4 - Por que o uso de drogas e os transtornos mentais geralmente co-ocorrem?

Por que o uso de drogas e os transtornos mentais geralmente co-ocorrem?	
Sobreposição de vulnerabilidade genéticas	Evidências sugerem que fatores genéticos comuns podem predispor os indivíduos a desenvolver transtornos mentais e dependência de substâncias ou a ter um risco maior de desenvolver um transtorno depois que o primeiro aparece. Um exemplo é o gene COMT, conhecido por modular o risco para esquizofrenia, o qual pode ser apresentado em duas formas: metionina e valina. Indivíduos com um ou duas cópias de variante valina são mais suscetíveis ao desenvolvimento de sintomas de psicose e até mesmo de transtornos do tipo esquizofrenia se usarem <i>Cannabis</i> durante a adolescência.
Sobreposição de gatilhos ambientais	A sobreposição de gatilhos ambientais pode ser observada com estresse, trauma (p. ex., abuso físico ou sexual, maus-tratos físicos e emocionais) e exposição precoce às drogas, que são fatores comuns que podem levar a dependência e doenças mentais, particularmente naqueles com maiores vulnerabilidades genéticas subjacentes.
Envolvimento de regiões cerebrais semelhantes	Algumas áreas do cérebro são afetadas tanto pelo uso de drogas como pelos transtornos mentais. Por exemplo, circuitos cerebrais ligados ao processamento de recompensa, assim como aqueles ligados a resposta ao estresse, são afetados pelo uso de substâncias e também existem anormalidades específicas nos transtornos mentais.
O uso de drogas e os transtornos mentais são doenças desenvolvimentais	O que explica isso é o fato de geralmente começarem na adolescência ou mesmo na infância, períodos em que o cérebro ainda está passando por drásticas mudanças de desenvolvimento. A exposição precoce ao uso de substâncias pode mudar o cérebro de maneira a aumentar o risco da doença mental, assim como sintomas precoces de um transtorno mental podem aumentar a vulnerabilidade ao uso de drogas.

Fonte: *National Institute on Drug Abuse* apud CORDEIRO; DIEHL; MARI, 2019, p. 77.

Em relação ao tratamento em saúde mental, de acordo com a Psiquiatria, é importante:

Todos os modos de atendimento que privilegiam um em detrimento do outro mostraram-se ineficazes nesse sentido centros especializados para tratamento

ambulatorial ou internação, ambos com uma equipe multidisciplinar, são tão importantes quanto moradias assistidas centros para reabilitação vocacional e grupos de autoajuda. **A relevância de cada um dos modelos ou do tipo de combinação entre eles varia durante as fases do tratamento dos dependentes** – Para um recém chegado, a desintoxicação em ambiente de internação talvez seja o mais importante; 15 Dias depois, o ambulatório especializado e o grupo de autoajuda podem passar a ocupar a maior parte do tempo de tratamento; 6 meses, uma moradia assistida que continue a estruturá-lo na abstinência, enquanto procura um emprego ou se atualiza profissionalmente, pode se tornar um equipamento de saúde diferencial para sua recuperação (LARANJEIRA, 2012, p. 28, grifo nosso).

A intervenção psiquiátrica é, como pensado pelo Direito Penal moderno, usada em *ultima ratio*, quando os serviços de saúde de atenção primária e secundária se mostraram insuficientes para proporcionar necessário cuidado ao paciente. Dentro desta perspectiva, a hospitalização coloca-se como um ambiente controlado, capaz lidar com momentos de crises decorrentes do transtorno mental, que possam expor moral e fisicamente o indivíduo ou trazer riscos a terceiros (LIMA; FRIEDRICH; PACHECO; SPANEMBERG, 2021).

Dessa forma, são indicações para internação psiquiátrica apenas o que indica a tabela a seguir:

Tabela 5 - Situações que indicam internação psiquiátrica

Situações que indicam internação psiquiátrica
Risco de suicídio
Risco de autoagressão ou heteroagressão
Incapacidade de autogestão
Exposição moral ou financeira
Refratariedade ao tratamento
Patologia de difícil controle
Exaustão familiar

Fonte: LIMA; FRIEDRICH; PACHECO; SPANEMBERG, 2021, p. 02.

A intervenção médica hospitalar não envolve apenas o paciente internado, mas também seu transtorno mental, planejamento terapêutico, aderência aos tratamentos que apresentam um conjunto de interações, significativas no seu prognóstico, com a equipe, entres os pacientes, os familiares e o ambiente. A hospitalização faz emergir dificuldades individuais, medos, anseios, estigmas e resistências, frente a esse recurso conhecido ou desconhecido pelo paciente (LIMA; FRIEDRICH; PACHECO; SPANEMBERG, 2021).

As pessoas portadoras de transtorno mental frequentemente sofrem com estigma e apresentam dificuldades para desenvolver atividades laborativas e sociais. Alguns transtornos podem se mostrar bastante limitados em seus efeitos funcionais, enquanto outros podem apresentar necessidades substanciais de incapacidade e apoio. A

capacidade ou incapacidade varia ao longo do tempo e em diferentes quesitos da vida cotidiana. Além disso, as pesquisas apontam que a incapacidade prolongada tem se demonstrado associada à institucionalização, discriminação, exclusão social e aos efeitos inerentes (BALDAÇARA e TUNG, 2021).

Diversos modelos teóricos foram propostos para compreender e explicar a incapacidade e funcionalidade. Os modelos expõem uma dialética entre “modelo médico” *versus* “modelo social”. Assim, o primeiro modelo entende a incapacidade como um problema inerente à pessoa, de origem do nexos causal entre doença, trauma ou estado de saúde e o indivíduo, requerendo assistência médica por meio do tratamento individual. Nesse modelo, os cuidados em relação à incapacidade têm por finalidade a cura ou adaptação do indivíduo e sua mudança de comportamento. É centralizado na assistência médica e, em nível político, na principal resposta é na modificação ou reforma da política de saúde. Por sua vez, o modelo social de incapacidade, avalia a questão principalmente como um problema de origem social e uma questão de integração do indivíduo pela sociedade (OMS, 2020).

Dessa forma, considera-se:

A incapacidade não é um atributo de um indivíduo, mas um conjunto completo de condições, muitas das quais criadas pelo ambiente social. Assim, o enfrentamento do problema requer ação social e é responsabilidade coletiva da sociedade fazer as modificações ambientais necessárias para a participação plena das pessoas com incapacidades em todas as áreas da vida social. Portanto, é uma questão de atitude ou de ideologia que requer mudanças sociais que, em nível político, se transformam em questões de direitos humanos. De acordo com esse modelo, a incapacidade é uma questão política (OMS, 2020, p. 34, grifo nosso).

A Classificação Internacional de Funcionalidade, incapacidade e saúde (CIF) fundamenta-se no diálogo dos modelos opostos. Emprega-se, do ponto de vista “biopsicossocial”, com o objetivo de integrar várias perspectivas de funcionalidade. Assim, a CID coloca para si, o objetivo de uma síntese que proporcione uma visão coerente das diferentes formas de compreensão sobre saúde, sob uma perspectiva biológica, individual e social (OMS, 2020).

Embora o objetivo principal da construção da elaboração científica de critérios diagnósticos dos manuais tenha sido auxiliar os clínicos no direcionamento da avaliação clínica, formulação do caso, planejamento do plano terapêutico e prognóstico, este manual também é usado como referência por juristas (APA, 2014).

Por isso, algumas advertências são destacadas no próprio DSM-5 sobre sua utilização forense:

O uso do DSM-5 por indivíduos que não atuam na área clínica, ou cuja formação ou treinamento na área é insuficiente, para avaliar a presença de um transtorno mental não é recomendado. AS pessoas com poder de decisão fora do âmbito clínico também devem ser alertadas de que um diagnóstico não traz em si quaisquer implicações necessárias com relação à etiologia ou às causas do transtorno mental do indivíduo ou do grau de controle que este tem sobre comportamentos que podem estar associados ao transtorno. Mesmo quando a diminuição do controle sobre o próprio comportamento é uma **característica do transtorno, o fato de ter o diagnóstico por si só, não indica que a pessoa necessariamente é (ou foi) incapaz de controlar seu comportamento em determinado momento** (APA, 2014, p. 25, grifo nosso).

Quando realizados e utilizados apropriadamente, os diagnósticos e as informações levantadas podem auxiliar a decisão em âmbito forense em suas deliberações (APA, 2014). No entanto, tendo sido superadas as diferenças quanto ao exame criminológico e o exame de cessação de periculosidade, uma vez que, de acordo com quem os executa, não há diferença entre os exames, verificado através da identificação dos laudos analisados, ao exigir do apenado a submissão ao exame criminológico, como requisito para obtenção de progressão de regime ou livramento condicional, fica evidente a inobservância ao princípio da dignidade da pessoa humana, ao respeito à integridade física e moral e da privacidade (PENIDO; GONÇALVES, 2015).

Pois já é de conhecimento que estes exames ou pareceres criminológicos eram, na absoluta maioria, inválidos e, portanto, ilegais sob diversos aspectos qualitativo, quantitativo, científico e ético: a) impossibilidade de auferir a periculosidade do preso e método ultrapassado; b) falta do cumprimento do critério técnico para o exame / parecer criminológico; c) acúmulo irregular de funções; d) causa do atraso da concessão dos benefícios de direito (PENIDO; GONÇALVES, 2015).

Não há evidências científicas na literatura internacional que sustentem a periculosidade de um indivíduo como uma condição vinculada à classificação psiquiátrica para o sofrimento mental. Periculosidade é um dispositivo de poder e de controle dos indivíduos, um conceito em permanente disputa entre os saberes penais e psiquiátricos. É em torno desse dispositivo, no meu entender antes moral que orgânico ou penal, que o principal resultado do censo se anuncia. Diagnóstico psiquiátrico e tipo de infração penal não andam juntos: indivíduos com diferentes diagnósticos cometem as mesmas infrações (DINIZ, 2013, p. 15, grifo nosso).

Uma classificação de doenças, tanto o CID-10 quanto DSM-5, são sistemas de categorias para quais as enfermidades são alocadas, com base nos critérios estabelecidos e descritos. A CID é utilizada para a tradução de diagnósticos, a partir de um código, o

que viabiliza o arquivamento, a recuperação e a análise de informações mais facilmente. “O propósito da CID é permitir a análise sistemática, a interpretação e a comparação dos dados de mortalidade e morbidade coletados nos diferentes países ou áreas e em diferentes épocas” (OMS, 2018, p. 03). Portanto, nenhum conceito ou ser humano pode ser reduzido ao código alfanumérico que se opte a usar.

5.3.10. Comentários médico-legais: a que cura se referem?

Os comentários médico-legais são esclarecimentos do médico examinador sobre a relação entre a conclusão médica e as normas jurídicas que regem o objeto da perícia (TABORDA; BINS, 2016). O quesito está presente em todos os laudos e versam sobre “a doença incurável”.

A ideia de cura está altamente vinculada à abstinência no âmbito psiquiátrico⁶⁵, principalmente ao se tratar de sujeito em conflito com a lei penal. Neste sentido, sob o ponto de vista médico, os toxicômanos precisam livrar-se do consumo de drogas para serem considerados curados. Assim, é preciso considerar uma premissa quase inquestionável: a dependência química é uma doença incurável que somente pode ser controlada. Tendo como base esse pensamento, afirmamos que a dependência desconsidera o sujeito em questão e coloca em destaque a droga. Neste sentido: com droga=doença, sem droga=cura. Do ponto de vista psicanalítico, a cura está relacionada com a mudança subjetiva do sujeito. Assim, nos afastamos do paradigma predominante e passamos a considerar a relação do sujeito com o tóxico, pois, o uso abusivo de drogas se constrói e se coloca como sintoma do sujeito, ou seja, quando o consumo de drogas se tornar solução para os conflitos psíquicos (TOROSSIAN, 2004).

Em um Estado Democrático de Direito, após a positivação e materialização da reforma psiquiátrica, beira o impensável a possibilidade da volta dos manicômios e que ainda há pessoas nessa situação. Porém, de acordo com a obra “Holocausto Brasileiro”, o Brasil já matou mais de 60 mil pessoas em situação manicomial – até mesmo de fome. Ainda, ideias legislativas proibicionistas ainda assombram o Congresso brasileiro. Ações repressivas e mortíferas contra dependentes são veiculadas pela mídia, como ocorreu na Cracolândia - em São Paulo - durante a gestão do Prefeito João Doria (PSDB), na qual

⁶⁵ O mesmo se aplica nos demais transtornos mentais nos quais há outras formas de alteração psicopatológica.

não colocou fim ao local e aos dependentes, apenas os dispersou do Centro Histórico da cidade.

No entanto, na lógica penal, constrói-se, tal como em “Vigiar e Punir”, o vigiar e curar os dependentes. Esta lógica também se encontra presente na saúde, uma vez que o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – V, também coloca o abuso de substância psicoativa relacionada à substância, assim, citando, por exemplo, o transtorno de substância ligada à *cannabis*. Assim, o Estado passa a tratar os conflitos psíquicos como matéria penal, colocando um direito penal do autor e, mais, um autor inimigo irrecuperável, que deverá ficar afastado da sociedade até o fim da sua vida.

5.3.11. Conclusão: periculosidade é a expressão da constituição subjetiva

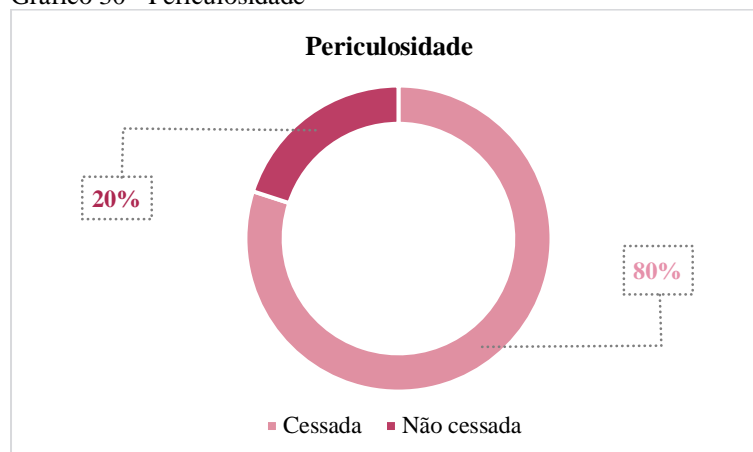
Caracteriza-se por uma frase curta, objetiva e direta que resume o entendimento do perito. Bastante presente em laudos psiquiátricos, pontuais recomendações podem ser incluídas neste item, como por exemplo, tratamento psiquiátrico e/ou psicoterapia para a parte envolvida na execução penal e seus familiares (TABORDA; BINS, 2016); contudo, na organização da análise de dados desta pesquisa, foram discutidas no quesito sobre comentários médico legais. Portanto, a conclusão do médico-perito deverá ser objetiva e concisa, sintetizando o diagnóstico clínico e médico-legal, o transtorno psiquiátrico e a situação processual do periciando (TEIXEIRA; BARROS; CARVALHO, 2015).

Encurralado entre um pátio imundo e dormitórios promíscuos, fina na inanição, pois, curiosamente, para o Manicômio Judiciário, **saúde é sinônimo de apatia**. Resultado: **cada vez que alguém vira gente (age ou reage) é visto como perigoso para a ordem e a disciplina** (CHAUI, 1984 (2019), p. 88-89, grifo nosso)⁶⁶.

Na amostra de laudos analisados, todos os laudos apresentam o presente quesito, demonstrando, então, se o periciando apresenta periculosidade cessada ou não. Na amostra de laudos analisada, pode-se observar que a grande parcela dos avaliados teve sua periculosidade cessada.

⁶⁶ "Sobre a violência: o Manicômio Judiciário de São Paulo", originalmente publicado no jornal *Folha de São Paulo*, em 21 de fevereiro de 1984, p. 02.

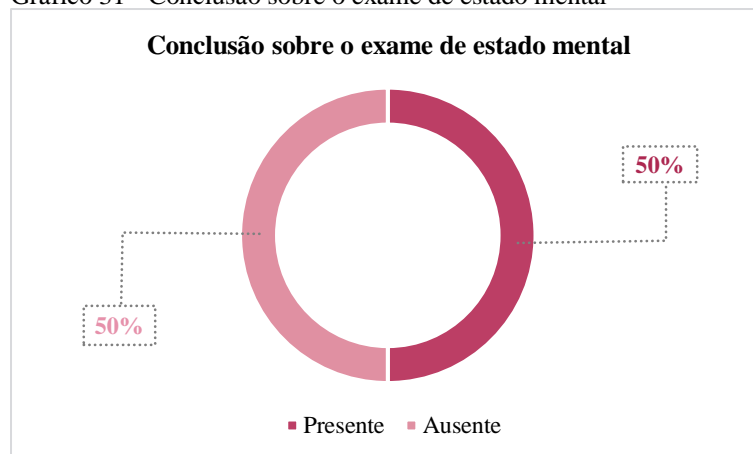
Gráfico 30 - Periculosidade



Fonte: Análise da amostra de laudos psiquiátricos de EVCP elaborados no CMP/PR em 2018 e 2019 disponibilizados pela DPE/PR. Elaborado por COBBE, 2021.

Destaca-se, após o exame do estado mental, a presença de alterações psicopatológicas ligadas à presença de periculosidade. É possível perceber esta ligação, pois parte dos laudos concluem sobre ambos – o exame de estado mental e sobre a periculosidade.

Gráfico 31 - Conclusão sobre o exame de estado mental



Fonte: Análise da amostra de laudos psiquiátricos de EVCP elaborados no CMP/PR em 2018 e 2019 disponibilizados pela DPE/PR. Elaborado por COBBE, 2021.

Os laudos que não apresentam conclusões sobre ambos os aspectos, descrevem o estado do exame mental de forma detalhada, simplificando a avaliação psiquiátrica no exame do estado mental, como apresentado em tópico próprio a discussão do estado mental.

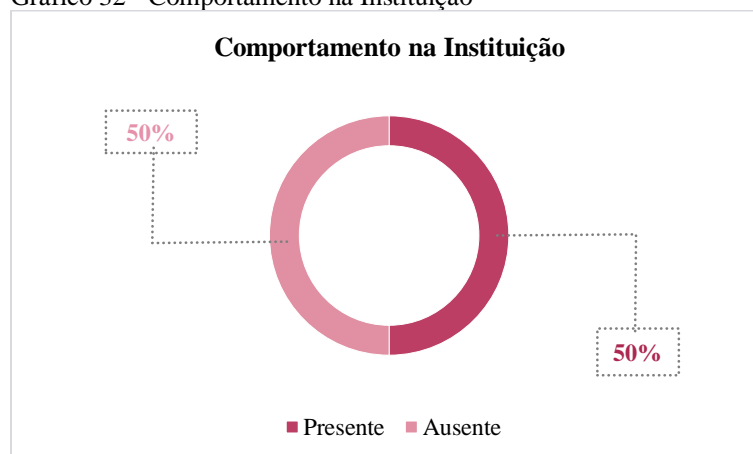
A pesquisa desenvolvida por Mecler (2010), conduzida no Hospital de Custódia e Tratamento Heitor Carrilho, no Rio de Janeiro, com a análise de 114 exames de cessação de periculosidade e entrevistas com os peritos responsáveis por estes laudos, também

indicou como fundamental a presença ou ausência de sintomatologia produtiva na avaliação da cessação da periculosidade.

Ressalta a pesquisadora (MECLER, 2010) que a diferença da alta hospitalar em hospitais psiquiátricos não penais está relacionada principalmente à remissão sintomatológica. Nos manicômios judiciários, a remissão ou ausência sintomatológica, conforme relatado por peritos entrevistados, não determinará por si só a cessação da periculosidade – este ponto será discutido no tópico 5.3.8, sobre o posicionamento do perito nos laudos periciais, a seguir.

Em relação ao comportamento na Instituição, foi possível verificar que apenas uma parcela dos laudos cita este critério na avaliação da cessação da periculosidade, assim como ficou caracterizado na avaliação feita no Hospital de Custódia e Tratamento Heitor Carrilho, por Mecler (2010).

Gráfico 32 - Comportamento na Instituição



Fonte: Análise da amostra de laudos psiquiátricos de EVCP elaborados no CMP/PR em 2018 e 2019 disponibilizados pela DPE/PR. Elaborado por COBBE, 2021.

Em relação à classificação do comportamento durante o cumprimento da medida de segurança, observa-se que os comportamentos de revelia à medicação, não trabalhar e não estudar, a prevalência maior do aparecimento em laudo é um dos comportamentos negativos, em que pese presente naqueles laudos que a periculosidade foi considerada cessada.

Ainda em relação à referida pesquisa de Mecler (2010), não se verificou o apoio sociofamiliar como critério fundamental na avaliação do exame de cessação de periculosidade, ponto divergente da pesquisa de Mecler (2010), pois, como demonstrado anteriormente, em decisão da 1ª C. Criminal do TJPR, a carta-guia para a desinternação é o laudo psiquiátrico, mesmo que este apresente parecer divergente no caso de demais

avaliações do caso. Assim, a Instituição na qual se desenvolveu esta pesquisa, há internos que possuem alvará de soltura e ainda se encontram na Instituição Penal, à espera de uma vaga em alguma instituição de longa permanência não penal, pois não apresentam suporte familiar. Contudo, as condições econômico-financeiras da família do periciado para monitoramento e continuação do tratamento, constam presentes nos laudos, como foram discutidas no tópico sobre a história pessoal.

Dessa forma, na análise da amostra dos laudos psiquiátricos desta pesquisa, ficou caracterizado que a ausência sintomatológica é o critério que prevalece na conclusão do perito para a cessação de periculosidade.

Embora a verificação da ausência da periculosidade seja de responsabilidade médica, a periculosidade criminal é um conceito jurídico – não médico ou psicológico – que pressupõe a capacidade de previsão do comportamento futuro do indivíduo que cumpre medida de segurança. No entanto, qual é o comportamento que o médico tenta prever?

Diferentemente do exame criminológico, que tem como objetivo prever a probabilidade de reinserção na sociedade e reincidência em qualquer conduta típica, dentre outros, como normatizados pela LEP, resta claro que o comportamento que o conceito de periculosidade convoca ao médico a antever é o comportamento violento. Isso é o que se pode constatar após a análise de decisões judiciais em execução penal de indivíduos em cumprimento de medida de segurança e obtiveram o deferimento da liberdade vigiada sem a necessidade de avaliação psiquiátrica.

