Cognitio Juris
ISSN 2236-3009

ANÁLISE DAS DECISÕES JUDICIAIS DE MEDIDA DE SEGURANÇA APLICADA AOS INIMPUTÁVEIS POR DOENÇAS MENTAIS FRENTE À AUSÊNCIA DE HOSPITAIS DE CUSTÓDIA NO ESTADO DO TOCANTINS

ANALYSIS OF JUDICIAL DECISIONS ON SECURITY MEASURE APPLIED TO THOSE UNACCOUNTABLE FOR MENTAL ILLNESSES IN FACE OF THE ABSENCE OF CUSTODY HOSPITALS IN THE STATE OF TOCANTINS

Artigo submetido em 7 de novembro de 2023
Artigo aprovado em 16 de novembro de 2023
Artigo publicado em 1 de dezembro de 2023

Cognitio Juris
Volume 13 – Número 51 – Dezembro de 2023
ISSN 2236-3009

.

Autor(es):
Ellen Caroline Uecker [1]
Ênio Walcácer de Oliveira Filho [2]

.

RESUMO: Previstos na legislação penal brasileira, os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) são estabelecimentos destinados ao acolhimento dos inimputáveis psicológicos, pois estes estão impossibilitados de sofrerem penas privativas de liberdade. Por ora é possível verificar que não há hospitais ou instituição semelhante no Estado do Tocantins, e mesmo ante a ilegalidade, muitos pacientes têm sido mantidos em prisões comuns, fundamentado na periculosidade do agente. No entanto, as medidas de segurança não possuem caráter punitivo – o HCTP se insere como uma das modalidades desta –. Portanto, não é pretendido, com a implementação de tal, fazer com que o agente pague pelo crime cometido, mas objetiva a tratar o agente e resguardar a sua segurança e da sociedade. Também, a aplicação de medida de segurança com base em critérios abstratos (periculosidade), acaba ultrapassando o objetivo da proteção social e tende a ser utilizada como forma de punição, o que contraria a estrutura principiológica que orienta a aplicação de sanções. Visualiza-se, portanto, uma inadequação por parte do Estado em custodiar o inimputável, onde estes abandonados à própria sorte, tornam-se vítimas de um sistema carcerário precário, os sujeitando ao risco de ver sua condição agravada devido à ausência de tratamento médico adequado. Desse modo, o presente trabalho consiste em traçar a análise das decisões judiciais de medida de segurança, aplicada aos inimputáveis por doenças mentais, ante a inexistência de estabelecimentos adequados (HCTP). O percurso metodológico assentou-se na análise exploratória e qualitativa, onde na prática, o colhimento de informações se deu através de: pesquisa bibliográfica, em artigos, livros, teses e dissertações, bem como jurisprudência, relatórios técnicos e documentos relevantes; e levantamento de campo.

Palavras-chave: inimputável por doença mental; hospital de custódia e tratamento psiquiátrico; medida de segurança.

ABSTRACT: Provided for in the Brazilian criminal legislation,, Psychiatric Custody and Treatment Hospitals (HCTP) are establishments designed to accommodate psychologically unaccountable individuals, as they are unable to suffer custodial sentences. For now, it is

possible to verify that there are no hospitals or similar institutions in the State of Tocantins, and even in the face of illegality, many patients have been kept in common prisons, based on the dangerousness of the agent. However, the security measures are not punitive in nature – HCTP is included as one of its modalities –. Therefore, the implementation of this is not intended to make the agent pay for the crime committed, but rather to treat the agent and protect his and society's safety. Also, the application of security measures based on abstract criteria (dangerousness) ends up going beyond the objective of social protection and tends to be used as a form of punishment, which goes against the principled structure that guides the application of sanctions. Therefore, there is an inadequacy on the part of the State in guarding the irresponsible, where these people, abandoned to their own devices, become victims of a precarious prison system, subjecting them to the risk of seeing their condition aggravated due to the lack of adequate medical treatment. Therefore, the present work consists of outlining the analysis of judicial decisions on security measures, applied to those who are not responsible for mental illnesses, given the lack of adequate establishments (HCTP). The methodological path was based on exploratory and qualitative analysis, where in practice, information was collected through: bibliographical research, in articles, books, theses and dissertations, as well as jurisprudence, technical reports and relevant documents; and field survey.

Keywords: unaccountable for mental illness; custody and psychiatric treatment hospital; security measure.

1 INTRODUÇÃO

As legislações penais possuem pretensão de serem limitadoras das ações humanas. No entanto, ao contrário de uma pessoa sã que, quando comete um crime, é considerada imputável e recebe uma penalidade, há situações de pessoas que não foram totalmente capazes de, no momento da ação ou omissão, compreenderem o fato da ilicitude ou determinar-se com base neste entendimento (inimputável), devido a doença mental ou

desenvolvimento mental incompleto ou retardado, e, portanto, estão isentos da pena, mas sujeitos a medidas de segurança.

Ao analisar a trajetória do doente mental ao longo da história e sua interação com o sistema legal ao longo dos séculos, é evidente que persiste uma preocupação comum até os dias de hoje. Encontrar um espaço que vise a cura ou o tratamento das enfermidades que afligem os pacientes psiquiátricos, independentemente de serem autores de crimes ou não, é um desafio árduo. Diante de evidências inegáveis, frequentemente testemunhamos esses indivíduos serem abandonados à própria sorte, desumanizados, confinados e esquecidos por aqueles que os cercam.