Assim, a Psiquiatria é o agente estatal que cumpre, de forma efetiva, como se pode verificar, por meio da existência remanescente dos manicômios ainda hoje, a função de prevenção especial negativa da pena. Nesta perspectiva da função da pena, a criminalização visa a pessoa criminalizada, não para melhorá-la, mas para neutralizar os efeitos de sua inferioridade, à custa de um mal para a pessoa, que ao mesmo tempo é um bem para o corpo social. Em geral, ela não se enuncia como função manifesta exclusiva, mas sim em combinação com a função de prevenção especial positiva: quando as ideologias *re* fracassam ou são descartadas, recorre-se à neutralização e eliminação. Na realidade social, como as ideologias *re* sempre fracassam, a neutralização é somente uma pena atroz, imposta por seleção arbitrária. Sem dúvida alguma, há um êxito preventivo especial: a morte e os demais impedimentos físicos são eficazes para suprimir condutas posteriores do mesmo sujeito (ZAFFARONI *et al.*, 2011).

Como no discurso formal a função de prevenção especial positiva da pena, a prevenção especial negativa – do qual é complemento originário –, o importante é o corpo social, ou seja, o correspondente a uma visão corporativa e organicista da sociedade, que é o verdadeiro objeto de atenção, pois as pessoas não passam de meras células que, quando defeituosas ou incorrigíveis, devem ser eliminadas. A característica do poder punitivo, dentro desta corrente, é sua redução à coerção direta administrativa: não há diferença entre esta e a pena, pois as duas procuram neutralizar um perigo atual (ZAFFARONI *et al.*, 2011).

A defesa social é comum a todos os discursos legitimadores do poder punitivo, mas se expressa mais cruamente nesta perspectiva, porque tem a peculiaridade de expô-la de modo mais grosseiro, ainda que também mais coerente: como não é possível esgrimir uma defesa, diante de uma ação que ainda não se iniciou e não se sabe se iniciará, a forma adequada para explicá-la é por meio da metáfora do organismo social. Por outro lado, quando se objetou que a pena não beneficia a todos, senão à minoria que detém o poder, ao invés de negá-lo, respondeu-se simplesmente que a pena sempre beneficia poucos (ZAFFARONI *et al.*, 2011).

O controle da violência por meio de uma política penal, ou seja, sem a observância de políticas públicas de trabalho e remuneração, educação, moradia, saúde, dentre outras, como programas oficiais capazes de propiciar a alteração ou redução das condições sociais adversas da população marginalizada do mercado de trabalho e dos direitos de cidadania, que se caracterizam como determinantes estruturais do crime e da criminalidade, é comum em países periféricos e no Brasil, contrariamente ao que deveria configurar as ações estatais para uma política criminal do Estado. O que ocorre é uma simples política penal expressa pelo Código Penal e demais leis penais esparsas no ordenamento jurídico brasileiro, formalizando juridicamente o programa oficial de controle social do crime e da criminalidade por meio da definição de crimes, a aplicação de penas e a execução penal, níveis sucessivos da política penal do Estado, constituindo-se como a única resposta oficial para a questão criminal (SANTOS, 2005).

Tendo em vista o exposto, as medidas de segurança se configuram como uma “política penal de saúde” dirigida aos doentes indesejáveis. Desta forma, desamparados de políticas públicas – destacando-se as políticas referentes à saúde e à saúde mental –, o controle da violência reflete uma ilusão jurídica e torna-se um sistema de violência do controle penal legitimado pela Psiquiatria.

Quando se evoca o Direito Penal, necessariamente falamos de violências – em suas mais variadas facetas de expressão. Modernamente, Durkheim sustenta que **a criminalidade é um fenômeno social normal**. Esse pensador moderno, afirma que o delito está presente em todas as sociedades constituídas pelo ser humano. Desta forma, de acordo com esse sociólogo, o delito não é apenas um fenômeno social normal, mas também cumpre outra função importante, a de manter aberto o canal de transformações de que a sociedade precisa (BITENCOURT, 2019).

Ao menos, em parte, pode-se dizer que Durkheim (apud BITENCOURT, 2019) está certo: as relações humanas são estruturadas por meio da violência, necessitando de normas que as regulem. Desta forma, o fato social, que contradiz o ordenamento jurídico, compõe um ilícito jurídico, cuja modalidade mais grave se apresenta como o ilícito penal, que lesa os bens jurídicos considerados mais importantes para a sociedade.

Quando os demais meios de controle social, para apaziguar o convívio social, mostram-se ineficientes, e as ações contra os direitos e interesses dos indivíduos atingem determinadas proporções, o Direito Penal surge como uma forma de controle social formalizado – mesmo que de forma retrógrada, subsidiária e fragmentada⁶⁷ – para solucionar conflitos e corrigir possíveis rupturas produzidas por tais situações (BITENCOURT, 2016).

Quando nos referimos à violência, frequentemente nosso imaginário nos remete às situações de agressividade (ODALIA, 1938) em circunstância individual – da força e do vigor (ARENDRT, 1994). Algumas doenças mentais estão relacionadas ao maior risco de auto e heteroagressões. Algumas delas têm maior risco de suicídio. Os portadores de doença mental têm maior risco de abuso de substâncias e por sua vez dependência; sofrem estigma e com frequência apresentam dificuldades no trabalho e na vida social (BALDAÇARA; TUNG, 2021).

Estado proíbe ao indivíduo a prática do mal, não porque deseja aboli-la, mas porque deseja monopolizá-la tal como o sal e o fumo (...). (FREUD, 1915, p. 316)

O Direito Penal age como o instrumento mais dilacerante de que o Estado dispõe com a finalidade de controle social. É preciso admitir que a sua intervenção é,

⁶⁷ Pois como diz o ilustre jurista Juarez Cirino dos Santos: “por um lado, proteção subsidiária porque supõe a atuação principal de meios de proteção mais efetivos do instrumental sociopolítico e jurídico do Estado; por outro lado, proteção fragmentária porque não protege todos os bens jurídicos definidos pela constituição da República e protege apenas parcialmente os bens jurídicos selecionados para proteção penal.” In: SANTOS, Juarez Cirino dos. **Direito Penal: Parte geral**. 5ª ed. Florianópolis: Conceito Editorial, 2012, p.5.

consequentemente, uma violência. Por certo, a prática de instituir uma pena sempre consistirá em uma forma de agressão, independente dos objetivos que sejam idealizados com essa agressão, pois, afinal, “a intervenção penal é sempre um mal”. No entanto, por ser entendido como um mecanismo de controle social, o Direito Penal se apresenta como uma forma de violência institucionalizada, organizada, formalizada e, por consequente, aceita (BUSATO, 2018).

A violência institucional do sistema penitenciário retrata a violência presente nas relações sociais, nas quais o direito penal é incapaz de transformar os conflitos que se dispõe a extinguir, além de que agrava os problemas e os custos sociais por meio da sua intervenção (ANDRADE, 1997).

Como excelentemente elucida Zaffaroni (1991), a expressão linguística “direito penal” designa conjunta ou separadamente: a) o conjunto de leis penais, ou seja, a legislação penal que faz parte do ordenamento jurídico vigente; e b) o sistema que fundamenta a interpretação de tal legislação, isso é, a compreensão do Direito Penal. Porém, essa dimensão é somente a primeira concepção sobre o aspecto formal do tema. Ao ultrapassar a formalidade, surgem algumas dificuldades como, por exemplo, definir as condutas humanas que devem passar a ter graves castigos; de onde auferir a legitimidade para determinar o que são “boas” ou “más” condutas; ou de como condizer o quanto e como se deve coibir tais condutas (OLIVARES *et al.*, 1997); e, por fim, observar os benefícios atingidos pelo controle social da aplicação da instrumentação penal e, com base nesses, elucidar sua correspondência ou crítica (BUSATO, 2018). Indubitavelmente, há questionamentos em todas as fases.

Embora não abordada diretamente no decorrer da pesquisa, sob o ponto de vista da transformação social, sem dúvida, não se pode ambicionar a ascensão de mudanças sociais por meio dos golpes do Direito Penal. Assim, distinguem-se duas posturas ideológicas por meio da observação do Direito Penal: a) o bastante conhecido discurso de lei e ordem, em que, de acordo este, apenas um Direito Penal intransigente, rigoroso, impiedoso e cruel é eficaz para a tão almejada segurança pública; b) o discurso abolicionista, que, fundamentado nesta ideologia, determina que o Direito Penal deve ser puramente destituído, visto que, é fonte de profunda desigualdade (BUSATO, 2018).

De fato, para estes, a abolição do castigo é uma nova moral, enquanto, para os libertários, a abolição do castigo, ao começar em cada um, é uma ética que se elabora na invenção da vida e de outros costumes para viver. O abolicionismo penal provoca, como

se pode notar, uma escolha entre certeza no saber e vontade de querer, movendo seus integrantes para fluxos diferentes, ainda que não deixem de se tocar (PASSETI, 2004).

Como ressaltado anteriormente, ao que se refere à periculosidade, é importante reiterar que a diferença da “cessação de periculosidade” e da liberação do paciente, no caso de hospital psiquiátrico não penal, é a “alta hospitalar” que está relacionada com a remissão sintomatológica; já para aquele, mesmo na ausência dos sintomas, como entendem alguns peritos, não determina por eles mesmos a cessação de periculosidade (MECLER, 2010).

Isso também se verifica na amostra analisada da presente pesquisa, como exemplo do laudo 09, no qual, o periciado mostra-se sintomático, com quadro psiquiátrico compatível à demência, mas tem parecer favorável, pois, de acordo com o avaliador, tem cessada a sua periculosidade social, conforme se demonstra na figura a seguir:

Imagem 6 – Conclusão

CONCLUSÃO: Ainda que se encontre bastante sintomático de seu quadro psiquiátrico, **considero cessada a sua periculosidade social.** Neste sentido, o parecer é **favorável** para o levantamento de sua medida de segurança.

Fonte: DPE/PR, 2021.

Resta configurado que a conclusão, elaborada devidamente com as considerações médico-legais, é um posicionamento subjetivo, ou seja, que diz respeito às considerações de perigo do examinador.

Como já exposto anteriormente, para a compressão do Direito Penal de forma abrangente, acarreta análise de seu objeto, que vai além da simples lei penal positivada, atingindo todas as relações sociais, políticas e culturais que têm relação com a reação humana ao fenômeno social do crime. A partir daí, conclui-se a necessidade da permanente comunicação sob demais óticas do mesmo fenômeno, como a política criminal, a criminologia, sociologia, antropologia, filosofia e, até mesmo, com a teoria política (BUSATO, 2018).

5.3.12. Respostas aos quesitos

Os quesitos são as perguntas formuladas pelas partes do processo. Sua transcrição na introdução do laudo auxilia o perito a ter uma visão abrangente sobre os itens que deverá abordar na sua avaliação, uma vez que, deverá responder a todas. Na

prática, como são vários questionamentos, a transcrição costuma ser anexada ao final do laudo com suas respectivas respostas (BARROS; TEIXEIRA, 2015).

Frequentemente, as respostas aos quesitos são transcritas ao final do laudo e devem ser respondidas da forma mais objetiva e direta, com “sim”, “não”, “parcial”. No caso da necessidade de maiores detalhes, deve-se referir ao trecho do laudo que responde à questão. (BARROS; TEIXEIRA, 2015). As respostas seguem a ordem hierárquica do judiciário e respeitando o princípio da ampla defesa, ou seja, primeiramente são respondidos os quesitos do Juízo competente, seguida das respostas ao Ministério Público e, por fim, do autor/réu. (TABORDA; BINS, 2016) Importante ressaltar que nenhum quesito deve ficar sem resposta. A transcrição seguida das respostas colabora na leitura do documento e auxilia na compreensão do documento (BARROS; TEIXEIRA, 2015, p. 26).

Na amostra analisada dos laudos de exame de verificação de cessação psiquiátrica, verificou-se a ausência de resposta aos quesitos, pois não houve questionamento das partes, uma vez que, transcorrido o prazo legal para reexame (até 1 (um) mês antes de expirar o prazo de duração mínima da medida), deve a Instituição encaminhar ao Juízo competente o devido laudo resultante da avaliação psiquiátrica, assim que dispõe o art. 175, inc. I, da LEP.

Atualmente, mantém-se o atraso no cumprimento do prazo para a juntada do laudo-pericial aos autos de execução, tal como Diniz (2013), já havia constatado. O destaque deve-se dar ao trabalho feito pela defesa, no caso desta pesquisa, pela Defensoria Pública do Estado do Paraná, a qual tem solicitado que os documentos médicos cumpram o proposto pelo art. 58, da Resolução n.º 2.057/2013, do Conselho Federal de Medicina.

5.3.13. Das perícias médicas em âmbito criminal

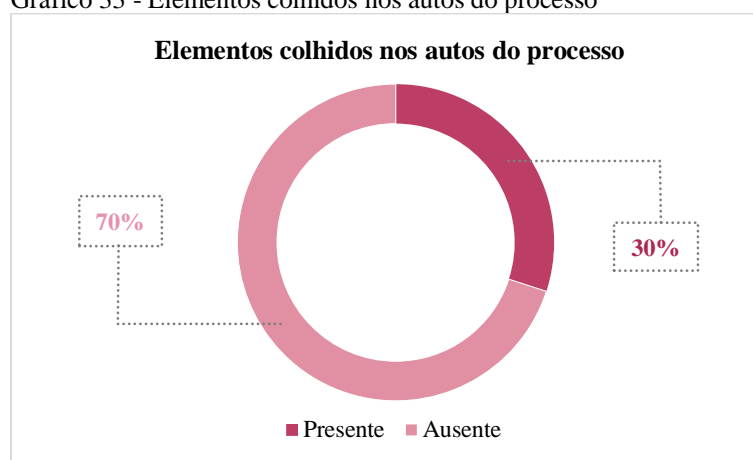
Em relação aos dados processuais, deverá constar no documento a motivação da persecução penal, alegações dos advogados e, no caso esteja incluído nos autos, documentos médicos pertinentes. Ressalta-se, mais uma vez, a importância da versão do periciando nas perícias criminais, bem como, os dados expostos na denúncia. Trata-se de um dado importante, pois pode auxiliar o estabelecimento da relação entre o ato criminoso às alterações psicopatológicas do caso (TEIXEIRA; BARROS; CARVALHO, 2015).

a) Elementos colhidos nos autos do processo

No presente tópico, imprescindível nas perícias em âmbito criminal, os elementos colhidos nos autos do processo são a descrição da conduta típica executada de acordo com o relato da vítima, das testemunhas e nas peças processuais, bem como, demais informações relevantes constadas nos autos (TABORDA; BINS, 2016).

Nos laudos analisado, observou-se que uma pequena parcela do documento médico-psiquiátrico constou informações referentes aos autos, como demonstra a proporção da presença e ausência, no gráfico a seguir:

Gráfico 33 - Elementos colhidos nos autos do processo



Fonte: Análise da amostra de laudos psiquiátricos de EVCP elaborados no CMP/PR em 2018 e 2019 disponibilizados pela DPE/PR. Elaborado por COBBE, 2021.

A falta de elementos processuais demonstra uma falha técnica grave, pois não há hipótese que se possa levantar sem que haja um profundo estudo do caso a ser avaliado e como é postulado pelos manuais.

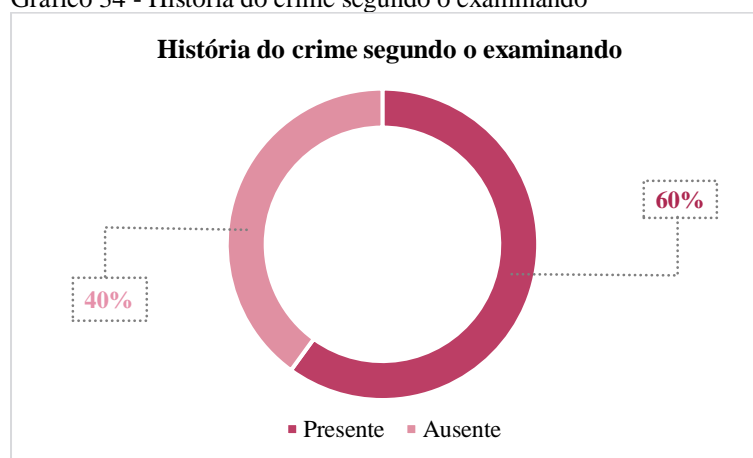
b) História do crime segundo o examinando: o suplício do corpo moderno, a busca da confissão da “verdade” jurídica e expiação da culpa

Também imprescindível nas perícias em âmbito criminal, o quesito do relatório médico-pericial sobre a história do crime segundo o examinando, versa sobre a descrição da conduta típica, em modalidade tentada ou consumada, de acordo com relatado ao perito pelo periciado. Neste tópico serão explorados os antecedentes longínquos e propínquo do crime, referentes a sua idealização, preparação e execução e no decorrido posteriormente, da perspectiva do agente do delito. No incidente de sanidade mental, é fundamental para

avaliação dos elementos cognitivo e volitivo dispostos no art. 26, CP⁶⁸(TABORDA; BINS, 2016).

A localização destas informações no laudo pode estar disposta após os dados dos autos e identificada como “versão do periciando”. É de importante verificação, pois pode auxiliar na caracterização do nexa causal do crime praticado com as alterações psicopatológicas presentes. A versão do crime não é isenta de influência de sua condição vigente e de seu defensor, porém, mesmo sob a presença desta influência, poderá corroborar no diagnóstico médico-legal (TEIXEIRA; BARROS; CARVALHO, 2015).

Gráfico 34 - História do crime segundo o examinando



Fonte: Análise da amostra de laudos psiquiátricos de EVCP elaborados no CMP/PR em 2018 e 2019 disponibilizados pela DPE/PR. Elaborado por COBBE, 2021.

Os registros médicos sobre o ato praticado versam, de forma geral, sobre quão semelhante o relato do fato do examinando se assemelha a “verdade jurídica”, busca imposta e aquela que é aferida *status* de verdadeira por meio da persecução penal (JACOB; NOVAIS, 2018), esquecendo-se, o Juízo, que a realidade é sempre parcial, pois é inerente à subjetividade do sujeito. Também podem ser verificados registros que versam sobre arrependimento do ato, o qual o examinador pode ou não expor seu julgamento acerca da verdade do arrependimento.

Muito semelhante ao que se observa no ato de “confessar-se”, a imposição de sofrimento por meio do suplício do corpo para a expiação da culpa do catolicismo, derrubam a diferenciação normativa entre pena e tratamento. O que há em âmbito criminal é apenas um reinventado suplício do corpo, tal como relata Foucault (2014), e,

⁶⁸Art. 26, CP: 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.

atualmente, nomeado como “pena”; seja ele por meio do sistema penitenciário com a privação da liberdade e a sujeição do sujeito a condições insuportáveis humanamente; seja ele, por meio de modernas técnicas de tratamento de saúde.

A limitação do espaço, a impossibilidade de ir a outros lugares, de buscar e estar com quem se deseja, o isolamento, a separação, a distância do meio família e social, a perda de contato com experiências normais da vida, essas restrições inerentes à privação da liberdade já são fonte de muita dor (KARAM, 2009, p. 16).

A pena é uma resposta rudimentar, a qual o Estado recorre para realizar a convivência entre homens organizados em sociedade (BUSATO, 2018). A teoria da pena carrega uma grande marca do Direito Canônico. Quando algum representante da Igreja consumava algo que era considerado um pecado, ele deveria fazer penitência, recolhido a sua cela e se confessar. Assim ocorria na Igreja Católica e, a partir desse momento, pode-se extrair a origem das palavras penitenciária, cela e – no âmbito do processo penal – confissão, vista em tempos remotos como “rainha das provas” (BRANDÃO, 2010).

A pena pode apresentar diversas origens etimológicas: do latim “*poena*,” que tem significado de sofrimento; do grego “*ponos*” que traduz a palavra dor; e, ainda, em sânscrito “*punya*” que se refere à purificação de algum mal. Neste sentido, o elementar conceito é que a pena é um mal (BRANDÃO, 2010).

De acordo com Carnelutti (1947, p. 14 apud BRANDÃO, 2010), a pena desde sua gênese etimológica, elucida um mal; e, assim, para esse referido autor, “a pena, do mesmo modo que o delito, é um mal, ou em termos econômicos, um dano.” Concebida como um mau, uma vez que acarreta a privação de bens jurídicos. Nas palavras de Soler (1992, p.406 apud BRANDÃO, 2010), “a pena é traduzida em um mal porque representa a diminuição de um bem jurídico, pois, para castigar, o Direito retira o indivíduo o que lhe é valioso”.

Ainda, de acordo com a análise do conceito de pena de Welzel identificam-se dois aspectos: um pessoal e outro estatal. O aspecto pessoal da pena subdivide-se em mais dois aspectos: em primeira instância, ao que diz respeito ao sujeito que a pena é imposta – o que Welzel nomeia o problema como **sentido da pena**. Ou seja, do ponto de vista do sujeito que a sofre, ela é um mal que se fundamenta no princípio de justiça, em uma relação de causalidade – porque quem ocasionou um mal deve sofrer um mal. No entanto, este mal não está à mercê do Estado. O mal deve ser ajustado à culpabilidade do agente. Desta forma, a pena está sujeita ao princípio da culpabilidade que tem o objetivo de limitar o *quantum* da pena, visto que essa é remissão de sua culpa. Portanto, para Welzel,

a pena é um mal que é imposto ao autor culpável da conduta criminalizada. Justifica-se a pena como uma retribuição adequada à culpabilidade. Neste sentido, a pena se orienta a partir da compreensão e vontade do sujeito e da sociedade em que vive (BRANDÃO, 2010).

Referente ao segundo aspecto pessoal este se relaciona com a percepção a qual as pessoas contemporâneas ao apenado têm de tal pena – o que WELZEL chama o problema da **impressão da pena** (BRANDÃO, 2010). Esse aspecto não pondera a justa retribuição do mal imposto ao sujeito, mas sim que o autor do ilícito viva e experiencie efetivamente um mal, pois seu sentido é inibir os instintos, na tentativa de evitar a prática de novos delitos, tanto sob o ponto de vista do apenado, como também sob os olhos da sociedade.

Dessa forma, de acordo com o pensamento de Welzel, a pena não deve ser compreendida em sentido reduzido, mas também em sentido amplo, devendo ser experienciada como um mal. Nesse aspecto se dirige às funções profundas do homem: sentimentos, instintos e aspirações (BRANDÃO, 2010).

As teorias absolutas, cujo principal representante é Kant, que tem a retribuição como forma de assegurar a eticidade externamente quando ocorre uma ação que seja objetivamente contrária e determine um mal proporcional ao injusto causado (talião) (ZAFFARONI *et al.*, 2011).

6. REFORMA PSIQUIÁTRICA PARA QUEM?

Os manicômios judiciários, conhecidos atualmente como hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico, são instituições volteadas de grande complexidade, pois consegue articular duas realidades da sociedade moderna – o local destinado para os alienados e a prisão (e o imaginário fantasmagórico) o criminoso e o louco (CARRARA, 2010).

Por volta de 1820, surgem os primeiros marcos sobre o tratamento da loucura no Brasil. Já no período entre 1841 a 1898, houve a consolidação do Estado Monárquico, conhecido como Segundo Reinado, e seus principais objetivos eram reforçar a figura de Dom Pedro II recém-coroadado e restaurar o Poder Moderador. Assim, o Império Brasileiro desejava a implantação de novas práticas políticas e institucionais, uma vez que a população urbana crescia a passos largos e de forma descontrolada, ficando a circulação da família real desprotegida. Portanto, era necessária uma série de mudanças a fim de minimizar este problema. É nesse contexto, que a medicina, fundamentada no ideal positivista e pela execução médica francesa, servirá de apoio neste processo de transformação, defendendo a moral e o progresso dessa sociedade (ARAÚJO FILHO; CASTIGLIONI, 2016).

Até o ano de 1830, era permitida total acesso a cidade pelos loucos. Eles podiam ser vistos pelas ruas, casas de correções, asilos ou nos porões das Santas Casas de Misericórdia. Contudo, eram raras as situações que o louco estava submetido a algum tratamento específico. No mesmo ano, uma comissão da nova Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro realiza um diagnóstico da situação da loucura na cidade após a verificação da situação da cidade e finalizado um diagnóstico, chegou-se à conclusão que uma nova ordem social era necessária e, com ela, deveria acontecer à segregação dos alienados em locais destinados. Tal fato apenas se consolidou em 1852, com a abertura do Hospício de Pedro II (ARAÚJO FILHO; CASTIGLIONI, 2016).

Tais mudanças na sociedade civil em relação aos loucos ocorreram após a promulgação da Lei de 16 de dezembro de 1830, chamada de “Código Criminal do Império do Brasil”, a qual traz o art. 12, colocando “Os loucos que tiverem cometido crimes, serão recolhidos as casas para eles destinadas, ou entregues às suas famílias, como ao Juiz parecer mais conveniente”. Também é importante ressaltar que este código faz a diferenciação e não julgamento do criminoso louco, fixada no art. 10º, §2º, “Também não

se julgarão criminosos: Os loucos de todo o gênero, salvo se tiverem lúcidos intervalos, e neles cometerem o crime”.

Contudo, somente em 1903 foi promulgado Decreto nº 1.132, de 22 de Dezembro de 1903, lei especial para organização da assistência médico-legal aos desarrazoados no Distrito Federal, o qual era modelo para a organização desses serviços para outros estados da União e, esta, designou que cada Estado deveria agregar recursos para a construção de manicômios judiciários e, ainda na ausência destes, deveriam ser levantados anexos especiais aos asilos públicos para o recolhimento dos loucos criminosos. Apesar disso, a construção de um estabelecimento designado especialmente para tratamento e cuidado dessas situações apenas se concretizou quase duas décadas depois. Assim, somente no ano de 1921, com base no Decreto 1.831 de 25 de maio de 1921, é inaugurado o primeiro Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro, a primeira instituição do gênero no Brasil (CARRARA, 2010).

Somente em 2001, por meio da Lei n.º 10.216, do referido ano, propõe um novo modelo de tratamento de portadores de transtornos mentais no Brasil. Institui novos paradigmas para a assistência em saúde mental, privilegia a oferta de tratamento em serviços de base comunitária e dispõe sobre a proteção e aos direitos das pessoas acometidas por estes transtornos. Infelizmente, o referido dispositivo legal não versa sobre a progressiva extinção dos manicômios.

A Lei Antimanicomial ou Lei da Reforma Psiquiátrica idealiza um modelo de tratamento humanizador preconizado por militantes do conhecido movimento com Luta Antimanicomial, apontando um novo modelo de atenção à saúde mental, deslocando o foco do tratamento hospitalocêntrico para um tratamento que se centra em uma rede de atenção psicossocial, estruturada em unidades de serviços comunitários e abertos. Este novo conceito de modelo assistencial também compreende a hipótese de internação determinada pela Justiça, conhecida como de internação compulsória e, considerando o novo dispositivo legal, o Juiz deve da preferência ao tratamento ambulatorial (SILVA, 2010).

A Lei Antimanicomial é um grande passo legislativo e um marco fundamental da reforma psiquiátrica e da conquista dos direitos humanos no Brasil. A referida lei alcançou avanços na proteção dos direitos humanos para os portadores de transtornos mentais. Este é um marco histórico da reversão da situação da exclusão social da pessoa em situação asilar para ascensão da cidadania e empoderamento (MARI, 2011).

Atualmente, de acordo com o último levantamento, estão ativos vinte e três manicômios judiciais e três alas de tratamento psiquiátrico em presídios. Mesmo com o significativo avanço legislativo, estes locais resistiram aos modelos alternativos de olhar a loucura e obtiveram, na década de 2000, o maior crescimento em 90 anos de história. Em dez anos, foi construído mais de um quarto dos manicômios brasileiros (DINIZ; BRITO, 2016).

O louco criminoso continua a fazer a história da exclusão social dentro do próprio sistema segregatório. Muito se discute sobre a desinternação de longa duração dos pacientes em hospitais psiquiátricos, mas o que está se fazendo para o cessar da tortura dos pacientes esquecidos nos manicômios judiciais? Por que, mesmo havendo medida de segurança de acordo com esta lei, a Justiça insiste em excluir pessoas, baseada em um conceito de periculosidade indefinido e ultrapassado pela ciência? Por que a legislação internacional abrange a situação insalubre das penitenciárias brasileiras, mas não atinge aos portadores de transtorno mental? Muitos questionamentos deverão ser respondidos, porém, a história dos direitos humanos nos mostra que a Luta Antimanicomial continua, mesmo após a positivação de leis que respeitam os direitos e a dignidade humana.

6.1. DAS VIOLAÇÕES DE DIREITOS HUMANOS CARACTERIZADAS NO CUMPRIMENTO DA MEDIDA DE SEGURANÇA DETENTIVA

No Pavilhão 5 da 1ª Colônia Feminina de Franco da Rocha estão ajuntadas por toda a vida mulheres com problemas diferentes e de todas as idades, sem cuidados médicos (clínico e psíquico) e sem assistência cotidiana, senão a da escassa e duvidosa vigilância, sob medicação destrutiva. À espera da morte por desnutrição, anemia, pneumonia, choques, surras, estupros, abortos. Violadas no seu ser mais profundo, já não sabem há quanto tempo ali estão, mas sabem que ali não querem ficar, ainda que saibam que dali não poderão sair (CHAUI, 2019, p. 52)⁶⁹.

A Declaração Universal dos Direitos Humanos, proclamada em 10 de dezembro de 1948, pela Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU), postula direitos humanos básicos “como o ideal comum a ser atingido por todos os povos e todas as nações, com o objetivo de que cada indivíduo e cada órgão da sociedade, tendo sempre em mente esta Declaração, se esforce, por meio do ensino e da educação, por promover o respeito a esses direitos e liberdades, e, pela adoção de medidas progressivas de caráter

⁶⁹*Travessia no inferno*, de Marilena Chaui, originalmente publicado no jornal *Folha de São Paulo*, em 13 de fevereiro de 1984, p. 02.

nacional e internacional, por assegurar o seu reconhecimento e a sua observância universal e efetiva, tanto entre os povos dos próprios estados-membros, quanto entre os povos dos territórios sob sua jurisdição.”

Em linhas gerais, é um documento redigido que estabelece pontos necessários para a garantia destes direitos humanos básicos, que devem ser assegurados a todos os seres humanos, para uma vida digna. Em conformidade com seu preâmbulo – relatório composto por breves parágrafos que antecedem a declaração – expõe a necessidade do reconhecimento da dignidade como inerente a todos e de seus direitos iguais e inalienáveis constituídos com fundamento na liberdade, na justiça e na paz mundial. Pois, a negação e o desprezo dos direitos humanos guiaram a história mundial aos atos de barbárie que repercutem e revoltam até hoje na consciência da humanidade e entende-se como essencial a proteção dos direitos do homem por meio de um regime de positivado de direitos, com o objetivo de evitar que o homem seja compelido, em supremo recurso, à revolta contra a tirania e a opressão.

Contudo, os direitos humanos não devem se limitar a uma proposta ou discurso filosófico. Assim, neste trabalho, entende-se por direitos humanos “capacidades subjetivas, integrais e universais que devem ser reconhecidas ou constituídas politicamente” (GALLARDO, 2014, p. 63). Pois, mesmo com a normativa que rege o tratamento psiquiátrico de forma específica – a Lei Antimanicomial – as medidas de segurança configuram-se como uma significativa violação institucional dos direitos humanos no Brasil. Destacam-se as práticas de uso excessivo de medicamentos psiquiátricos, condição sanitárias insalubres, inaccessos à justiça, inexistência de normativas e práticas que tenham como objetivo a manutenção das relações familiares e comunitárias, maus-tratos, tortura, dentre outros tratamentos cruéis, degradantes e desumanos (CFP, 2021).

Dessa forma, com base na análise de conteúdos os laudos do exame de verificação de cessação de periculosidade, pode se verificar a violação de direitos humanos elencados pela Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948) tais como o princípio da dignidade humana, direito à vida, direito à liberdade, direito à saúde e direito à intimidade e ao sigilo.

6.1.1. Princípio da dignidade humana

O princípio da dignidade humana é um valor jurídico universal, especialmente após a Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948), decorrente da qualidade absoluta dos direitos humanos. A dignidade da pessoa humana é compreendida como inerente ao ser para exercer a liberdade de direitos com a garantia de existência (SANTOS, 2019).

O conceito de dignidade humana aberto, plástico e plural. Um entendimento minimalista, três (3) elementos compreendem a dignidade humana:

Este elemento representa a especial posição da pessoa no mundo, o que a diferencia dos demais seres vivos, dos objetos e das coisas. Com características como inteligência, sensibilidade e capacidade de comunicação (no sentido amplo, palavra, arte, por gestos, olhar ou expressões fisionômicas) são qualidades únicas dão-lhes essa característica singular.

Do valor intrínseco da pessoa humana deriva uma premissa antiutilitarista, se fundamenta no imperativo kantiano do homem como um fim de si mesmo, e não como um meio para a realização de metas coletivas ou de projetos sociais de outros. E outra premissa antiautoritária, na ideia de que é o Estado que existe para servir o indivíduo, e não o indivíduo o Estado. No plano jurídico, o valor intrínseco está na base de diversos direitos fundamentais, como por exemplo, direito à vida, direito à igualdade, direito à integridade física e direito à integridade moral ou psíquica (BARROSO, 2013).

A autonomia do indivíduo é, no plano filosófico, a característica ética da dignidade humana vinculada à razão e a realização da vontade em concordância com determinadas normas. Esta característica da dignidade é a relação com a capacidade de autodeterminação do sujeito, de escolher e decidir sobre sua própria vida e de desenvolver sua personalidade de forma livre. Constitui o poder de fazer valorações morais e escolhas existenciais sem imposições externas impróprias. São as decisões sobre religião, vida afetiva, trabalho e outras escolhas personalíssimas que não podem ser suprimidas do indivíduo sem que se viole a sua dignidade (BARROSO, 2013).

Já na ordem jurídica, a autonomia engloba três dimensões. A dimensão privada está na base dos direitos individuais, das liberdades públicas, que incluem, além das escolhas existências acima referidas, as liberdades de consciência, de expressão de trabalho e de associação, entre outras (BARROSO, 2013).

A ideia de correção, decorrente do ideal “tratamento penal”, é reprovado pelo impedimento constitucional de tratamento que vai contra ao senso de humanidade, tanto nas formas de violência à pessoa, quanto de violência à personalidade, pois se encontra divergente com o proposto pelo princípio da dignidade a pessoa humana e, também, com a liberdade de desenvolver e, até mesmo, manter a própria personalidade. Nesse sentido, a execução do exame criminológico fere direitos fundamentais do cidadão, assegurados pela Constituição Federal, ao censurar a livre constituição e desenvolvimento da personalidade do preso, o qual necessita demonstrar-se “recuperado” (PENIDO; GONÇALVES, 2015).

Assim, o exame criminológico ser um requisito para a progressão de regime, seria obrigar o apenado ao tratamento e a transformação da sua personalidade. E, ainda, o direito da pena progressiva somente atingiria o apenado que demonstrasse que a sua personalidade está corrigida de modo a não apresentar indícios de periculosidade – o que não é positivado em lei. Além disso, a pena como forma de tratamento com o objetivo de “reeducá-lo” – conforme propõe as doutrinas correicionistas – trespassa a liberdade moral deste indivíduo e, por este motivo, fere a liberdade de autonomia, de consciência e, em suma, a dignidade humana (PENIDO; GONÇALVES, 2015).

De acordo com o exposto anteriormente, é possível perceber que exigir que o apenado seja submetido ao tratamento penal, que visa sua ressocialização, com objetivo de obter um laudo positivo, quando da realização do exame criminológico, é condicionar o direito a progressão de regime ou de livramento condicional à reestruturação de sua personalidade, em conformidade com os padrões socialmente aceitos. Isso fere essencialmente o princípio da dignidade humana, pois torna a pena mais aflitiva, já que além da privação da liberdade, nesta hipótese, há privação da autonomia da consciência dos encarcerados. Fica claro que a imposição do tratamento é a violação de sua intimidade e dignidade (PENIDO; GONÇALVES, 2015).

A dimensão pública encontra-se no fundamento dos direitos políticos, dos direitos de participação na condução da coisa pública. A democracia funda-se na soberania popular, na qual todas as pessoas são livres e iguais, podem e devem participar das decisões que interfiram em suas vidas, estruturando uma associação em um projeto de autogoverno. A autonomia pública identifica pontos relevantes do direito: participação política e de influenciar o processo de tomada de decisões, não só por meio do voto, mas também por debates públicos e da organização social (BARROSO, 2013).

A dimensão da autonomia pública torna clara a necessidade do envolvimento do povo a exercer sua soberania, o engajamento com o Estado, nesse e nos mais diversos assuntos. A necessidade de discussão sobre o tema é evidente e necessita ser mais bem desenvolvido pelos profissionais da saúde e pela sociedade, inclusive em audiências públicas, com a finalidade de encerrar o estigma sobre o “doente mental”.

Já a terceira dimensão trata da satisfação do mínimo existencial. Esta dimensão é do fundamento necessário para o exercício da autonomia privada e pública. Para ser livre, igual e exercer a cidadania de forma plena, todos os indivíduos necessitam ter como satisfeita as necessidades fundamentais e imprescindíveis à existência dos seres humanos, tanto física como psíquica. O mínimo existencial corresponde aos direitos fundamentais sociais básicos que equivalem às condições prévias para o exercício dos direitos individuais e políticos, da autonomia privada e pública (BARROSO, 2013).

O mínimo existencial pode ser entendido como o necessário para viver, para que se possa exercer os direitos fundamentais individuais e sociais de forma plena. Atualmente, já se sabe que as necessidades dos seres humanos vão além daquelas puramente biológicas. Há também necessidades psíquicas, as quais não há regras para estipular o comum e o que é essencial de fato. Cada indivíduo determina o mínimo necessário para sua existência. Por exemplo, um sujeito que apresente o diagnóstico de esclerose múltipla e tenha como sintoma principal a dificuldade motora, a qual não há possibilidade de cura e é de prognóstico progressivo, pode sentir-se tolhido em sua autonomia individual por não conseguir se locomover sozinho (BARROSO, 2013).

Esse é o elemento social da dignidade humana. É o que propõe o indivíduo dentro de um círculo social. É a limitação por algumas restrições legítimas impostas por conta de valores sociais ou interesses estatais. O valor comunitário permite que a dignidade humana seja contemplada pelos valores compartilhados pela comunidade, padrões civilizatórios e o ideal de vida digna. O foco deste aspecto são as responsabilidades e deveres associados à autonomia individual, que é importantíssima, porém não ilimitada, devendo ceder em algumas situações (BARROSO, 2013). A intenção do valor comunitário da dignidade humana é possibilitar, principalmente:

- a) Produção dos direitos de terceiros: a autonomia individual desempenhada contemplando a autonomia alheia, de seus iguais direitos e liberdades (BARROSO, 2013).
- b) Proteção do indivíduo contra si próprio: em algumas situações, o Estado tem o direito de proteger seus cidadãos contra atos que facilitem a lhes causar lesão. Baseado nisso, é

possível impor o uso de cinto de segurança ou de capacete, a vacinação obrigatória ou a matrícula obrigatória no ensino público, bem como a exigência da frequência mínima necessária (BARROSO, 2013).

c) Proteção de valores sociais: seja uma sociedade liberal ou conversadora, há postulados que impõe, de forma coercitiva, um conjunto de valores que correspondem à moral social compartilhada. O dever coercitivo de valores sociais (pelo legislador, eventualmente pelo juiz) necessita de fundamentação racional consistente e deve contemplar: a) a existência ou não de um direito fundamental em questão; b) a existência de um consenso social forte em relação ao tema e c) a existência de risco afetivo para o direito de outras pessoas. É preciso evitar o paternalismo, o moralismo e a tirania das majorias (BARROSO, 2013).

Em 2004, o penalista e professor Günther Jakobs (2007) traz na sua obra “O direito penal do inimigo”, a necessidade e a existência de “dois direitos penais”. De acordo com este pensamento, uma face do direito penal contempla os cidadãos comuns. Entende-se por cidadão comum o autor de fato criminoso comum, que reserva uma fidelidade jurídica, ou seja, uma fundamentação subjetiva real que conserva a expectativa normativa da sociedade, mantendo, assim, a qualidade de sujeito de direitos, pois não desafia o sistema social.

A outra face do direito abrange aos “inimigos”. O inimigo do direito penal se caracteriza por ação criminosa de alta traição, que representa uma insubordinação jurídica própria do sujeito que é capaz de provocar um estado de guerra contra a sociedade com a constante contrariação do ordenamento jurídico da sociedade. Esse indivíduo perde o *status* de pessoa sujeito de direitos, pois desafia o sistema social (JAKOBS, 2007).

De acordo com Jakobs (2007), os dois sistemas criminais devem coexistir. Assim, o direito penal do cidadão baseia-se no sistema de culpabilidade, o qual a pena se impõe como contrafática e afirmação do sistema jurídico, portanto, o julgamento de uma ação passada. Já o direito penal do inimigo se fundamenta no sistema de periculosidade do sujeito, no qual as garantias processuais não devem ser observadas, pois não se trata de um cidadão – tampouco de um indivíduo com que mereça o tratamento como pessoa –, uma vez que é perigoso, portanto, a preocupação é com o seu comportamento futuro. Ao inimigo, interessa ao Estado, a coação física até que se inicie a guerra.

Em termos teóricos, a ideia de uma sanção jurídica é incompatível com a criação de um mero obstáculo mecânico ou físico, porque este não motiva o comportamento, mas apenas o impede, o que fere o conceito de pessoa (art. 1.º da Declaração Universal dos Direitos Humanos e art. 1.º da Convenção Americana sobre Direitos Humanos), cuja

autonomia ética lhe permite orientar-se conforme o sentido. Por isso, a mera neutralização física, fora do conceito de direito, pelo menos em nosso atual horizonte cultural. Como no discurso anterior – do qual é complemento originário – o importante é o corpo social, ou seja, o correspondente a uma visão corporativa e organicista da sociedade, que é o verdadeiro objeto de atenção, pois as pessoas não passam de meras células que, quando defeituosas ou incorrigíveis, devem ser eliminadas. A característica do poder punitivo, dentro desta corrente, é sua redução à coerção direta administrativa: não há diferença entre esta e a pena, pois as duas procuram neutralizar um perigo atual (ZAFFARONI *et al.*, 2011).

6.1.2. Direito à saúde

No plano internacional, o direito à saúde é reconhecido em diversos documentos. Dentre estes, ressalta-se como referência normativa ao referido direito, o art. 12.º, do Pacto Internacional sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais:

1. Os Estados Partes do presente Pacto reconhecem o direito de toda pessoa de desfrutar o mais elevado nível possível de saúde física e mental.
2. As medidas que os Estados Partes do presente Pacto deverão adotar com o fim de assegurar o pleno exercício desse direito incluirão as medidas que se façam necessárias para assegurar:
 - a) A diminuição da mortalidade e da mortalidade infantil, bem como o desenvolvimento das crianças;
 - b) A melhoria de todos os aspectos de higiene do trabalho e do meio ambiente;
 - c) A prevenção e o tratamento das doenças epidêmicas, endêmicas, profissionais e outras, bem como a luta contra essas doenças;
 - d) A criação de condições que assegurem a todos assistência médica e serviços médicos em caso de enfermidade.

Com base no dispositivo normativo anteriormente citado, todo indivíduo tem o direito de usufruir o mais elevado nível de saúde física e mental possível. O direito de usufruir, de acordo com a definição do Comitê da ONU sobre os Direitos econômicos, sociais e culturais, compreende este dispositivo como a fruição de vários bens, serviços e condições necessárias para a saúde. O referido comitê entende o direito à saúde de forma ampla, não apenas como direito à atenção à saúde oportuna e apropriada, mas também direito aos elementos determinantes da saúde, como o acesso à água potável, condições sanitárias e habitação adequada, condições sadias de trabalho, meio ambiente preservado, acesso à educação e informação sobre questões relacionadas à saúde (inclusive sexual e a reprodutiva), serviços de promoção e prevenção no campo da saúde (ALBUQUERQUE, 2016).

A deterioração física do ambiente prisional é agravada pela superpopulação⁷⁰ carcerária. Não é apenas no Brasil, onde há uma média de dois presos por vaga, que os estabelecimentos prisionais superpovoados se assemelham a campos de concentração (KARAM, 2009, p. 16).

A deterioração que a prisão acarreta à saúde do indivíduo privado de liberdade é um dado incontestável hoje. Diversas pesquisas e relatórios redigidos por organizações internacionais de direitos humanos de diferentes países demonstram que não apenas ocorre o surgimento de novas patologias, as quais são causadas pela permanência prolongada dessas pessoas no sistema prisional, mas também, extraordinariamente, a prisão representa um fator patogênico para a pessoa representada para pessoas acometidas de enfermidades infectocontagiosas. No sistema penitenciário, a tuberculose ainda não foi superada (BEIRAS, 2019).

Pesquisas realizadas no sistema penitenciário norte americano e europeu, na população privada de liberdade foram observadas perturbação do bem-estar físico e mental como claustrofobia, irritabilidade permanente, diversas classificações de tipos depressivos, alterações sensoriais, abandono de hábitos de autocuidado e apatia (BEIRAS, 2019). Ou seja, a pessoa privada de liberdade tem como destino inevitável o desenvolvimento de sintomas que, claramente, denunciam o sofrimento psíquico a que estão submetidas.

O direito à saúde é segmentado em quatro aspectos que versam sobre os determinantes sociais: disponibilidade, acessibilidade, qualidade e aceitabilidade, assim como abarca os determinantes sociais da saúde. O aspecto referente à qualidade dos cuidados em saúde é fundamental no direito à saúde relacionando-se diretamente ao direito à vida do paciente (ALBUQUERQUE, 2016).

Pontualmente, o direito a cuidados em saúde de qualidade envolve:

Tabela 6 - Direito a cuidados em saúde de qualidade

- | |
|--|
| 1. Direito a ser atendido em instalações físicas limpas e adequadas a receber pacientes; |
| 2. Direito a medicamentos e outros insumos de saúde seguros e de qualidade; |
| 3. Direito a ser atendido por profissionais de saúde adequadamente formados e capacitados; |
| 4. Direito de receber cuidados em saúde no tempo oportuno, adequado à sua condição de saúde. |

Fonte: ALBUQUERQUE, 2016, p. 180.

As pessoas em cumprimento de medida de segurança, na especialidade de internamento, de acordo com o conteúdo dos laudos analisados, tiveram sua liberdade

⁷⁰ Devido aos poucos números fidedignos sobre os MJ, não há conhecimento de superpopulação nestas Instituições, mas as condições a que submetem as pessoas que se encontram em cumprimento de medida de detentiva são bastante precárias e facilita a deterioração física, além da falta de cuidados de saúde de qualidade.

cerceada com a justificação dada pelo poder punitivo, para tratamento de saúde. No entanto, o que pode se verificar é que a maioria tem sua liberdade cerceada apenas para restrição territorial, pois não estão em tratamento para saúde mental, além da medicação psiquiátrica.

Imagem 7 - Direito à saúde.

médica psiquiatra, para uma consulta. Nunca foi atendido por nenhum psicólogo neste Hospital de Custódia. Psiquiatras e psicólogos seriam os responsáveis técnicos por acompanhar o tratamento prescrito por esta sua medida de segurança. Quando

Fonte: DPE/PR.

Sabe-se, de acordo com os relatórios, que em relação ao quadro de profissionais dos MJ, o número de profissionais é reduzido, com condições de contratação precárias e sem a qualificação em saúde mental na perspectiva da Reforma Psiquiátrica e direitos humanos (CFP, 2021, p. 130). No entanto, o CMP/PR, que antes contava com o projeto de pesquisa e extensão, organizado pelo grupo de pesquisa do Núcleo de Estudos Avançados em Direito Internacional (NEADI), coordenado pelo Prof. Dr. Luis Alexandre Carta Winter, da Pontifícia Universidade Católica do Paraná – PUCPR, intitulado como “Elaboração de projeto terapêutico para as medidas de segurança de internamento e ambulatorial a partir da pesquisa e extensão no Complexo Médico-Penal, do Estado do Paraná” (Anexo B), teve suas atividades encerradas em 2011. Para além da falta de atendimentos, devido ao longo hiato de vistorias na Instituição, não se sabe como se encontram as instalações, mas o que se tem conhecimento, é que a falta de informação, instalações e insensibilidade em relação às necessidades dos pacientes impactam de forma negativa na condição de saúde (ALBUQUERQUE, 2016).

A qualidade dos cuidados em saúde atua diretamente na efetivação de outros direitos humanos, como o direito à vida e o direito à intimidade e ao sigilo médico, haja vista, que atendimentos em saúde sem a devida qualidade, como os promovidos por profissional com imperícia e negligência, tecnologia incerta ou não centrados na pessoa, podem causar danos aos usuários de saúde. Assim, os cuidados em saúde inaptos afetam de forma direta o paciente e aumentam custos, enquanto, em comparação aos cuidados qualificados, previne a procura de hospitais, alivia o sentimento de impotência e a vulnerabilidade (ALBUQUERQUE, 2016).

De acordo com o entendimento internacional, os Estados são os principais responsáveis pela efetivação dos direitos humanos dos pacientes e pela sua violação

também. Dessa forma, o dever de garantia concerne às autoridades estatais. O Estado é responsável internacionalmente em proporcionar sistemas de saúde que respeitem os direitos humanos. No entanto, são os profissionais de saúde que atuam diretamente com os pacientes, sendo estes, então, a observância concreta da efetivação dos direitos dos mesmos. Cabe ao Estado incentivar políticas e programas de formação e capacitação para profissionais de saúde em direitos dos pacientes sob a perspectiva dos direitos humanos (ALBUQUERQUE, 2016).

6.1.3. Direito à intimidade e ao sigilo médico

Com tutela jurídica, prevista no art. 5.º, inc. X, da Constituição Federal brasileira, garantido a todos os indivíduos sem qualquer distinção, o direito à intimidade é inviolável. Em normativa específica dirigida à pessoa portadora de transtorno mental, garante-se o sigilo das informações prestadas nos atendimentos de saúde mental.

Art. 2º, Lei nº 10.216/2001: 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: (...)

IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas. (grifo nosso)

As informações sobre as condições de vida do paciente são sigilosas não apenas em decorrência da confidencialidade que auxilia a relação médico-paciente, mas, também, por conta da própria natureza íntima da informação (ALBUQUERQUE, 2016). A garantia do sigilo médico nos tratamentos em saúde mental é essencial, pois é durante a entrevista médica que a pessoa em sofrimento psíquico busca auxílio e tem a expectativa que o médico, o outro do suposto saber, forneça a solução necessário para o cessar do sofrimento. A expectativa de auxílio em seu sofrimento favorece o paciente a expor sua intimidade. Essa exposição íntima da vida somente ocorre com base na confidencialidade desta relação. Conforme o paciente considera o médico como um potencial agente de auxílio, mais fácil e livremente expõe sua vida no que entende como relacionado à sua dificuldade. Por isso, com essa abertura, seguida da revelação das experiências vivenciadas, é possível levantar um considerável número de informações sobre o paciente e seu sofrimento apenas por meio da escuta (MACKINNON; MICHELS; BUCKLEY, 2018).

Tabela 7 - Direito de respeito à confidencialidade das informações relacionadas à saúde

-
1. Direito de ter seus dados e registros devidamente manuseados e arquivados de modo a preservar sua confidencialidade;
 2. Direito de consentir ou não com a revelação de informações relacionadas à saúde para terceiros não autorizados incluindo familiares salvo as exceções consentâneas com as normas legais e consentâneas com os direitos humanos;
 3. Direito de ser ouvido previamente em procedimento que vise a quebra de confidencialidade das informações relacionadas à saúde.
-

Fonte: ALBUQUERQUE, 2016, p. 137.

6.1.4. Direito à liberdade

Acolhendo a normativa do art. 3.º, Declaração Universal dos Direitos Humanos, todo indivíduo tem direito à liberdade. Também preconizado no art. 5.º, inc. III e XLVII, da Constituição Federal brasileira, de 1988, a tutela da liberdade individual, a proibição da tortura, do tratamento desumano ou degradante e vedação de pena de morte, perpétua, trabalhos forçados, banimento e cruéis.

Ainda, com respaldo da Lei nº 10.216/2001, que dispõe sobre a garantia e proteção de direitos específicos da pessoa portadora de transtorno mental e redireciona o modelo assistencial em saúde mental:

Art. 2º, Lei nº 10.216/2001: 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: (...)

IX – ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental. (grifo nosso)

Em observância ao que ocorre no âmbito do processo penal, não é acolhida a prerrogativa do tratamento em liberdade proposto pela Lei Antimanicomial, ou seja, priorizando o tratamento ambulatorial. Pelo que foi possível observar por meio da metodologia escolhida para o desenvolvimento desta pesquisa, em âmbito processual, com a instauração do Incidente de Sanidade Mental, o tratamento de internação é frequentemente sugerido nos laudos psiquiátrico e/ou psicológicos resultantes das avaliações no decorrer do processo penal, como demonstram nos laudos de sanidade mental redigidos, primeiramente, no tópico V – discussão e conclusão sobre o Laudo de Sanidade Mental:

Imagem 8 - Indicação psiquiátrica de tratamento preferencial de internação

tratamento por entender que se tratava de poderes mágicos (telepatia). Após o incidente, foi encaminhado para atendimento psiquiátrico no CMP e está fazendo uso de medicação neuroléptica, porém os sintomas permanecem positivos. Recomendamos que seja submetido a rigoroso tratamento de enfoque biopsicossocial, preferencialmente em regime hospitalar e posteriormente em

Fonte: DPE/PR, 2021.

E a mesma ideia é reforça no quesito de respostas aos quesitos, como se pode observar:

Imagem 9 - Reforço da indicação psiquiátrica de tratamento preferencial de internação na resposta aos quesitos.

3) Necessita o réu de tratamento especializado? De que espécie? Por quanto tempo?

Resposta: Sim. Recomendamos que o examinando seja submetido a rigoroso tratamento de enfoque biopsicossocial, preferencialmente em regime hospitalar e posteriormente em ambulatório ou CAPS do serviço de saúde mental do município de seu domicílio.

Fonte: DPE/PR.

Sendo que em apenas 2 (dois) casos, foi possível verificar a ineficácia do tratamento em liberdade, com base das informações dos EVCPs analisados.

Além disso, a liberação ou desinternação, do ponto de vista da Psiquiatria, mesmo considerando a “periculosidade cessada” do examinando, refere-se há um local no qual haja contenção física e que o paciente não possa sair sozinho para a rua, como demonstra a imagem a seguir. Que forma de desinternação é essa?

Imagem 10 - Direito à liberdade.

CONCLUSÃO: a psiquiatria, no momento, considera cessada a sua periculosidade, contanto que o interno seja encaminhado para casa de apoio para que possa ter pessoa responsável pela sua rotina de higiene, alimentação, uso adequado das medicações psiquiátricas e principalmente local em que haja uma contenção física, em que o paciente não possa sair sozinho para a rua.

Fonte: DPE/PR, 2021.

6.1.4.1. Da supressão das medidas de proteção da pessoa portadora de transtorno mental

Das doutrinas consultadas para aporte teórico do desenvolvimento desta pesquisa, apenas uma dentre as doutrinas consultadas apresentou entendimento divergente e de acordo com a Lei Antimanicomial (SANTOS, 2020), mesmo os doutrinadores que reconhecem que a reforma penal, em 1984, não transformou a realidade do tratamento destinado ao portador de transtorno mental e, nem mesmo, a instituição destinada à sua contenção. Assim, constata Bitencourt (2019, p. 934): “Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico não passa de uma expressão eufemística utilizada pelo legislador da Reforma Penal de 1984 para definir o velho e deficiente manicômio judiciário”.

A Lei n.º 10.216/01 instaurou mudanças significativas na compreensão do conceito de doença mental, nos direitos e na proteção dos cidadãos acometidos de transtornos mentais, nas modalidades e nos objetivos da internação psiquiátrica destas pessoas, no predomínio do tratamento ambulatorial em caso de condutas típicas criminais práticas por esses cidadãos nos crimes apenados com reclusão, e demais alterações, que instituíram um novo e progressista modelo na definição e das formas de tratamentos e cuidados em saúde mental do cidadão (SANTOS, 2020).

O advento desse novo entendimento em saúde mental e normatizado neste dispositivo legal conflita com o sistema e o regime de execução das medidas de segurança do Código Penal de forma fortemente perceptível e inquestionável, colocando em xeque os fundamentos epistemológicos e os objetivos pragmáticos ultrapassados do modelo hospitalocêntrico do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, desarticulando seus próprios e irremediáveis erros e irregularidades (SANTOS, 2020).

A promulgação da Lei da Reforma Psiquiátrica interpõe significativas repercussões para o Sistema de Justiça Criminal brasileiro com o rompimento da ideia de periculosidade criminal. Isso posto, a mudança epistemológica renunciada do conceito de periculosidade, conseqüentemente, não consente a atribuição aos sujeitos acometidos de transtorno mental sequer por presunção legal na hipótese da inimputabilidade (arts. 26 e 97, CP), nem sequer na hipótese legal de semi-imputabilidade quando necessário o cumprimento de diligências especiais para tratamento curativo (arts. 26, parágrafo único, e 98, CP) (SANTOS, 2020).

Com o surgimento da Lei n.º 10.216/01, o Direito se depara com um aparente conflito entre normas – o sistema legal das Medidas de Segurança do Código Penal *versus*

sistema legal das Medidas de Proteção da Lei Antimanicomial. A aparente antinomia deve ser solucionada pelo princípio da especialidade – o qual a lei específica que rege o tema afasta ou exclui lei geral. Quer dizer, a legislação penal é afastada e a Lei Antimanicomial rege sobre o tema, no caso da incidência da especialidade no plano material (SANTOS, 2020).

Em um primeiro momento, a ausência de revogação específica dos dispositivos penais com o sancionamento da Lei Antimanicomial induz ao entendimento da justaposição dos dois modelos distintos: a) o ultrapassado modelo das medidas de segurando do Código Penal para sujeitos que incidiram em norma penal, foram absolvidos impropriamente e sentenciados como inimputáveis e b) o novo modelo das medidas de proteção postos pela Reforma Psiquiátrica para pessoas portadoras de transtorno mental sob o novo paradigma em saúde mental. No entanto, fundamentado em um entendimento sistêmico, verifica-se que o legislador não ousou revogar as normas em conflito das medidas de segurança do CP (em especial, o art. 97 seguido de seus parágrafos). Esse movimento ficou a cargo da Lei Antimanicomial estipulando medidas de proteção para pessoas portadoras de transtorno mental, aplicável ao cidadão comum nas hipóteses de internação voluntária e involuntária e aplicável ao cidadão infrator na hipótese de internação compulsória, com tácita revogação das normas contrárias da legislação penal (SANTOS, 2020).

Paralelamente ao rompimento conceitual ultrapassado de doença mental, a mesma lei propõe a desinternação programada dos internos com dependência institucional. Ou seja, da mesma forma, há um rompimento com a forma de tratamento em saúde mental em instituições psiquiátricas perpétua.

Art. 5º, Lei nº 10.216/01: 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.

O estabelecimento da necessidade de desinternação normativo reflete nas normas penais delineando importantes alterações banindo da legislação criminal o prazo indeterminado da internação ou do tratamento ambulatorial, anula o prazo mínimo de 1 a 3 anos das medidas de segurança, por sua clara incompatibilidade com a proposta de desinternação e rompe com a imprescindibilidade pericial e subsequente comprovação de

cessação de periculosidade para extinção da medida de segurança (art. 97, §1.º e §2.º, CP) (SANTOS, 2020).

Os olhos cerrados da acadêmica e jurisprudência poderiam colocado um ponto final nesta aparente antinomia, reverberando imediatamente e minimizando o sofrimento de pessoas portadoras de transtorno mental que definham nos HCTP apenas aplicando as normas específicas da Lei Antimanicomial (SANTOS, 2020).

6.1.4.2. Do consentimento informado do paciente em tratamento psiquiátrico

O consentimento informado tem como objetivo proporcionar conhecimentos para que o paciente se torne capaz para decidir sobre o tratamento ou procedimento médico a ser escolhido. Em razão disso, ao médico é atribuído o dever de viabilizar informações de forma mais clara e ampla possível, esclarecendo opções, prognósticos e consequências dos tratamentos possíveis e disponíveis, além do dever de advertir sobre os eventuais riscos aos quais poderá se submeter. As informações médicas prestadas possibilitarão que o paciente esteja consciente e livre para determinar a condução do seu tratamento de forma segura e consciente (CABRAL, 2018).

As informações médicas são dirigidas ao próprio paciente que se submeterá ao tratamento ou procedimento médico, legitimando a pessoa como agente de sua própria vontade, instruído para exercer sua autonomia existencial, por meio da liberdade de escolha que lhe é conferida. Portanto, o consentimento deve decorrer diretamente do paciente. Apenas em alguns casos específicos, as informações e o consentimento devem ser dirigidos à família ou ao responsável legal do mesmo. São os casos de menoridade, incapacidade mental ou quando este se encontra em estado debilitado de saúde e/ou em grave estado da doença impedindo-o de posicionar-se livremente de acordo com a sua vontade, devido a impossibilidade de razão psicoemocional (CABRAL, 2018).

As hipóteses de incapacidade civil absoluta são das pessoas com idade igual ou inferior a 16 anos, os ébrios e os dependentes químicos; o indivíduo que transitória ou permanentemente não puder expressar sua vontade e o pródigo. Excluindo tais hipóteses, a pessoa está em efetiva aptidão para decidir e manifestar sua vontade (SOARES, 2021).

De forma habitual, a decisão sobre a habilidade do paciente para tomada de decisão e verifica se este tem condição de receber a informação é de atribuição do médico responsável pelo atendimento. Portanto, a análise sobre a compreensão e de decisão do paciente é realizada de acordo com o entendimento do profissional e, portanto, é

unidisciplinar. Caso o médico entenda que o paciente não tem capacidade de deliberar sobre seu tratamento, será o mesmo médico que decidirá pelo paciente quem receberá a informação e decidirá pela pessoa atendida, sendo, geralmente, quem o acompanha, contudo, sem maiores questionamentos sobre a pessoa que ficará responsável pelas decisões sobre o paciente (SOARES, 2021).

Nos casos de medidas de segurança de internação, quem decide pelo paciente? O Juízo competente, a família ou o médico tem poderes ilimitados para decidir pelo paciente? Sabe-se que as pessoas que são segregadas com o pretenso discurso de tratamento, muitas vezes perdem o laço familiar e social, uma vez que o isolamento imposto pelo tratamento penal impõe mais uma barreira, além da conduta praticada. Visto que o poder judiciário segue o recomendado pela medicina, o médico tem poderes ilimitados sobre a vida do paciente.

A Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (DUBDH) institui o art. 3.º, alínea “a”, “a dignidade humana, os direitos humanos e as liberdades fundamentais devem ser respeitados em sua totalidade”. A posição adotada pela Declaração ressalta a responsabilidade com os direitos fundamentais da pessoa. Na sequência dos dispositivos, sobre autonomia e responsabilidade individual, no art. 5.º, estabelece “Deve ser respeitada a autonomia dos indivíduos para tomar decisões, quando possam ser responsáveis por essas decisões e respeitem a autonomia dos demais. Devem ser tomadas medidas especiais para proteger direitos e interesses dos indivíduos não capazes de exercer autonomia”, preservando os direitos dos incapazes (CABRAL, 2018).

Devido à importância do assunto para respeito da dignidade humana (CABRAL, 2018), o consentimento é tratado no art. 6.º, alínea “a” estabelecendo que:

Qualquer intervenção médica preventiva, diagnóstica e terapêutica só deve ser realizada com o consentimento prévio, livre e esclarecido do indivíduo envolvido, baseado em informação adequada. O consentimento deve, quando apropriado, ser manifesto e poder ser retirado pelo indivíduo envolvido a qualquer momento e por qualquer razão, sem acarretar desvantagem ou preconceito

Destaca-se que o disposto legal ressalta, além da imprescindibilidade de liberdade para decidir, a informação proporcionada deve ser adequada, ou seja, clara, objetiva e possível de ser compreendida, de acordo com sua cultura e intelecto, devendo, o profissional, evitar a utilização de termos técnicos que dificultem o entendimento por parte do paciente. Além disso, é assegurado à pessoa renuncie ao consentido a qualquer tempo e independente da motivação (CABRAL, 2018).

Em relação aos indivíduos incapazes de consentimento, o art. 7.º determina “Em conformidade com a legislação, proteção especial deve ser dada a indivíduos sem a capacidade para fornecer consentimento”. Em relação ao Brasil, o qual é um dos 192 países signatários da Declaração, refere-se à legislação específica brasileira, que rege as disposições pertinentes as incapacidades, orientado pelo Código Civil brasileiro vigente e alterado pela Lei n.º 13.146, de 6 de julho de 2015, conhecida como Estatuto da Pessoa com Deficiência, que veda discriminações, estabelece a igualdade e efetiva a proteção legal às pessoas com deficiência (CABRAL, 2018).

O Comitê organizado pela Convenção Internacional sobre os Direitos da Pessoa com deficiência, em relação à interpretação das normativas, editou três comentários gerais, adotou um guia para implementação e realizou apontamentos no relatório inicial apresentado pelo Estado Brasileiro sobre a proteção das pessoas com transtorno mental, em razão do art. 14, da Convenção Internacional sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência:

Artigo 14

Liberdade e segurança da pessoa

1.Os Estados Partes assegurarão que as pessoas com deficiência, em igualdade de oportunidades com as demais pessoas:

- a) Gozem do direito à liberdade e à segurança da pessoa; e
- b) Não sejam privadas ilegal ou arbitrariamente de sua liberdade e que toda privação de liberdade esteja em conformidade com a lei, e que a existência de deficiência não justifique a privação de liberdade.

2.Os Estados Partes assegurarão que, se pessoas com deficiência forem privadas de liberdade mediante algum processo, elas, em igualdade de oportunidades com as demais pessoas, façam jus a garantias de acordo com o direito internacional dos direitos humanos e sejam tratadas em conformidade com os objetivos e princípios da presente Convenção, inclusive mediante a provisão de adaptação razoável.

O Comentário Geral nº 01, do Comitê sobre os Direitos da Pessoa com deficiência discorre especificadamente sobre a interpretação do artigo 12, da referida Convenção, referente da igualdade perante a Lei:

Artigo 12

Reconhecimento igual perante a lei

1.Os Estados Partes reafirmam que as pessoas com deficiência têm o direito de ser reconhecidas em qualquer lugar como pessoas perante a lei.

2.Os Estados Partes reconhecerão que as pessoas com deficiência gozam de capacidade legal em igualdade de condições com as demais pessoas em todos os aspectos da vida.

3.Os Estados Partes tomarão medidas apropriadas para prover o acesso de pessoas com deficiência ao apoio que necessitarem no exercício de sua capacidade legal.

4.Os Estados Partes assegurarão que todas as medidas relativas ao exercício da capacidade legal incluam salvaguardas apropriadas e efetivas para prevenir

abusos, em conformidade com o direito internacional dos direitos humanos. Essas salvaguardas assegurarão que as medidas relativas ao exercício da capacidade legal respeitem os direitos, a vontade e as preferências da pessoa, sejam isentas de conflito de interesses e de influência indevida, sejam proporcionais e apropriadas às circunstâncias da pessoa, se apliquem pelo período mais curto possível e sejam submetidas à revisão regular por uma autoridade ou órgão judiciário competente, independente e imparcial. As salvaguardas serão proporcionais ao grau em que tais medidas afetarem os direitos e interesses da pessoa.

5.Os Estados Partes, sujeitos ao disposto neste Artigo, tomarão todas as medidas apropriadas e efetivas para assegurar às pessoas com deficiência o igual direito de possuir ou herdar bens, de controlar as próprias finanças e de ter igual acesso a empréstimos bancários, hipotecas e outras formas de crédito financeiro, e assegurarão que as pessoas com deficiência não sejam arbitrariamente destituídas de seus bens.

O Comitê distingue os conceitos de capacidade legal e de capacidade mental, apontando que alguns relatórios estatais apresentam um desalinhamento entre os conceitos, de forma que eventuais dificuldades nas habilidades decisórias de uma pessoa, frequentemente em razão de uma deficiência cognitiva ou psicossocial, acarretam, de forma discriminatória, a desconsideração de sua capacidade legal. No mesmo documento, o Comitê destaca que o não reconhecimento da capacidade legal tem incorrido à detenção das pessoas com deficiência em instituições contra a sua vontade ou sem consentimento, o que caracteriza privação de liberdade. E pontua: todos os profissionais médicos sanitários – inclusive os psiquiatras – devem solicitar, previamente, sobre qualquer tratamento e/ou intervenção, o consentimento livre e informado da pessoa com deficiência (VIVAS, 2021).

Por isso, a internação compulsória por coação judiciária, nos casos de transtorno mental, deve ser revogada imediatamente, pois o portador de transtornos mentais, independentemente de qualquer diagnóstico, tem os mesmos direitos do portador de transtorno mental que não incidiu em norma penal, ou seja, de cuidar, tratar-se, da sua saúde mental em serviços de qualidade, o que não observamos nos manicômios judiciários, por razões multifatoriais, em liberdade e com autonomia do sujeito em respeito à sua condição e dignidade humana.

Assim, resumidamente, o direito de consentimento informado em saúde mental é:

Tabela 8 - Direito de consentir ou não acerca de seus cuidados em saúde mental.

- | |
|--|
| 1. Direito de consentir ou não em relação a seus cuidados em saúde ações de risco de morte ou em que esteja medicamente incapaz de consentir; |
| 2. Direito de participar do processo de tomada de decisão sobre seus cuidados em saúde; |
| 3. Direito de ser envolvido ativamente nas deliberações sobre seus cuidados, verificando os tratamentos disponíveis, os objetivos e as prioridades bem como participando da construção do plano terapêutico; |
| 4. Direito de retirar o consentimento sem sofrer represálias; |

5. Direito ao consentimento informado sem coerção ou influência indevida.

Fonte: ALBUQUERQUE, 2016, p. 141.

A garantia ao direito de consentimento informado é um elemento essencial do direito humano à saúde e requer adesão a políticas, programas e protocolos que respeitem a autonomia e a dignidade humana do paciente, bem como, assegurar medidas de apoio e proteção dirigidas ao fortalecimento das redes de cuidado comunitárias existentes. Em conclusão, o direito ao consentimento informado se perfaz no processo terapêutico e relaciona-se permanentemente com o direito à informação, que se liga ao direito à educação, e assim por diante, que se refere a toda um conjunto de direitos humanos, colocando, assim, o respeito ao direito ao consentimento informado é o respeito a proteção e efetivação dos direitos humanos (ALBUQUERQUE, 2016).

6.1.5. Direito à vida

O evento da morte é uma dilacerante realidade a qual todo o ser humano está fadado a vivenciar, afinal, o ser humano é temporal e a vida finita. O viver em sofrimento pode acarretar a antecipação da morte. Deve-se, então, buscar evitar o sofrimento e as mortes evitáveis. A Bioética – no sentido de ética aplicada no contexto social injusto e plural – busca contribuir para a tutela, defesa e promoção da vida humana, especialmente, a vulnerada e exposta à probabilidade de morte mistanásica, ou seja, precoce e evitável (RICCI, 2017).

O encontro de doenças físicas nas pessoas portadoras de transtorno mental é frequente tanto em relação da presença dos sintomas prejudicando o cuidado com a saúde, tendo como consequência o agravamento físico da doença, bem como, o adoecimento físico conduzindo ao surgimento de transtornos. Além disso, deve-se considerar que as pessoas acometidas de transtorno mental, podem colocar-se em risco, como, por exemplo, permanecendo longos período em situação de rua, em fragilidade econômica e a exposição a efeitos colaterais das medicações (MOREIRA; BRANDÃO; BALDAÇARA, 2021).

Mas, às dores inerentes à privação de liberdade somam-se dores físicas provocadas pela falta de ar, de sol, de luz, pela promiscuidade dos alojamentos, pela precariedade das condições sanitárias, pela falta de higiene, pela alimentação muitas vezes deteriorada, o que resulta na propagação de doenças especialmente doenças transmissíveis que atingem os presos em proporções muito superiores aos índices registrados na população (KARAM, 2009, p. 16).

6.2. DA NEGAÇÃO DA EXISTÊNCIA DE DIREITOS DA PESSOA PORTADORA DE TRANSTORNO MENTAL NO SISTEMA PRISIONAL PELA PSIQUIATRIA E PELA PSICOLOGIA

O objetivo do exame criminológico é claro: questiona-se a possibilidade de reincidência ou periculosidade. No entanto, quanto a este questionamento, manifesta o Conselho Federal de Psicologia, que não há nas ciências psicológicas qualquer forma, meio e/ou instrumento que viabilize o “prognóstico criminológico”. Isso porque a reincidência criminal é entendida como um comportamento humano tipificado como crime que, como os demais comportamentos, de modo algum podem ser completa e plenamente previstos por um único recurso. Haja vista que o comportamento humano, independente da sua tipificação penal, é resultado e resultante de infinidade e multiplicidade de fatores subjetivos, que por sua complexidade, não podem ser isolados e categorizados como influentes ou não para qualquer tipo de manifestação humana (CPF, 2016).

Em relação à exclusão do exame criminológico para a concessão de progressão de regime, o Conselho Federal de Psicologia também se manifestou de forma contrária a utilização deste tipo de avaliação (NASCIMENTO, 2011). Sendo assim, o CFP editou a Resolução nº 09/2010, manifestando-se sobre a regulamentação da atuação do psicólogo no sistema prisional.

Especificadamente nessa resolução, fica expressa a proibição da realização do exame criminológico por psicólogos que atuam no sistema penitenciário, bem como, a proibição da elaboração de qualquer documento escrito assinado por psicólogo, que tenha como objetivo o de contribuir para a decisão judicial durante o cumprimento da pena do sentenciado (NASCIMENTO, 2011).

Art. 4º. Em relação à elaboração de documentos escritos:

Conforme indicado nos Art. 6º e 112º da Lei nº 10.792/2003 (que alterou a Lei nº 7.210/1984), é vedado ao psicólogo que atua nos estabelecimentos prisionais realizar exame criminológico e participar de ações e/ou decisões que envolvam práticas de caráter punitivo e disciplinar, bem como documento escrito oriundo da avaliação psicológica com fins de subsidiar decisão judicial durante a execução da pena do sentenciado;

O psicólogo, respaldado pela Lei nº 10792/2003, em sua atividade no sistema prisional somente deverá realizar atividades avaliativas com vistas à individualização da pena quando do ingresso do apenado no sistema prisional. Quando houver determinação judicial, o psicólogo deve explicitar os limites éticos de sua atuação ao juízo e poderá elaborar uma declaração conforme o Parágrafo Único.

Parágrafo Único. A declaração é um documento objetivo, informativo e resumido, com foco na análise contextual da situação vivenciada pelo sujeito

na instituição e nos projetos terapêuticos por ele experienciados durante a execução da pena (CFP, 2010, p. 03).

A Resolução n.º 09/2010 destaca e também representa um complemento legal, em que apenas são autorizadas as atividades que foquem a individualização da pena do apenado quando ingressa no sistema prisional, assim, delimitando-se ao que já se encontra estabelecido no art. 8.º, da LEP⁷¹, o qual dispõe que a pessoa em cumprimento da pena de prisão, será submetida a exame criminológico para a obtenção dos elementos necessários a sua devida classificação e tendo em vista o princípio da individualização da execução. Assim sendo, a realização do exame, para fins de progressão de regime ou concessão de direitos ao preso, afrontaria a LEP, por conta da ausência de previsão legal, como citado anteriormente, e também afrontaria o posicionamento do CFP (NASCIMENTO, 2011).

Ainda referente à mesma Resolução n.º 09/2010, do CFP:

Art. 1º. Em todas as práticas no sistema prisional, o psicólogo deverá respeitar e promover: (...)

c) Desconstrução do conceito de que o crime está relacionado unicamente à patologia ou à história individual, enfatizando os dispositivos sociais que promovem o processo de criminalização (CFP, 2010, p. 01).

Por meio do posicionamento defendido pelo CFP, compreende-se que a prática do exame criminológico não deve acontecer, pois tal instrumento não avalia as causas sociais que se encontram presentes no processo de criminalização e, tão somente, focam no indivíduo que praticou o tipo penal. O entendimento disposto na resolução n.º 09/2010, corresponde à Criminologia Crítica, a qual destaca outros fatores de criminalização e não apenas o sujeito (NASCIMENTO, 2011).

A Resolução n.º 09/2010, não se encontra mais em vigor, pois ocorreu que foi imposta ao CFP a suspensão da mesma, sendo então editada a Resolução n.º 19/2010 e, mais tarde, a Resolução n.º 02/2011 com a finalidade de evitar o possível ajuizamento de Ação Civil Pública por parte do Ministério Público, a qual contradiria a eficácia da Resolução revogada, até mesmo os avanços por ela propostos (NASCIMENTO, 2011).

Assim, no dia 25 de maio de 2011, foi editada a Resolução n.º 12/2011, que revogou as disposições contrárias, em especial a Resolução n.º 09/2010. Este novo aparato legal ocasionou relevante alteração na atuação do psicólogo na elaboração de documentos

⁷¹ Art. 8º, LEP: O condenado ao cumprimento de pena privativa de liberdade, em regime fechado, será submetido a exame criminológico para a obtenção dos elementos necessários a uma adequada classificação e com vistas à individualização da execução.

escritos no campo da execução penal (NASCIMENTO, 2011), conforme se apresenta o novo texto:

Art. 4º. Em relação à elaboração de documentos escritos para subsidiar a decisão judicial na execução das penas e das medidas de segurança:

A produção de documentos escritos com a finalidade exposta no caput deste artigo não poderá ser realizada pela(o) psicóloga(o) que atua como profissional de referência para o acompanhamento da pessoa em cumprimento da pena ou medida de segurança, em quaisquer modalidades como atenção psicossocial, atenção à saúde integral, projetos de reintegração social, entre outros;

A partir da decisão judicial fundamentada que determina a elaboração do exame criminológico ou outros documentos escritos com a finalidade de instruir processo de execução penal, excetuadas as situações previstas na alínea 'a', caberá à(ao) psicóloga(o) somente realizar a perícia psicológica, a partir dos quesitos elaborados pelo demandante e dentro dos parâmetros técnico-científicos e éticos da profissão.

§ 1º. Na perícia psicológica realizada no contexto da execução penal ficam vedadas a elaboração de prognóstico criminológico de reincidência, a aferição de periculosidade e o estabelecimento de nexos causal a partir do binômio delito-delinquente.

§ 2º. Cabe à(ao) psicóloga(o) que atuará como perita(o) respeitar o direito ao contraditório da pessoa em cumprimento de pena ou medida de segurança (CFP, 2011, p. 04).

Enfatiza-se que, com o novo texto do artigo supracitado, há a possibilidade da realização do exame criminológico, ficando assim, desde 02 de junho de 2011, autorizado ao psicólogo realizar este tipo de avaliação, desde que, evidentemente, em conformidade com o exposto acima (NASCIMENTO, 2011).

No entanto, a Resolução nº 12/2011 também se encontra suspensa. Na data de 10 de abril de 2015, os Conselhos Regionais e o Conselho Federal de Psicologia, foram surpreendidos com a decisão dita pela 1ª Vara Federal de Porto Alegre. Tal decisão decorre de uma Ação Civil Pública, provocada pelo Ministério Público contra o CFP e o CRP/RS, na qual houve antecipação de tutela para suspender em todo território os efeitos da Resolução CFP nº 012/2011.

A sentença atinge, especialmente, o artigo 4.º, §1.º, da resolução citada acima, que impede “a elaboração de prognóstico criminológico de reincidência, a aferição de periculosidade e o estabelecimento de nexos causal, a partir do binômio delito-delinquente” na perícia psicológica, que ocorre em âmbito penal defendendo uma pressuposta prática da psicologia – o exame criminológico – que não é tida como uma prática da psicologia, visto que sua terminologia é pertencente às ciências criminológicas, mais especificamente referente a uma criminologia clínico-etiológica, e não relacionado ao universo da ciência psicológica e nem a sua prática (CFP, 2016).

Resta claro que a decisão desrespeita o proposto pela lei que regulamenta a profissão de psicólogo⁷², pois é de competência deste profissional a contribuição em temáticas psicológicas ligada a outras ciências – neste caso, o direito – e extrapola sua função, intervindo em questões técnicas, éticas, políticas e de conhecimento, causando um distanciamento da adequada prática profissional firmada nos códigos, legislações, na produção de conhecimento, políticas públicas e no comprometimento com uma sociedade mais justa e menos excludente (CFP, 2011).

Atualmente, o conhecido “pacote anticrime”, sancionado recentemente, revogou qualquer necessidade do exame criminológico. Em relação ao EVCP, já somam 37 anos de invisibilidade e domínio total da Psiquiatria nas MS e 20 anos de negação das medidas de proteção aos portadores de transtornos mentais após a Reforma Psiquiátrica.

6.3. DO SIMBÓLICO AO REAL DO EXAME DE VERIFICAÇÃO DE CESSAÇÃO DE PERICULOSIDADE

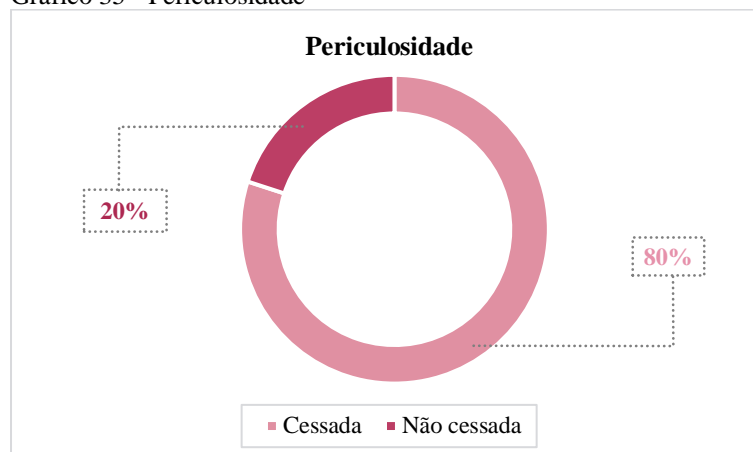
Tão essencial como compreender como um conceito jurídico é avaliado pela especialidade médica da Psiquiatria e os seus desdobramentos estigmatizantes e violadores de direitos fundamentais do homem, é expandir a pesquisa analisando como o Judiciário acolhe os documentos produzidos pelo psiquiatra, no tocante à cessação da periculosidade, afim de que se possa responder a pergunta norteadora desta pesquisa: de que forma o exame de verificação de cessação de periculosidade se relaciona com a violação de direitos humanos na execução penal do sistema de justiça criminal brasileiro?.

Dessa forma, fez parte da análise documental, técnica escolhida para desenvolvimento da presente pesquisa, a decisão judicial da execução penal subsequente ao laudo psiquiátrico e sua apreciação pelo Juízo competente.

De cunho proporcional para comparação, verificou-se que a proporção de laudos com conclusão de periculosidade cessada iguala-se à proporção de decisões interlocutórias de mérito que deferiram a liberdade vigiada dos periciados, como demonstram os gráficos de comparação proporcional da amostra a seguir:

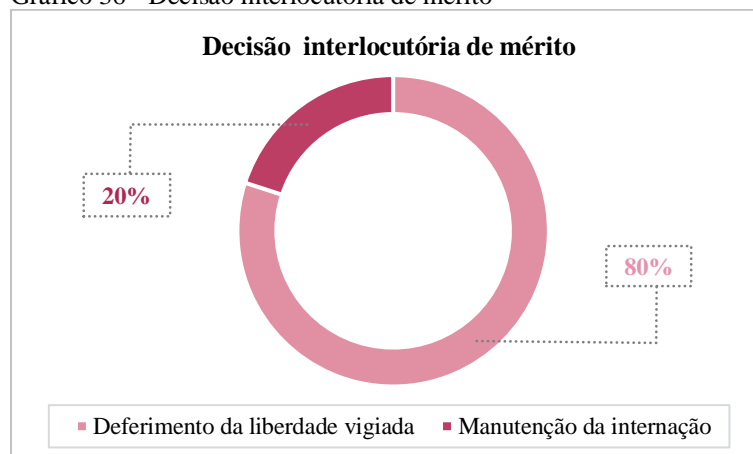
⁷² Art. 13º, § 2º, Lei nº 4.119/62: É da competência do Psicólogo a colaboração em assuntos psicológicos ligados a outras ciências.

Gráfico 35 - Periculosidade



Fonte: Análise da amostra de laudos psiquiátricos de EVCP elaborados no CMP/PR em 2018 e 2019 disponibilizados pela DPE/PR. Elaborado por COBBE, 2021.

Gráfico 36 - Decisão interlocutória de mérito



Fonte: Análise da amostra de laudos psiquiátricos de EVCP elaborados no CMP/PR em 2018 e 2019 disponibilizados pela DPE/PR. Elaborado por COBBE, 2021.

No entanto, apenas uma questão de comparativa de proporções não basta para constar qual o acolhimento dos laudos pelo Juízo competente. Assim, de acordo como demonstra a tabela abaixo, é possível verificar que quando a conclusão da periculosidade no laudo psiquiátrico é de resultado “cessada”, a decisão judicial subsequente acolhe o posto pelo laudo psiquiátrico, deferindo a medida de segurança restritiva – também chamada de liberdade vigiada – ao periciado. Em contraposição, quando o resultado aferido pelo laudo psiquiátrico é de periculosidade “não cessada”, a decisão judicial também acompanha a conclusão do exame, mantendo a medida de segurança detentiva do periciado. A aceitação integral do laudo o exame de verificação de periculosidade pode ser constatada em toda a amostra analisada.

Tabela 9 - Comparativo entre periculosidade e decisão interlocutória de mérito

Laudo	Avaliação Psiquiátrica		Decisão
	Data	Periculosidade	
01	02/05/2018	Não cessada	Manutenção da internação
02	02/05/2018	Cessada	Deferimento da liberdade vigiada
03	24/10/2018	Cessada	Deferimento da liberdade vigiada
04	25/10/2018	Cessada	Deferimento da liberdade vigiada
05	28/02/2019	Cessada	Deferimento da liberdade vigiada
06	23/07/2019	Não cessada	Manutenção da internação
07	15/08/2019	Cessada	Deferimento da liberdade vigiada
08	22/08/2019	Cessada	Deferimento da liberdade vigiada
09	22/10/2019	Cessada	Deferimento da liberdade vigiada
10	05/11/2019	Cessada	Deferimento da liberdade vigiada

Fonte: Análise da amostra de laudos psiquiátricos de EVCP elaborados no CMP/PR em 2018 e 2019 disponibilizados pela DPE/PR. COBBE, 2021.

Restou excluído objeto de análise deste trabalho os documentos psicológicos produzidos para os Exames de Verificação de Cessação de Periculosidade, visto que a função que a Psicologia exerce no âmbito da execução penal é preterida, em relação à Psiquiatria, de acordo com o entendimento jurisprudencial demonstrado e analisado no tópicoreferente aos exames complementares dos laudos psiquiátricos.

Dessa forma, a primeira hipótese referente a uma avaliação sobre a periculosidade do sujeito e a possibilidade de comportamento violento futuro realizada com base em testagem psicológica, por meio de um diálogo interdisciplinar entre Psiquiatria e Psicologia, fora refutada, pois a avaliação psicológica não é um requisito que se entende como obrigatório e requisitado pela Psiquiatria – não constando em todos os EVCPs –, bem como, a jurisprudência posiciona-se de forma a reforçar o poder psiquiátrico de decisão desta especialidade médica no cumprimento das medidas de segurança. Além disso, reforça-se a exposição e exercício do poder psiquiátrico, com base no descrição no laudo a seguir, no qual, o médico atencipou-se ao Juízo competente, para levantamento de informações do serviço social e para acolhimento do interno:

Imagem 11 - Poder psiquiátrico.

Neste momento o Serviço Social, ao meu pedido, fez contato como uma das suas irmãs, que prontamente se prontificou a aceitá-lo em sua casa e cuidar dele.

Diante do exposto, de maneira clara e objetiva, a psiquiatria considera que a periculosidade do interno está cessada, podendo o mesmo voltar para o seio da sua família e para seu trabalho na agricultura, que lhe faz muito bem. Nesse sentido o parecer é **favorável** para o levantamento da sua medida de segurança.

Fonte: DPE/PR, 2021.

Com relação a segunda hipótese desta pesquisa, referente ao entendimento de desnecessidade de avaliação psiquiátrica e laudo médico-pericial atestando cessação de

periculosidade do sujeito pelo Juízo competente da execução penal, é parcialmente consistente com o que foi possível verificar por meio das desinternações que não possuíam laudo médico-pericial, entendendo o poder judiciário como desnecessário a aferição de cessação da periculosidade para os casos em que a conduta típica realizada fora praticada sem violência.

Assim, após o levantamento e análise das informações contidas nos laudos referentes ao EVCP, observando o trabalho que a Psiquiatria exerce no âmbito da execução penal, resta clara a função real desempenhada por esta especialidade da área da medicina, por meio do exame de verificação de cessação de periculosidade – o objeto de estudo desta pesquisa –, é de agente científico realizador da biopolítica. Visto que é a especialidade que esforça para encarcerar os indivíduos portadores de transtorno mental, devido a evidentemente diferença qualitativa dos laudos psiquiátricos no decorrer da persecução penal, com a sugestão de tratamento manicomial. É, também, a especialidade que decide quais sujeitos serão libertados, sem ter ofertado tratamento em saúde mental aos libertos e sem ofertar aos que estão encarcerados, assim, configurando uma função tão-somente de decisão, vigilância e punição em restrição de circulação física no território dos indesejáveis e o julgamento daqueles que têm direito ao território, à cidade e à saúde física e mental (de fato).

Assim, o exame de verificação de cessação de periculosidade, por meio da anuência ou negativa do médico, se relaciona com a violação de direitos humanos na execução penal do sistema de justiça criminal brasileiro, pois é este ato formal médico que se apresenta como real alvará de soltura das medidas de segurança – assim como já constatava Nilo Batista (2003, p. 09), *ipsis litteris*, “Este acasalamento entre os saberes jurídico e médico, compartilhando processos decisórios e gestões ao ponto de em algum momento a alta hospitalar provir de decisão judicial e o laudo psiquiátrico converter-se em alvará de soltura”. Nesse sentido, o psiquiatra decide quem continuará submetido às violações de direitos humanos e quem se desvencilhará do desrespeito à sua dignidade física, psíquica e de cidadão.

PARA NÃO CONCLUIR: UMA NOVA LUTA CONTRA VIOLAÇÕES DE DIREITOS HUMANOS OU A INSURGÊNCIA DA RESISTÊNCIA NA LUTA ANTIMANICOMIAL?

Sob a luz de uma leitura crítica do Direito Penal, Processual Penal e Execução Penal, claramente as medidas de segurança se estabeleceram e perduram na atualidade como artifício jurídico para a restrição territorial e o cerceamento de direitos básicos e fundamentais, portanto, humanos, dos indivíduos considerados indesejáveis pela sociedade contemporânea.

O desenvolvimento científico da área da Psiquiatria e da Psicologia, com a expansão e codificação dos mais diversos transtornos mentais, já que a ciência é “a verdade”, legitimaram a criação e manutenção da perpetuação de um lugar real para um não lugar, simbólico, para indivíduos com expressões subjetivas que destoam do que foi qualificado como “normal”. Esse lugar foi concretizado e tem características de Instituições Totais, como foi possível verificar durante o desenvolvimento de toda pesquisa, por meio da resistência e dificuldade; por fim, pode-se entender como se dá a negação de acesso aos dados e, em razão disso, às pessoas que ali estão para tratamento.

Por meio da Criminologia Positivista, presente desde o século XIX até hoje, encontra-se presente a cassada de características individuais com as que podemos categorizar os seres humanos em bons e maus. Dessa forma, anteriormente, cientificamos o racismo e violamos direitos humanos de toda uma população – que se reflete até hoje, mesmo fora do cárcere.

Com a ascensão da Psiquiatria, iniciamos o encarceramento dos loucos criminosos, pois eles estavam “possuídos”. Atualmente, encarceramos os indivíduos que fazem uso de substância classificada como ilícita, por meio de dispositivos normativos punitivos, pois as drogas atuam sobre o pensamento e as ações do sujeito de tal forma que o leva a praticar o “mal”. Transforma-se o simples vendedor – sem adentrar as questões que a guerra estatal com as drogas trava – em traficante; um agente do mal infiltrado na sociedade para aliciar as pessoas para a prática do mal.

Não se trata de discutir sobre uma ciência de “futuraologia”, pois, tal previsão, não é possível, mas o que se observa em matéria criminal, principalmente na competência do Tribunal do Júri, é a volta do mal ao sujeito de forma inata, por meio da codificação dos Transtornos da Personalidade – nomeadas como psicopatia e sociopatia. Ou seja, o mal volta a fazer parte do sujeito, mas, agora, em características de personalidade, que

são ainda mais difíceis de verificar e menos palpáveis como evidências científicas, se comparadas às características de expressão fenotípicas anteriormente estudadas e categorizadas, que ignoram totalmente a expressão emocional, que é de caráter bastante particular, individual e cultural do sujeito.

No limiar entre uma pesquisa exploratória e uma pesquisa descritiva, no presente trabalho, suscitaram-se mais perguntas e hipóteses. Contudo, a partir dos dados e da discussão exposta, a função da Psiquiatria perante a execução penal do cumprimento da medida de segurança apresenta um objetivo fortemente definido, restando claro que esta função versa sobre o poder de decidir o curso da vida do indivíduo que se encontra em internação, posto que, como verificado nos laudos de Exame de Verificação de Cessaçã de Periculosidade e nas decisões judiciais subsequentes, o judiciário acompanha um requisito especial que consta nos laudos médicos: a cessação ou não cessação da periculosidade do sujeito. Assim, configurando o laudo médico-pericial, de forma simbólica, como o real alvará de soltura ao internado.

Ora, o poder sobre a vida e sobre a morte é concedido pelo legislador originário e acatado de bom grado pelas Excelências do Poder Judiciário. Poder este cedido à área médica-psiquiátrica gratamente, de forma a se desresponsabilizar pela ausência e/ou ineficiência de políticas públicas; pela frivolidade, improficuidade e ineficácia do sistema penitenciário e manicomial, que justificam as penas que prometem a ressocialização, prevenção da violência e garantia de segurança pública; de certa parcela de variados tipos de conduta típicas praticadas na sociedade, pois os “doentes” ficam a cargo de responsabilidade da área da saúde mental.

Resta claro que, com o poder concedido pelo Estado, a função da especialidade médica da Psiquiatria no âmbito da execução penal é libertar, mas também e, principalmente, cercear a liberdade dos “incuráveis”, uma outra forma de referenciar aos “indesejáveis” e que, supostamente, respalda-se no “politicamente correto”; desta forma, mostra-se então, como uma especialidade técnica violadora de direitos humanos. E, em razão do poder concedido ao médico e as demais questões discutidas sobre violações de direitos humanos, o direito à defesa na justiça criminal, é um direito de defesa à vida!

Apenas restou o questionamento de qual função a Psicologia cumpre, junto à Psiquiatria, durante o processo criminal, pois restou um papel diferenciado, após a análise dos laudos periciais em âmbito processual e em execução penal. Assim, nem técnica, nem neutra, a Psiquiatria configura-se como agente direta de violações de direitos humanos nos manicômios judiciais.

Conforme constatado por meio dos laudos, redigidos pela própria área estudada, a Psiquiatria não apenas viola o direito à liberdade da pessoa portadora de transtorno mental. São violados os direitos: à saúde – pois não há acompanhamento adequado dos casos, evidenciado por meio da periodicidade de acompanhamento psiquiátrico na Instituição –, à intimidade, à família, à moradia, ao trabalho – nos casos em que a doença não interfere nesta esfera – e à educação. Em última e mais importância instância, viola-se o princípio da dignidade humana, retirando toda a autonomia do sujeito, o que se evidencia pela medicalização forçada de alguns internados na Instituição.

Paradoxalmente, as drogas qualificadas como ilícitas são tratadas como perigosas, em comparação às medicações psiquiátricas – as drogas lícitas, pois também se tratam de substâncias psicotrópicas –, são vistas como indispensáveis, chegando à administração medicamentosa sem a anuência do sujeito. Basear o tratamento de saúde mental em medicação psiquiátrica é tornar o paciente usuário de droga lícita e o Estado, cliente da indústria farmacêutica. É importante ressaltar que a medicação psiquiátrica não é a única, principal e mais eficaz forma de tratamento para os transtornos mentais. O tratamento em saúde mental envolve diversas áreas, inclusive o cuidado comunitário.

Uma questão que é indispensável pontuar é que todas as áreas da saúde que trabalham com ideias fundamentadas na periculosidade criminal e na necessidade da existência de instituições totais para determinados grupos de pessoas, como os manicômios judiciários, são tão responsáveis pelas violações de direitos humanos quanto à Psiquiatria. É certo que a área médica exerce poder sobre as demais áreas da saúde, mas ao acatar mandos e desmandos, sem reflexão crítica e ética, implica em ações violadoras, seja a Psicologia, por meio do convencimento do sujeito em aceitar a medicação, ou ainda, não viabilizando, de acordo com a realidade local, outras formas de tratamento em saúde mental, por exemplo; seja a Enfermagem, na administração do medicamento prescrito pelo médico tendo ciência do desacordo do sujeito ou na administração forçada, dentre outras.

As áreas da saúde podem ser copartícipes em violações de direitos humanos, a Psiquiatria é a agente direta, em virtude do poder exercido sobre as demais, e porque é ouvida ampla e integralmente no Poder Judiciário. Assim como o sujeito é responsável pelos seus comportamentos, sendo criminosos ou não, não é possível ignorar toda uma estrutura social, na qual ele nasce, que apresenta sintomas que são características de dada sociedade; culpabilizar o sujeito integralmente de forma individual configura uma injustiça e, por isso, todo o sistema penitenciário é reflexo de uma profunda injustiça

social. A culpabilidade pelas violações em instituições de saúde não é de total e somente responsabilidade da área médica. Mesmo que o pensamento multidisciplinar não esteja fielmente aplicado na prática do atendimento, as áreas da saúde convivem entre si e cada uma reflete alguma forma do cuidar e, assim, podem ser verificadas várias formas de violação de direitos humanos, pois o que permeia esta violação é a violência ética.

Contudo, o desejo de excluir pessoas do grupo de excluídos, e, diferente da matemática, não os tornando parte do grande conjunto social, criando-se um pequeno grupo, se possível comparação, ainda mais vulnerável, não é apenas de âmbito psiquiátrico. A Lei nº 13.964/2019, que ficou conhecida como “pacote anticrime”, trouxe mudanças importantes para os sujeitos que são formalmente apenados e ainda não há como se verificar a forma como o aumento da pena máxima a ser cumprida para 40 anos refletirá nos entendimentos jurisprudências sobre as medidas de segurança. Além disso, a alteração do art. 112, da referida Lei, extinguiu o exame criminológico para fins de progressão de pena. No entanto, não há alterações legislativas sobre as medidas de segurança e à aferição da periculosidade, desde a LEP, em 1984, e a Lei da Reforma Psiquiátrica, em 2001, em nada alterou o disposto no CP e na LEP.

Diante do exposto ao longo deste trabalho, torna-se imprescindível o reconhecimento do poder judiciário, por meio de suas decisões, que as medidas de segurança são violadoras de direitos humanos fundamentais como liberdade, saúde, trabalho, lazer, à família e, em última instância, do princípio da dignidade humana, retirando toda a autonomia do sujeito, necessários para o desenvolvimento humano e da sociedade. O que é realmente essencial ao respeito à condição humana é o reconhecimento legal da sentença absolutória imprópria como incompatível com o ordenamento jurídico brasileiro – Constituição Federal e Lei nº 10.216/01.

Não se trata de legislar especificamente sobre a pessoa com transtorno mental que incide em lei penal, como muitos profissionais (até mesmo da saúde) advogam na causa, criando saídas para a legalização das violações de direitos humanos, como penas perpétuas e de morte reais – como exemplos a serem citados, são as Unidades Experimentais de Saúde localizadas no Estado de São Paulo – Brasil, instituições que cerceiam o direito à liberdade de pessoas por prisões de âmbito civil, por tempo indeterminado, devido à incapacidade civil e a pena de morte para “doentes mentais”, como acontece em alguns Estados do Estados Unidos da América. À vista da proporção que as violações de direitos humanos podem atingir, a única mudança legislativa cabível é o reconhecimento da sentença penal absolutória de forma real, pois questões relativas à

saúde mental não estão elencadas como especialidade de conhecimento do Juiz da Vara Criminal.

Se o Poder Judiciário, ainda assim, mesmo com a presença e desenvolvimento de grande produção de conhecimento sobre o “louco infrator” e o tratamento psiquiátrico compulsório, considerar que sejam indispensáveis a imposição e o monitoramento do tratamento de pessoas portadoras de transtorno mental que incidiram sobre a Lei penal, que se adote estritamente um tratamento que esteja de acordo com o novo paradigma do entendimento de saúde mental; amparados pela Lei por tempo determinado, certo e líquido (como aprovado recentemente pela nova redação do art. 112, LEP, no qual, o sistema da culpabilidade quantifica o cumprimento do tempo da pena necessário para sua progressão), que independa de avaliações que devam ser apreciadas dentro do sistema de execução penal e de resultados que são impossíveis de aferição. Que se decida por uma forma na qual a pessoa realmente usufrua de tratamento e não apenas tenha sua liberdade cerceada por apresentar características do ser indesejável pela sociedade. Que se imponha um tratamento qualificado e adequado ao respeito da dignidade humana. Ou seja, um tratamento que não restrinja o direito à liberdade e aos demais direitos já citados, que respeite a expressão da subjetividade da pessoa humana e que não esteja pautado na medicalização dos corpos para sua contenção e para atender a “necessidade de produção”. Contudo, esta seria uma manobra arriscada, uma vez que há de se reconhecer que há possibilidade de violação de direitos humanos, mesmo defendendo uma pauta de tratamento humanizado na “psiquiatria e psicologia da libertação”.

A extinção das instituições manicomiais não se configura como desassistência aos usuários psiquiátricos, deixá-los à mercê do acaso sem qualquer acesso ao cuidado em saúde. Juridicamente trata-se da observância do princípio da dignidade humana. Em âmbito da saúde, trata-se de atendimentos de serviços de qualidade, em liberdade e com autonomia do sujeito – o que apenas é tangível com sujeitos livres do manicômio e uma sociedade livre da ideia imaginária remanescente manicomial.

No entanto, há muitas pesquisas no sistema criminal tem indicado a total ineficácia e falência do sistema penitenciário. Assim, devendo o Estado assumir uma posição de Direito Penal Mínimo, requerido somente em *ultima ratio*, com em situações de crimes contra a vida e a dignidade sexual, em rumo ao total abolicionismo penal. Em relação às demais condutas típicas, deve-se adotar uma intervenção no fato com a propositura de resolução de conflitos alheios à esfera penal

O propósito de uma sociedade sem manicômios e prisões é um projeto cultural que envolve várias frentes de conhecimento e intervenção. É uma transição a ser alcançada culturalmente, pois, realmente, algumas condutas tipificadas, são de difícil trato e, portanto, a sociedade deve iniciar um movimento na sua estrutura social, a fim de que a incidência desses crimes venha a tornar-se mínima.

Nesse sentido, como demonstrado durante todo o trabalho, as pessoas portadoras de transtorno mental devem ficar aos cuidados dos profissionais qualificados da saúde mental em liberdade, sendo este, então, o possível pontapé inicial de encolhimento do poder punitivo Estatal, tão buscado por estes entendimentos. A luta antimanicomial, do reconhecimento, do respeito e da liberdade das subjetividades expressas pelo corpo é, em via de mão dupla, a luta do abolicionismo penal.

A pertinência desta pesquisa e do seu subsequente escrito, não se remete a uma mínima análise da suposta técnica para aferição de periculosidade pela Psiquiatria, tampouco a uma breve informação sobre as violações de direitos humanos, indica os 37 anos de total segregação e invisibilidade; mas sim em denunciar que no ano de 2021, ainda existem pacientes asilares e os números oficiais de internos da Instituição, encontram-se relativamente baixos, pois o que se verifica, na realidade, é o que já havia sido concluído por Mattos (2006, p. 181) “Quando possuem laudo de cessação de periculosidade, mas não amparo familiar ou de serviços substitutivos ao modelo hospitalocêntrico, os portadores de sofrimento ou transtorno mental infratores são remanejados e permanecem inseridos na mesma lógica hospitalar/prisional”, mesmo 21 anos depois da Reforma Psiquiátrica, ainda há pacientes asilar no CMP/PR (Anexo C).

Por fim, respondendo à pergunta retórica da conclusão: a luta para a desinstitucionalização do conflito psíquico e a possibilidade de mudança de posição subjetiva continua!

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, A. **Direitos humanos dos pacientes**. Curitiba: Juruá, 2016.
- ALEXANDER, B. K. **Addiction: the view from rat park**. Disponível em: <https://www.brucekalexander.com/articles-speeches/rat-park/148-addiction-the-view-from-rat-park>. Acesso em 01.ago. 2020.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5**. Trad. Maria Inês Corrêa Nascimento et. al. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- ANDRADE, V. R. P. **A ilusão de segurança jurídica: do controle da violência à violência do controle penal**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 1997.
- ANDRÊS, A. D. S. **O conceito de ‘violência’ no pensamento de Hannah Arendt**. 2012. 78 f. Dissertação (Mestrado) – Curso de Filosofia, Faculdades de Ciências Sociais e Humanas., Universidade Nova Lisboa, Lisboa, 2012. Disponível em: https://run.unl.pt/bitstream/10362/8309/1/Texto_Completo.pdf. Acesso em 30 jun. 2019.
- AGAMBEN, G. **O que resta de Auschwitz: o arquivo e a testemunha (Homo Sacer III)**. Col. Estado de Sítio. Trad. Selvino J. Assmann. São Paulo: Boitempo, 2008.
- ARAÚJO FILHO, G. M.; CASTIGLIONI, L. Manicômios judiciais no Brasil: perspectiva histórica e evolução em busca de uma reforma psiquiátrica. **The International Journal of Psychiatry**, v.21, n. 09, 2016.
- ARBEX, D. **Holocausto brasileiro**. Rio de Janeiro: Intrínseca, 2019.
- ARENDT, H. **Sobre a violência**. Trad.: André Duarte. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994.
- ARGUELLO, K. O fenômeno das drogas como um problema de política criminal. **Revista da Faculdade de Direito UFPR**, v. 56, 2012.
- BALDAÇARA, L.; TUNG, T. C. Introdução. In: BALDAÇARA, L.; TUNG, T. C. (orgs.) **Condutas em psiquiatria**. Baurer: Manole, 2021, p. 01-08.
- BARROS, C. L. **Manual do exame psíquico: uma introdução prática à psicopatologia**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Thieme Revinter Publicações, 2020.
- BARROS, D. M. E.; TEIXEIRA, E. H. (orgs.) **Manual de perícias psiquiátricas**. Porto Alegre: Artmed, 2015.
- BARROSO, L. R. **Curso de direito constitucional contemporâneo: os conceitos fundamentais e a construção do novo modelo**. 4ª. ed. São Paulo: Saraiva, 2013.
- BATISTA, N. À guisa de prefácio. In: RAUTER, Cristina. (1979) **Criminologia e subjetividade no Brasil**. Rio de Janeiro: Revan, 2003, p. 09-10.

BICUDO, M. A. V. A pesquisa interdisciplinar: uma possibilidade de construção do trabalho científico/acadêmico. **Educ. Mat. Pesqui.**, São Paulo, v. 10, n. 1, pp. 137-150, 2008.

BITENCOURT, C. R. **Tratado de direito penal:** parte geral. v. 01. 25ª ed. São Paulo: Saraiva Educação, 2019.

BOCK, A. M. B.; FURTADO, O.; TEIXEIRA, M. L. T. **Psicologia.** 2ª ed. São Paulo: Saraiva Educação, 2020.

BONFIM, E.; CAPEZ, F. **Direito Penal:** Parte Geral. São Paulo: Saraiva, 2004.

BRANCO, T. C. **A (des)legitimação das medidas de segurança no Brasil.** 2ª ed., rev. e ampl. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2018.

BRANDÃO, C. **Curso de direito penal:** parte geral. 2ª ed. Forense: Rio de Janeiro, 2010.

BRASIL. SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. **SÚMULA 422.** A absolvição criminal não prejudica a medida de segurança, quando couber, ainda que importe privação da liberdade. 01 ago. 2007. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/portal/jurisprudencia/menuSumarioSumulas.asp?sumula=4288> . Acesso 29 abr. 2020.

BRASIL. DECRETO Nº 1.132, DE 22 DE DEZEMBRO DE 1903. **Diário Oficial da União [D.O.U.]**, Seção 1, 24 de dezembro de 1903, p. 5853.

BRASIL. DECRETO-LEI Nº. 24.559, DE 3 DE JULHO DE 1934. Dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e dá outras providências. Rio de Janeiro, **Coleção de Leis do Brasil**, 31 de dezembro de 1934.

BRASIL. DECRETO Nº 53.464, DE 21 DE JANEIRO DE 1964. Regulamenta a Lei nº 4.119, de 27 de agosto de 1962, que dispõe sobre a profissão de psicólogo. Brasília, **Diário Oficial da União [D.O.U.]**, Seção 1, 24 de janeiro de 1964, p.746.

BRASIL. LEI Nº 4.119, DE 27 DE AGOSTO DE 1962. Dispõe sobre os cursos de formação em psicologia e regulamenta a profissão de psicólogo. Brasília, **Diário Oficial da União [D.O.U.]**, Seção 1, 05 de setembro de 1962, p. 9.253.

BRASIL. LEI Nº 12.842, DE 10 DE JULHO DE 2013. Dispõe sobre o exercício da Medicina. Brasília, **Diário Oficial da União [DOU]**, Seção 1, No. 132, ano CL, 11 de julho de 2013, p.01.

BRASIL. SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. **Habeas Corpus nº 33.401/RJ.** Impetrante: Flávio Jorge Martins e outros. Impetrado: 3ª Turma do Tribunal Regional Federal da 2ª Região. Relator: Min. Félix Fischer. Acórdão, 5ª Turma, voto por unanimidade, data do Julgamento: 28/09/2004, data da publicação: 03/11/2004, p. 212, RSTJ, vol. 191, p. 453.

BRASIL. **Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias – Infopen.** Dez/2019. Disponível em: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiZTlkZGJjODQ0NmJiMi00OTJhLWFIMDktNzRlNmFkNTM0MWI3IiwidCI6ImViMDkwNDIwLTQ0NGMtNDNmNy05MWYyLTRiOGRhNmJmZThlMSJ9> . Acesso em 05 jun. 2020.

BUSATO, P. C. **Direito penal:** parte geral. v.1. 4ª. ed., rev., atual. e ampl. São Paulo: Atlas, 2018.

CABRAL, H. L. T. B. **Consentimento informado no exercício da medicina e tutela dos direitos existenciais:** uma visão interdisciplinar direito e medicina. 2ª ed. Curitiba: Appris, 2018.

CAPEZ, F. **Curso de direito penal:** parte geral. v.01. 22ª ed. São Paulo: Saraiva Educação, 2018.

CAPONI, S. Classificar e medicar: a gestão biopolítica dos sofrimentos psíquicos. In: CAPONI, S.; VALENCIA, M. F. V.; VERDI, M.; ASSMANN, S. J. (orgs.) **A medicalização da vida como estratégia biopolítica.** São Paulo: LiberArs, 2013.

CAMARA, F. P. A construção do diagnóstico psiquiátrico. **Rev. latinoam. psicopatol. fundam.**, São Paulo, v. 10, n. 4, p. 677-684, 2007.

CARRARA, S. L. A História Esquecida: os Manicômios Judiciários no Brasil. **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 16-29, 2010.

CARVALHO, S. **Penas e medidas de segurança do direito penal brasileiro.** 2ª ed. São Paulo: Saraiva, 2015.

CARVALHO, S. Práticas inquisitivas na execução penal (ou, o aprisionamento do juiz pelos laudos criminológicos: uma abordagem garantista). **Doutrina**, v. 1, n. 11, 2001.

CHAUI, M. (1984) Travessia no inferno. In: CHAUI, Marilena. **Sobre a violência.** Organizadoras: Ericka Marie Itokazu e Luciana Chaui-Berlinck. v. 5. 1ª ed. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2019, p. 51-53.

CHAUI, M. (1984) Sobre a violência: o Manicômio Judiciário de São Paulo. In: CHAUI, Marilena. **Sobre a violência.** Organizadoras: Ericka Marie Itokazu e Luciana Chaui-Berlinck. v. 5. 1ª ed. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2019, p. 87-90.

CHAUI, M. (2013) O mito da não violência brasileira. In: CHAUI, Marilena. **Sobre a violência.** Orgs: Ericka Marie Itokazu e Luciana Chaui-Berlinck. v. 5. 1ª ed. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2019, p. 29-50.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). RESOLUÇÃO Nº. 2.056, de 20 DE SETEMBRO DE 2013. Disciplina os departamentos de Fiscalização nos Conselhos Regionais de Medicina, estabelece critérios para a autorização de funcionamento dos serviços médicos de quaisquer naturezas, bem como estabelece critérios mínimos para seu funcionamento, vedando o funcionamento daqueles que não estejam de acordo com os mesmos. Trata também dos roteiros de anamnese a serem adotados em todo o Brasil,

inclusive nos estabelecimentos de ensino médico, bem como os roteiros para perícias médicas e a organização do prontuário de pacientes assistidos em ambientes de trabalho dos médicos. Brasília, **Diário Oficial da União [D.O.U.]**, Seção 1, Nº. 220, 12 de novembro de 2013, p.162-3.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). RESOLUÇÃO Nº 009, DE 29 DE JUNHO DE 2010. Regulamenta a atuação do psicólogo no sistema prisional. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2010/07/resolucao2010_009.pdf . Acesso em 30 jan. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). RESOLUÇÃO Nº 12, DE 25 DE MAIO DE 2011. Regulamenta a atuação do (a) psicólogo (a) no âmbito do sistema prisional. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2011/06/resolucao_012-11.pdf . Acesso em 30 jan. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **Cartilha avaliação psicológica**. Brasília, 2013. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/12/Avaliac%CC%A7aopsicologicaCartilha1.pdf> . Acesso em 04 dez. 2019.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **Inspeções aos manicômios: Relatório Brasil 2015**. Brasília: CFP, 2015. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2015/12/CFP_Livro_InspManicomios_web1.pdf . Acesso em 24 jun. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Parecer técnico sobre a atuação do(a) psicóloga no âmbito do sistema prisional e a suspensão da Resolução CFP nº 012/2011**. Manifestação sobre a suspensão da Resolução CFP nº 012/2011, que regulamenta a atuação do Psicólogo (a) no âmbito do sistema prisional, considerando-se a necessidade de se negar qualquer tipo de interferência sobre a atuação profissional do (a) psicólogo (a) amparada na ética, na ciência e na autarquia que regulamenta e regula o exercício profissional no país. Brasília: CFP, 2016. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2016/04/PARECER-T%3%89CNICO-SOBRE-A-ATUA%3%87%C3%83O-DO-PSIC%3%93LOGO-NO-SISTEMA-PRISIONAL-E-A-SUSPENS%3%83O-DA-RESOLU%3%87%C3%83O-CFP-N.-12-2011-VERS%3%83O-FINAL-TIMBRADO-1.pdf> . Acesso em 30 jan. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **Hospitais psiquiátricos no Brasil: Relatório de inspeção nacional**. Brasília: CFP, 2019. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2019/12/549.3_ly_RelatorioInspecaoHospPsiqu-ContraCapa-Final_v2Web.pdf . Acesso em 24 jun. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). RESOLUÇÃO Nº. 6, DE 29 DE MARÇO DE 2019. Institui regras para a elaboração de documentos escritos produzidos pela(o) psicóloga(o) no exercício profissional e revoga a Resolução CFP nº 15/1996, Resolução CFP nº 07/2003 e a Resolução CFP nº 04/2019. Brasília, **Diário Oficial da União [DOU]**, Seção 1, Nº 62, 1º de abril de 2019, p.163.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA 1ª REGIÃO (CRP/DF). CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA 4ª REGIÃO (CRP/MG). CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA 5ª REGIÃO (CRP/RJ). CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA 6ª REGIÃO (CRP/SP). CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA 7ª REGIÃO (CRP/RS). CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA 10ª REGIÃO (CRP/PA-AP). CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA 12ª REGIÃO (CRP/SC). CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA 14ª REGIÃO (CRP/MS). CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA 20ª REGIÃO (CRP/AM-AC-RR-RO). **Nota técnica sobre a suspensão da resolução CFP 012/2011 – atuação da(o) psicóloga(o) no âmbito do sistema prisional.** Manifestação da classe profissional referente a decisão proferida pela Justiça da 1ª Vara Federal de Porto Alegre sobre a suspensão os efeitos da Resolução nº 012/2011 do Conselho Federal de Psicologia em todo território nacional. São Paulo: CRP/SP, 2015. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/0BzxWGjUSJzJBc21xejFaRVBDMDQ/view> . Acesso em 30 jan. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **Referências técnicas para atuação de psicólogos(os) no sistema prisional.** Brasília: CFP, 2021.

CORDEIRO, D. C.; DIEHL, A.; MARI, J. J. Comorbidades psiquiátricas. In: DIEHL, A; CORDEIRO, D. C.; LARANJEIRA, R. (orgs) **Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas.** 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2019, p. 75-89.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais.** 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

DINIZ, D. **A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil: censo 2011.** Brasília: LetrasLivres, 2013.

DINIZ, D.; BRITO, L. “Eu não sou presa de juízo, não”: Zefinha, a louca perigosa mais antiga do Brasil. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 113-130, 2016.

FAZENDA, I. C. A.; TAVARES, D. E.; GODOY, H. P. **Interdisciplinaridade na pesquisa científica.** São Paulo: Papyrus, 2015.

IORE, M. O lugar do Estado na questão das drogas: o paradigma proibicionista e as alternativas. **Novos estud. – CEBRAP**, São Paulo, n. 92, p. 09-21, 2012.

FIRST, M. B. **Manual de diagnóstico diferencial do DSM-5.** Trad. Fernando de Siqueira Rodrigues. Porto Alegre: Artmed, 2015.

FOUCAULT, M. (1970) **A ordem do discurso:** aula inaugural no Collège de France. 24ª ed. São Paulo: Edições Loyola, 2014.

FOUCAULT, M. (1974) O nascimento do hospital. In: FOUCAULT (1978) **Microfísica do poder.** 10ª ed. São Paulo: Paz e Terra, 2019, p. 171-189.

FOUCAULT, M. (1978-1988) **Ditos e escritos V: Ética, sexualidade, política.** Organização e seleção de textos de Manoel Barros da Motta. Trad. de Elisa Monteiro e Inês Autran Dourado Barbosa. 2ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006a.

FOUCAULT, M. (1974) **O poder psiquiátrico**: curso dado no Collège de France (1973-1974). Trad. Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2006b.

FOUCAULT, M. (1975) **Vigiar e punir**: nascimento da prisão. 42ª ed. Petrópolis: Vozes, 2014.

FOUCAULT, M. (1976) **Em defesa da sociedade**: curso no Collège de France (1975-1976). 2ª ed. São Paulo: Editora WMF, Martins Fontes, 2010a.

FOUCAULT, M. (1975) **Os anormais**: curso no Collège de France (1974-1975). Trad. Eduardo Brandão. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2010b.

FOUCAULT, M. (1976) **História da sexualidade I**: a vontade de saber. Trad. de Maria Thereza da Costa Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque. Rio de Janeiro/São Paulo: Paz e Terra, 2020.

FREUD, S. (1915) Considerações atuais sobre a guerra e a morte. **In: Introdução ao Narcisismo, ensaios de metapsicologia e outros textos (1914-1916)**. Obras completas v. 12. Trad. Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2010a, p. 209-246.

FREUD, S. (1932) Por que a Guerra? (Carta a Einstein). **In: O Mal-estar na civilização, novas conferências introdutórias à psicanálise e outros textos (1930-1936)**. Obras completas v. 10. Trad. Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2010b, p. 417-435.

FRIEDRICH, L. N. **Exame criminológico**: controle, responsabilização e individualização da pena. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2016.

GALLARDO, H. **Teoria crítica**: matriz e possibilidade de direitos humanos. Trad.: Patrícia Fernandes. São Paulo: Editora Unesp, 2014.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4ª. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6ª ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GRANDI, G. T.; BALDAÇARA, L. Esquizofrenia e outros transtornos psicóticos. **In: BALDAÇARA, L.; TUNG, T. C. (orgs.) Condutas em psiquiatria**. Baueri: Manole, 2021, p. 176-201.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. Trad. Dante Moreira Leite. São Paulo: Perspectiva, 2015.

HUTZ, C. S. O que é avaliação psicológica – método, técnicas e testes. **In: HUTZ, C. S.; BANDEIRA, D. R.; TRENTINI, C. M. (orgs.) Psicometria**. Porto Alegre: Artmed, 2015, p.11-21.

CRUZ, R. M. Documentos psicológicos no contexto forense. **In: HUTZ, C. S. et al. (orgs.) Avaliação psicológica no contexto forense**. Porto Alegre: Artmed, 2020, p.135-150.

JACOB, M. A.; NOVAIS, F. M. A verdade como objetivo do processo penal. In: MIRANDA, B. M.; CUNHA, H. D. O.; COELHO, D. J. S. (orgs.) **Direito e processo penal nos 30 anos da constituição cidadã**: experiências e desafios no âmbito da segurança pública, da criminalidade e da violência. Florianópolis: Tirant lo Blanch, 2018, p.53-70.

JAKOBS, G. **Direito Penal do inimigo**: noções e críticas. 2ª ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado Ed., 2007.

KARAM, M. L. **A privação de liberdade**: o violento, danoso, doloroso e inútil sofrimento da pena. v. 07. Col. Escritos sobre a liberdade. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2009.

KRUG, J. S.; TRENTINI, C. M.; BANDEIRA, D. R. Conceituação de psicodiagnóstico na atualidade. In: HUTZ, C. S. *et al.* (orgs.) **Psicodiagnóstico**. Porto Alegre: Artmed, 2016, p.16-20.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. de A. **Metodologia científica**. 7ª ed. São Paulo: Atlas, 2019.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. de A. **Fundamentos de metodologia científica**. 8ª ed. São Paulo: Atlas, 2020.

LARANJEIRA, R. Bases do tratamento da dependência de crack. In: RIBEIRO, M; LARANJEIRA, R. (orgs) **O tratamento do usuário de crack**. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2012, p.23-29.

LIMA, K. A.; FRIEDRICH, M. A.; PACHECO, M. A.; SPANEMBERG, L. Admissão e acolhimento. In: SPANEMBERG, L.; PACHECO, M. A.; ANDRADE, A. S.; LIMA, K. A. (orgs.) **Manual de internação psiquiátrica**. São Paulo: Manole, 2021, p. 01-19.

MACKINNON, R. A; MICHELS, R.; BUCKLEY, P. J. **A entrevista psiquiátrica**. Trad. Celeste Inthy e Soraya Imon de Oliveira. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.

MAGALHÃES, M. V. O. C.; BOFF, D. Perícia Psicológica: desafios, reflexões e cuidados. In: CALÇADA, A.; MARQUES, M. **A perícia psicológica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fólio Digital, 2019, p. 25-41.

MAGNO, P. C. Periculosidade, crime e loucura: funções do racismo no manicômio judiciário. In: MAGNO, P. C.; PASSOS, R. G. (orgs) **Direitos humanos, saúde mental e racismo**: diálogos à luz do pensamento de Frantz Fanon. Rio de Janeiro: Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro, 2020, p.172-192.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisa**. 8ª ed. São Paulo: Atlas, 2018.

MARI, J. J. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 4593-4596, 2011.

MATTOS, V. **Crime e Psiquiatria**. Uma saída – preliminares para a desconstrução das medidas de segurança. Rio de Janeiro: Revan, 2006.

MEDEIROS, R. Construção social das drogas e do crack e as respostas institucionais e terapêuticas instituídas. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 105-117, 2014.

MECLER, K. Periculosidade: Evolução e aplicação do conceito. **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.**, São Paulo, v.20, n.1, p.70-82, 2010.

MOREIRA, G. A.; BRANDÃO, R. G. D.; BALDAÇARA, L. Semiologia em psiquiatria In: BALDAÇARA, L.; TUNG, T. C. (orgs.) **Condutas em psiquiatria**. Baueri: Manole, 2021, p. 09-27.

MOSSIN, H. A. **Compêndio de processo penal**: curso completo. São Paulo: Manole, 2010.

NASCIMENTO, K. S. **O exame criminológico como requisito para progressão de regime**: nos casos da Vara de Execução Penal do Distrito Federal. 2011. 63 p. Trabalho de Conclusão de Curso – UNICEUB, Brasília, 2011. Disponível em: <https://repositorio.uniceub.br/jspui/bitstream/123456789/568/3/20718794.pdf> . Acesso em 05 mar. 2019.

NUCCI, G. S. **Curso de execução penal**. Rio de Janeiro: Forense, 2018.

NUCCI, G. S. **Curso de Direito Penal**: parte geral: arts. 1º a 120 do Código Penal. 3ª. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2019.

ODALIA, N. **O que é violência?** São Paulo: Ed. Brasiliense s. a., 1983.

OLIVARES, G. Q. *et al.* **Curso de Derecho penal**: Parte general. Barcelona: Cedecs Editorial, 1997.

OLIVEIRA, L. **10 lições sobre Hannah Arendt**. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **CIF**: Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10)**: Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Trad. Dorgival Caetano. Porto Alegre: Artmed, 1993.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10)**: Manual de instrução. Trad. Centro Colaborador da OMS para a Família de Classificações Internacionais em português. v. 02 8ª ed. rev. e ampl. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo – Edusp, 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados a saúde: CID-10**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2016.

PARANÁ. DECRETO ESTADUAL Nº 1276, DE 31 DE OUTUBRO DE 1995. Institui o Estatuto Penitenciário do Estado do Paraná. Curitiba, **Diário Oficial nº. 4625**, 31 de outubro de 1995.

PASSETI, E. A atualidade do abolicionismo penal. In: PASSETI, E. (org.) **Curso livre de abolicionismo penal**. Rio de Janeiro: Revan, 2004, p.13-33.

PELISOLI, C. L.; LAGO, V. M. Instrumentos de avaliação psicológica no contexto forense. In: HUTZ, C. S.; BANDEIRA, D. R.; TRENTINI, C. M.; ROVINSKI, S. L. R.; LAGO, V. M. (orgs). **Avaliação psicológica no contexto forense**. Porto Alegre: Artmed, 2020, p.91-104.

PENIDO, F. A.; GONÇALVES, J. de O. O exame criminológico como mecanismo de biopolítica. **Revista de Criminologias e Políticas Criminais**, v. 1, n. 1, p. 40-56, 2015.

PERRENOUD, L. O.; RIBEIRO, M. Etiologia dos transtornos relacionados ao uso de substâncias. In: DIEHL, A; CORDEIRO, D. C.; LARANJEIRA, R. (orgs) **Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas**. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2019, p.09-14.

PERRENOUD, L. O.; RIBEIRO, M. Histórico do consumo de *crack* no Brasil e no mundo. In: RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. (orgs) **O tratamento do usuário de crack**. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2012, p. 33-38.

PIRES, J. F.; RESENDE, L. L. 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, p. 34-47, 2016.

PRADO, L. R. **Tratado de Direito Penal brasileiro: Parte Geral (arts. 1ª a 120ª)**. v.01. 3ª ed. Rio de Janeiro: Forense, 2019.

RAUTER, C. (1989) Diagnóstico psicológico do criminoso: tecnologia do preconceito. In: RAUTER, C. **Criminologia e subjetividade no Brasil**. Rio de Janeiro: Revan, 2003, p. 83-111.

RIBEIRO, M.; DUAIBI, L. B.; PERRENOUD, L. O.; SOLA, V. Perfil do usuário e história natural do consumo. In: RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. (orgs) **O tratamento do usuário de crack**. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2012, p. 39-49.

RICCI, L. A. L. (org.) **A morte social: mistanásia e bioética**. São Paulo: Paulus, 2017.

SÁ, A. A. **Criminologia clínica e psicologia criminal**. 4ª ed., rev. e ampl. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2014.

SANTOS, A. L. G.; FARIAS, F. R. Criação e extinção do primeiro manicômio judiciário do Brasil. **Rev. latinoam. psicopatol. fundam.**, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 515-527, 2014.

SANTOS, J. C. **Direito Penal: Parte geral**. 5ª ed. Florianópolis: Conceito Editorial, 2012.

SANTOS, J. C. **Direito penal: parte geral**. 9ª ed. rev., atua. e ampl. São Paulo: Tirant lo Blanch, 2020.

SANTOS, M. N. S. G. **O instituto da medida de segurança criminal e a dignidade da pessoa humana: um estudo comparativo entre o Brasil e a Argentina.** Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2019.

SANTOS, J. C. **Teoria de Pena: fundamentos políticos e aplicação judicial.** Curitiba: ICPC/Lumen Juris, 2005.

SCHUTZ, A. A. **Direito, biopolítica e governamentalidade no Brasil.** Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2018.

SILVA, H. C. **Ensaio sobre a pena de prisão.** Curitiba: Juruá, 2009.

SILVA, H. C. Reforma psiquiátrica nas medidas de segurança: a experiência goiana do Paili. **Journal of Human Growth and Development**, v. 20, n. 1, p. 112-115, 2010.

SOARES, F. R. **Consentimento do paciente no direito médico: validade, interpretação e responsabilidade.** São Paulo: Editora Foco, 2021.

TABORDA, J. G. V.; BINS, H. D. C. Exame pericial psiquiátrico. In: ABDALLA-FILHO, E.; CHALUB, M.; TELLES, L. E. de B. (orgs.) **Psiquiatria forense de Taborda.** 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2016, p. 35-70.

TEIXEIRA, E. H.; BARROS, D. M.; CARVALHO, M. H. C. Perícias. In: BARROS, D. M.; TEIXEIRA, E. H. (orgs.) **Manual de perícias psiquiátricas.** Porto Alegre: Artmed, 2015, p. 21-27.

TENDLARZ, S. E.; GARCIA, C. D. **A quem o assassino mata?: O serial killer à luz da criminologia e da psicanálise.** Trad. Rubens Correia Junior. São Paulo: Editora Atheneu, 2013.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 9, n. 1, p. 25-59, 2002.

TOROSSIAN, S. De qual cura falamos? Relendo conceitos. **Rev. da Associação Psicanalítica de Porto Alegre**, Porto Alegre, v. 26, p.07-15, 2004.

VIVAS, M. D. **Direito à saúde mental no Brasil – ficção ou realidade?** Histórico, normativas, políticas públicas e judicialização. Belo Horizonte: Editora Dialética, 2021.

WEIGERT, M. A. B. **Medidas de segurança e reforma psiquiátrica: silêncios e invisibilidades nos manicômios judiciais brasileiros.** Florianópolis: Empório do Direito, 2017.

ZAFFARONI, E. R. *et al.* (orgs.) **Direito Penal Brasileiro: Teoria Geral do Direito Penal.** v. 1. 4ª ed. Rio de Janeiro: Revan, 2011.

ZAFFARONI, E. R. **O inimigo no direito penal.** Trad. de Sérgio Lamarão. 3ª ed. Rio de Janeiro: Revan, 2011.

ZAFFARONI, E. R. **Manual de Derecho Penal.** 6ª ed. Buenos Aires: Ediar, 1991.

ZUARDI, A. W.; SOUZA, J. A.; SOUZA, J. D. S. Maconha. In: DIEHL, A; CORDEIRO, D. C.; LARANJEIRA, R. (orgs) **Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas**. 2^a ed. Porto Alegre: Artmed, 2019, p. 125-134.

ANEXOS

ANEXO A



SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
DEPARTAMENTO PENITENCIÁRIO DO ESTADO DO PARANÁ

PORTARIA N.º 115 /2019

O **Diretor do Departamento Penitenciário – DEPEN**, com fulcro na Resolução 008/2019 – SESP de 02 de janeiro de 2019, no Decreto n.º. 0155 de 14 de janeiro de 2019 e no uso das atribuições que lhe confere o Art. n.º 4. do Regime Interno aprovado pela Resolução n.º. 233 de 12 de agosto de 2016,

RESOLVE

Art. 1º Padronizar os procedimentos peditórios referentes às pesquisas acadêmicas no âmbito do Departamento Penitenciário do Paraná.

Art. 2º. São obrigatórios os documentos elencados para realização da pesquisa:

- I – Ofício da Instituição de Ensino assinado e carimbado em papel timbrado pelo Coordenador do Curso;
- II – Dados pessoais completos e cópia do RG dos participantes;
- III – Declaração de matrícula dos estudantes;
- IV – O projeto de pesquisa fundamentado, com a devida exposição de motivo, objetivo, cronograma das ações e demais informações atinentes;
- V – Termo de sigilo assinado pelo estudante;

Art. 3º. É expressamente proibida a divulgação de dados pessoais e/ ou imagens estruturais e de custodiados, salvos com a autorização da Direção do DEPEN, bem como com a apresentação de termo de sigilo assinado pelo estudante.

Art. 4º. A solicitação de pesquisa deverá ser encaminhada ao e-mail institucional da Unidade Penal na qual se pretende desenvolver a pesquisa.

Art. 5º. A Direção da Unidade Penal abrirá protocolo integrado digital, desde que preenchidos todos os requisitos do art. 2º da presente portaria, sob pena de indeferimento do pleito.

Parágrafo Único. O Estabelecimento Penal, no qual busca-se realizar a pesquisa, elaborará parecer técnico sobre o solicitado, opinando quanto ao pleito.

Art. 6º. O Protocolo digital deverá ser encaminhado à Divisão Jurídica DIJUR/DEPEN, a qual realizará instrução do protocolo no sentido de verificar a pertinência temática, e o que se fizer necessário para garantir as disposições e regulamentações legais e regimentais.

Art. 7º. A Direção da ESPEN realizará parecer técnico quanto a contribuição da pesquisa para conteúdos afines a formação e aperfeiçoamento dos servidores.

Art. 8º. A Divisão de Tratamento Penal realizará parecer técnico sobre o solicitado.

*Rua Dom Pedro I, 752, bairro Água Verde
Curitiba - PR*



**SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
DEPARTAMENTO PENITENCIÁRIO DO ESTADO DO PARANÁ**

Art. 9º. A Direção do DEPEN – GAB/DEPEN, proferirá manifestação favorável/desfavorável quanto ao solicitado.

Art. 10º. O estabelecimento Penal, no qual realizará a pesquisa, deverá acompanhar e supervisionar as atividades observando os procedimentos de segurança, bem como a vedação de ingresso de menores em qualquer Estabelecimento Penal do Estado.

Parágrafo Único. Ao término das atividades o pesquisador deverá entregar cópia da conclusão da pesquisa ao responsável pelo Estabelecimento Penal, o qual deverá anexá-la no protocolo (já aberto) e apresentar informações dos trabalhos realizados como demais esclarecimentos que entender necessários.

Art. 11º. A Direção do DEPEN, encaminhará a pesquisa para arquivo, a fim de catalogá-la no banco de dados do DEPEN, localizado junto ao acervo da Escola de Formação e Aperfeiçoamento Penitenciário – ESPEN.

Art. 12º. Esta Portaria entra em vigor a partir desta data, revogadas as disposições em contrário.

Curitiba, 09 de dezembro de 2019.

Francisco Caricati
Diretor do DEPEN

*Rua Dom Pedro I, 752, bairro Água Verde
Curitiba - PR*

ANEXO B**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS E SOCIAIS
CURSO DE DIREITO****Proposta de Atividade de Pesquisa e Extensão:****Elaboração de Projeto Terapêutico para as Medidas de Segurança de Internamento e Ambulatorial a partir da pesquisa e extensão no Complexo Médico-Penal do Estado do Paraná****1. Os inimputáveis e as medidas de segurança:** apresentação do tema

Uma das questões mais tormentosas do Direito – oriunda da *simbiose* entre Medicina e Direito – reside nas conseqüências jurídico-penais para os portadores de transtornos/doenças mentais, em conformidade com o que aparece no Art. 26 e 96, ambos do Código Penal Brasileiro em vigor, desde o ano de 1941.

O Art. 26 acima referido indica serem *inimputáveis* perante o Direito Penal aqueles que – ao tempo do ilícito penal e em virtude do tal transtorno mental – sejam capazes de entender o caráter ilícito do fato e de comportarem-se de acordo com este entendimento. Embora, portanto, incabível (nestas hipóteses) a sanção penal caracterizadora do sistema de justiça criminal: a pena; o mesmo Código Penal destina a estes sujeitos a denominada *medida de segurança* (Arts. 96 e seguintes do CP), prestigiando a de *internamento*.

Apesar de o sistema vigente ser denominado de *vicariante* (ou o sujeito recebe pena ou a medida de segurança), distintamente do *duplo binário* (que permitia a acumulação das duas), baseia-se, ainda, no pressuposto da *periculosidade*. Isso significa dizer que haverá uma sanção, mesmo entendendo o Direito penal que tal sujeito não tinha a capacidade ou de compreensão ou de autodeterminação (quicá as duas!), entendido como um agente portador de *periculosidade* (representada por sua *doença*) e que o fato ilícito é o demonstrativo de que ela existe.

Mais: que é o Direito penal que se lançará a fazer cessar esta *periculosidade*, segundo se vê do Art. 97 do CP, ao dispor que a medida de segurança restará levantada quando *cessar a periculosidade*.

Cabe esclarecer, ainda, que para a determinação desta *doença* durante o processo criminal realiza-se um exame médico-psiquiátrico em uma medida processual denominada *incidente de sanidade mental*, a fim de lastrear o

jugador para decidir sobre a imposição ou não da medida. No curso da medida de segurança – que não tem prazo máximo de duração, legalmente estabelecido – faz-se outro exame (o de cessação de periculosidade), e em sendo positivo, o interno é liberado condicionalmente, para que sua conduta – pelo prazo de um ano – possa ser vista como a de alguém que se *reintegrou* na sociedade.

O tema, como se vê, em sua própria disposição legal já dá azo a uma série de questões sobre as quais juristas, psiquiatras e psicólogos têm se lançado ao longo da construção epistemológica do Direito penal e de suas conseqüências, embora comporte debate e suporte a interferência de tantos outros tantos saberes, e não exclusivamente no Brasil.

2. Breves notas sobre a realidade da questão psiquiátrica no Brasil

Não é apenas a disposição legal que faz com que haja um levante em torno da necessidade de mudança do paradigma: a realidade do sistema penal, não apenas nas *prisões*, mas também nas instituições manicomiais. Talvez mais silenciosa e menos reivindicativa dos seus internos, mas não menos trágica. Dentre diversas questões que poderiam ser aqui mencionadas, de referir o despreparo e o preconceito que boa parte da população nutre diante dos *doentes mentais*. Fato que se assevera, por vezes, na clientela preferencial do sistema de justiça criminal: pobre e desvalida.

O documentário *A casa dos mortos*, produzida pela antropóloga Débora Diniz, com o apoio do Ministério da Justiça, enfrenta a questão dos *manicômios judiciais*, especialmente a *morte social e civil* que para os *doentes mentais*. Muitos deles, como ali se retrata – e que podem bem representar centenas de casos pelo Brasil afora – estão *mortos* para suas vidas. Não há para eles um *além-muro*.

Não é incomum encontrarmos na Vara de Execuções Penais cartas, abaixo-assinadas e recomendações de familiares, vereadores, entre outros, endereçados aos juizes para que não *soltem os loucos*. A dificuldade em aceitar e compreender faz com que o processo de dessocialização e institucionalização se perpetue: dos *manicômios judiciais* para as demais *instituições psiquiátricas e assistenciais*, e – não raro – até mesmo o retorno para de onde vieram.

3. Mudança de Paradigma:

Aqui cabe referir duas experiências estrangeiras que lançaram um novo olhar sobre o tema, particularmente fundados na limitada capacidade do sistema de justiça criminal e suas instituições (dentre as quais os *manicômios judiciais* ora denominados de *complexos médico-penais*) em *tratar e curar* tais pessoas. Um dos pontos fulcrais que permitirá, em nosso sentir, uma viragem paradigmática é a compreensão da palavra *cura*, que não deve ser pensada como o

restabelecimento a um padrão de normalidade ditado ou construído *a priori*, senão que significa (muito se compreendida ao modo francês) de que *curar é tratar*, e que tal *tratamento* não é sinônimo de *internamento*.

A experiência de Jean Oury, retratada no texto de sua autoria *O Coletivo*, dá uma dimensão de que é possível experienciar algo diverso de *grades e muros de contenção*. O psicanalista francês, em *La Borde*, nas imediações de Paris, construiu uma proposta terapêutica que *trata os doentes mentais* procurando mantê-los em *sua realidade*: a moça que *pensava ser costureira* permanecerá assim se imaginando, com suas tesouras e agulhas. Lá não há grades, nem muros. Tal experiência conta já com três décadas de bons resultados.

Na Itália, a *Legge Basaglia*, da década de 90, de modo bastante vanguardista, desinternou todos os que se encontravam cumprindo as *medidas* de internamento em face de atos criminais. A polêmica trazida pela proposta aos poucos foi sendo amenizada, especialmente pelo baixíssimo índice de recidivas e pela assunção e divisão de responsabilidades entre sociedade e governo.

Em termos legais, de referir que, no Brasil, desde 2001 contamos com o texto legal que anunciou o movimento que se conhece como *antimanicominal*, e não se vincula apenas aos autores de ilícitos penais. Além de ser conhecida a tragédia das instituições psiquiátricas – denominadas por muitos, como as demais instituições *totais*, de “depósitos de gente” – para tratamento dos *doentes*, em geral, bem como as que compõem o sistema penal, via-se uma completa irresponsabilidade social, familiar e estatal por aquelas pessoas.

Todavia, não só a partir dela, mas por este paradigma legal reforçado, uma série de iniciativas, pesquisas, propostas e ações espalharam-se pelo país afora, tomando as Academias, as Instituições Governamentais, ONGs e a sociedade civil.

Este paradigma parece ter se estabelecido, com a recente edição da Resolução no. 17 do Conselho Federal de Psicologia que *impede* aos seus afiliados a feitura de laudos que estabeleçam correlação entre *delito-delinquente*, ou façam prognoses de *delinqüência* ou de *periculosidade*. Tal Conselho resta atento a impossibilidade de “adivinhação” sobre as condutas dos homens, mesmos os ditos *doentes mentais*.

4. O Caso do Paraná

Mesmo antes da Lei de 2001, o Médico Carlos Alberto Peixoto, ligado ao Instituto Médico Legal do Paraná e Professor de Medicina Legal labora na construção de uma proposta que se alinhe as estas perspectivas internacionais, mas também – e sobretudo – consentâneos ao princípio fundante do Estado democrático de Direito que é a dignidade da pessoa humana.

Esta atividade, com todas as vicissitudes que enfrente o Poder Público, inclusive e especialmente as idiosincrasias, passando pelo drama orçamentário e a

precariedade das condições materiais e humanas, vem se afirmando em ações que rumam para esta mudança.

Algumas iniciativas tem que se referidas: a realização de atividades de pintura, em um ateliê de pintura, dentro das dependências do próprio Complexo Médico-Penal, com exposições externas que já levaram um interno a ter seus trabalhos exportados para a Alemanha e outro que foi recentemente premiado por uma ONG; a manutenção dentro da instituição de um estúdio de rádio, onde os internos compõe músicas, fazem gravações de CDs, noticiam jingles educativos para prevenção de doenças como AIDS e tuberculose; espaço para teatro; etc.

Cabe, a propósito, consignar que o Complexo Médico-Penal além do cuidado com os *doentes mentais*, é responsável pelo armazenamento, pela distribuição e pelo controle de medicamentos de todo o sistema penal (que congrega hoje mais de 30.000 presos); notificação de doenças; realização de pequenas intervenções cirúrgicas; curativos; raio-x; etc.

A vanguarda do Médico e Professor Carlos Alberto Peixoto, atualmente Diretor Clínico da Instituição, parece ter encontrado – enfim – ressonância da Secretaria de Justiça, Cidadania e Direitos Humanos, especialmente na pessoa de sua Secretária Dra. Maria Tereza Uille Gomes, que pretende que tal proposta terapêutica inovadora efetivamente se concretize e para tanto constituiu um comitê interdisciplinar, mas com forte participação de Professores Universitários para elaborar uma lei de execução penal estadual e um plano diretor para o sistema penal do Estado do Paraná.

5. O papel da Pontifícia Universidade Católica do Paraná

Além de referir que, no plano da execução penal, uma das assistências prestadas ao preso é a de cunho religioso, mesmo que numa perspectiva de estado laico, a Secretaria de Justiça conta com o apoio – conforme divulgado na reunião de apresentação do Comitê, antes indicado – de Dom Moacir Vitti.

E aí que se reforçam a responsabilidade social desta Entidade de Ensino, o compromisso de formar alunos voltados à cidadania e conscientes de seu papel transformador.

O Curso de Psicologia, por meio da Professora Célia Ferreira Carta Winter e demais pesquisadores da área, laborou intensamente nas medidas ambulatoriais e no âmbito acadêmico constituiu um grupo de pesquisas que pela proficiência dos trabalhos realiza há quase dez anos um Seminário de Saúde Mental.

No Curso de Direito, o Núcleo de Direito Internacional (NEADI), oriundo de um Grupo de pesquisa multidisciplinar, congregando diversos Professores Pesquisadores, sob a Coordenação do Professor Luís Alexandre Carta Winter (Disciplina de Direito Internacional), na Linha de Desenvolvimento, com a tônica

dos Direitos Humanos, participou diretamente do último Seminário de Saúde Mental, com a Mesa *Direitos Humanos e Psicanálise*.

Os trabalhos apresentados nesta Mesa, pelo Professor Luís Alexandre Carta Winter e Priscilla Placha Sá (Professora de Direito Penal), juntamente com as Alunas do Curso de Direito desta Instituição Eloisa Teresinha Pin e Carolina Scarpa Thompziński, referiam-se a uma leitura de *direitos humanos* considerando cartas trocadas entre Sigmund Freud e Albert Einstein no prenúncio da II Grande Guerra. A questão dos *doentes mentais* apareceu em tais trabalhos, que serão – em breve publicados – como resultado da exitosa participação.

6. A construção coletiva do projeto terapêutico

A convite da Secretaria de Justiça e do Complexo Médico Penal, as Professores Célia Winter e Priscilla Placha estiveram em reunião na Secretaria, depois foram conhecer todas as instalações do Complexo Médico Penal e foram nomeadas para – em conjunto com diversos outros profissionais – compor o Comitê já referido representando a Pontifícia Universidade Católica do Paraná, com o intuito de colaborar na construção do projeto terapêutico, visando uma mudança paradigmática.

7. Proposta

Em virtude de todo o exposto e a convite da Secretaria de Justiça, Cidadania e Direitos Humanos, propomos à Direção do Curso de Direito a participação da Comunidade acadêmica, através de atividades de extensão e pesquisa, bem como a realização de estágio supervisionado, com o intuito de: a) inserir os Acadêmicos nesta realidade; b) propiciar uma formação humana e interdisciplinar; c) despertar no aluno sua condição de agente de transformação social; d) fomentar a atitude propositiva e a pesquisa acadêmica, com a elaboração de projetos, de artigos, de monografias, e mesmo sua inserção na formação continuada, *stricto e lato sensu*.

Como a questão comporta uma multiplicidade de saberes científicos, para além do Direito e da Psicologia, o Projeto se abre para os demais Cursos e Centros desta Instituição que possam colaborar na construção de uma viragem paradigmática.

Curitiba, 04 de Agosto de 2011.

Priscilla Placha Sá
Luís Alexandre Carta Winter
Professora de Direito Penal
Professor de Direito Internacional
Coordenador do NEADI

ANEXO C

SEEU - Processo: Assinado digitalmente por
[1.175] DIGITALIZAÇÃO DO PROCESSO - Ofício (DEPEN) em 09/07/2020



**SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E ADMINISTRAÇÃO PENITENCIÁRIA
DEPARTAMENTO PENITENCIÁRIO
COMPLEXO MÉDICO PENAL
SEÇÃO DE APOIO JURÍDICO**

Avenida Ivone Pimentel, s/nº - CEP: 83.327-700 - Parque das Nascentes - Pinhais/PR
☎ (41) 3661-3000 - Fax (41) 3661-3014 - E-mail: cmp@depen.pr.gov.br

Ofício n.º 1100/2020

Pinhais, 23 de abril de 2020

Exmo. Senhor :

Cumpramos a Vossa Excelência, para conhecimento e eventuais providências que entender cabíveis, que permanecem neste Complexo Médico Penal, na condição de residentes asilares, os internos da relação abaixo, todos já beneficiados com alvará de soltura e no aguardo de apoio institucional para reinserção social, ante a impossibilidade de colocarmos os mesmos na rua sem a figura de um cuidador/responsável, em razão da condição psiquiátrica que apresentam :

Nome :	Autos de Execução Penal:
1.	.2018.8.16.
3.	.2012.8.16.00'
4.	.2016.8.16.00
5.	.2013.8.16.00
6.	.2019.8.16.00
7.	.2017.8.16.01'
8.	.2016.8.16.00
9.	.2017.8.16.00
10.	.2018.8.16.00
11.	.2017.8.16.01
12.	.2005.8.16.00
13.	.2018.8.16.0
14.	.2013.8.16.01
15.	.2014.8.16.0
16.	.2013.8.16.0
17.	.2015.8.16.0
18.	.2014.8.16.0
19.	.2012.8.16.0
20.	.2018.8.16.0
21.	.2019.8.16.0
22.	.2011.8.16.0
23.	.2018.8.16.0
24.	.2015.8.16.0
25.	.2019.8.16.0
26.	.1998.8.16.0

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006, resolução do Projudi, do TJPR/DE
Validação deste em <https://seu.je.jus.br/seu/> - Identificador: P.JXHC BARZA V3QDF VXYRA



SEEU - Processo: - Assinado digitalmente por
 [1.175] DIGITALIZAÇÃO DO PROCESSO - Ofício (DEPEN) em 09/07/2020



SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E ADMINISTRAÇÃO PENITENCIÁRIA
DEPARTAMENTO PENITENCIÁRIO
COMPLEXO MÉDICO PENAL
SEÇÃO DE ACESSORIA JURÍDICA

Avenida Ivone Pimentel, s/nº - CEP: 83.327-700 - Parque das Nascentes - Pinhais/PR
 ☎ (41) 3661-3000 - Fax (41) 3661-3014 - E-mail: cmp@depen.pr.gov.br

27.	2019.
28.	.2019
29.	.2018.
30.	.2019
31.	.2012

Consignamos por oportuno, que a situação já foi regularmente comunicada a equipe da Secretaria de Estado da Saúde –SESA, e estamos aguardando a definição da indicação de vagas em local compatível com o perfil de cada interno, sendo no entanto, que algumas ordens de soltura já estão aguardando há cerca de 06 meses.

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006, resolução do Projudi, do TJPR/OE
 Validação deste em <https://seau.je.jus.br/seau/> - Identificador: P.JXHC BARZA V3Q7F VKYRA





PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ
 ESCOLA DE EDUCAÇÃO E HUMANIDADES
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITOS
 HUMANOS E POLÍTICAS PÚBLICAS - STRICTO SENSU

**ATA DA SESSÃO PÚBLICA DE EXAME DE DISSERTAÇÃO Nº. 093
 DEFESA PÚBLICA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DE**

ANNE CAROLINE COBBE DE FREITAS

Aos trinta e um dias do mês de agosto de dois mil e vinte e um, às dezesseis horas, reuniu-se pela Plataforma blackboard a banca examinadora constituída pelo (as) professor(as) doutor (as) Rodrigo Alvarenga (orientador), Célia Ferreira Carta Winter (Coorientadora), Ilzver de Matos Oliveira, André Giamberardino, Marcelo Kimati e Juarez Cirino dos Santos, para examinar a dissertação da candidata: **ANNE CAROLINE COBBE DE FREITAS**, ingressante no Programa de Pós-Graduação em Direitos Humanos e Políticas Públicas - Mestrado, ingressante no primeiro semestre de dois mil e dezanove, área de concentração: Direitos Humanos, Ética e Políticas Públicas - Linha de pesquisa: História, Política e Direitos Humanos. A mestranda apresentou a dissertação intitulada: **PODER PSQUIÁTRICO E VIOLAÇÕES DE DIREITOS HUMANOS NO CUMPRIMENTO DAS MEDIDAS DE SEGURANÇA NO SISTEMA PENAL**. A candidata fez uma exposição sumária da dissertação, em seguida procedeu-se à arguição pelos Membros da Banca e, após a defesa, foi **APROVADA** com louvor, pela Banca Examinadora, tendo seu trabalho sido recomendado para publicação. A sessão encerrou-se às dezoito horas e vinte e quatro minutos. Para constar, lavrou-se a presente Ata, que devido realização de banca, por videoconferência, segue com assinatura digital do orientador e presidente da banca professor doutor Rodrigo Alvarenga e da Coordenadora do Programa professora doutora Maria Cecilia Barreto Amorim Pilla.

Presidente/Orientador: Prof. Dr. Rodrigo Alvarenga

Convidada Interna/Coorientadora: Prof^a. Dr^a Célia Ferreira Carta Winter

Convidado Interno: Prof. Dr. Ilzver de Matos Oliveira

Convidado Externo: Prof. Dr André Giamberardino

Convidado Externo: Prof. Dr Marcelo Kimati

Convidado Externo: Prof. Dr. Juarez Cirino dos Santos

Prof^a. Dr^a. Maria Cecilia Barreto Amorim Pilla
 Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Direitos Humanos e
 Políticas Públicas PPGDH/PUCPR