Em consequência do processo de democratização do país e do movimento em prol da luta antimanicomial, foi aprovada a Lei nº 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, além de reformular o modelo assistencial em saúde mental (BRASIL, 2001). Também, a aprovação recente da Resolução do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), que objetiva instituir uma política antimanicomial no âmbito do Poder Judiciário, estabelecendo diretrizes e procedimentos para a implementação da Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CIDPD) e da Lei nº 10.216/2001 no contexto do processo penal e na execução das medidas de segurança (BRASIL, 2023).

As medidas de segurança não possuem caráter punitivo. Portanto, não é pretendido, com a implementação de tal, fazer com que o agente pague pelo crime cometido, mas objetiva tratar o agente e resguardar a sua segurança e da sociedade (CARVALHO, 2023). O Código Penal (1940) estabelece duas modalidades de medidas de segurança, conforme o artigo 96, quais sejam: Internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou, à falta, em outro estabelecimento adequado (artigo 96, inciso I, do CP) e, sujeição a tratamento ambulatorial (artigo 96, inciso II, do CP).

O Estado do Tocantins, como parte da Federação Brasileira, está sujeito às normas legais do

país, incluindo a oferta de tratamento de saúde adequado (medida de segurança) em vez de pena para infratores que possuam algum tipo de debilidade mental, visando a melhora de seu quadro psiquiátrico de forma que não venha a cometer novo delito.

Entretanto, não há no Estado do Tocantins política pública efetiva (no âmbito penitenciário) voltada para indivíduos sujeitos ao regime das medidas de segurança. E, devido a inexistência hospitais ou instituição semelhante pública ou privada qualificada e especifica nesse estado, o doente mental que está submetido a medida de segurança frequentemente acaba detido em celas, como se estivesse cumprindo pena (COSTA, 2015).

Visualiza-se, uma insuficiência por parte do Estado em proteger o inimputável, onde estes abandonados à própria sorte, tornam-se vítimas de um sistema carcerário precário, resultando na degradação de sua já fragilizada dignidade, seja pelas ações dos responsáveis por sua integridade física e mental, seja pelas ações dos outros detentos que perpetuam práticas cruéis que lembram os terríveis manicômios judiciais do passado.

Algumas atitudes estão sendo tomadas, conforme se verificou em levantamento de campo, a instituição da política antimanicomial no judiciário tocantinense vagarosamente estará sendo implantada, a partir de um alinhamento interinstitucional.

Entretanto, a postura omissiva dos gestores públicos até o momento introdutório da política antimanicominal, refletem a negligência da classe política no tocante à administração tanto do sistema de saúde quanto do sistema prisional no estado do Tocantins. Há muito a ser realizado para assegurar os direitos e garantias fundamentais dos indivíduos com transtornos mentais que cometem infrações, é imperativo que haja uma reforma rápida e eficiente na política de saúde pública do estado do Tocantins.

Desse modo, este trabalho consiste em analisar como o Poder Judiciário do Tocantins tem atuado, dentro de seus limites de competência, para executar as medidas de segurança, na modalidade internação, aplicada aos inimputáveis por doenças mentais, ante a inexistência

de estabelecimentos adequados (HCTP).

O presente artigo, apresenta uma leitura histórica do tratamento dos que sofrem de transtornos mentais, desde a pré-história até os dias atuais, e da luta antimanicomial e reforma psiquiátrica no Brasil. Discorresobre a Medida de Segurança e a pena sob o esteio da legislação penal pátria, abordando a aplicação da mesma, bem como as linhas gerais de suas duas modalidades. Analisa a atuação dos egrégios tribunais para implementar as medidas de segurança ante a inexistência de HCTP no Estado do Tocantins; a situação concreta de doentes mentais que deflagra grave violação de direitos humanos; e as políticas públicas tocantinenses que estão sendo formuladas e implantadas efetivamente no estado.

O percurso metodológico assentou-se na análise exploratória e qualitativa, onde na prática, o colhimento de informações se deu através de: pesquisa bibliográfica, em artigos, livros, teses e dissertações, bem como jurisprudência, relatórios técnicos e documentos relevantes; e levantamento de campo.

2 LUTA ANTIMANICOMIAL E REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL.

2.1 A LOUCURA ATRAVÉS DOS TEMPOS

Em várias culturas antigas [3], os doentes mentais eram considerados seres especiais, divinizados e dignos de tratamento respeitoso: “alguns desses comportamentos eram vistos como sinais de deuses, tanto positivos quanto negativos. Alguns casos de esquizofrenia, por exemplo eram vistos como sinais de profetas” (ASSIS, 2010).

Conforme Maximiliano Roberto Ernesto Fuhrer (2000):

[…] para os povos primitivos, o louco era um ser sagrado, que merecia grande respeito e distinção, seus atos eram considerados manifestações divinas. Os índios americanos demonstravam respeito e veneração pelos perturbados mentais, preparando cerimônias religiosas em sua homenagem […] (FUHRER, 2000, p. 16).

Posteriormente, passaram a ser vistos como representantes dos conflitos da razão humana, e em tempos mais sombrios, especificamente na Idade Média, quando o conhecimento era santificado – influenciado pelo cristianismo –, foram retratados como seres diabólicos [4], e eram até mesmo levados a igrejas para serem exorcizados (ASSIS, 2010).

Já no final da Idade Média [5], as pessoas que exibiam esses comportamentos eram excluídas do meio social ou aprisionadas com criminosos para retirar sua influência sobre as ditas pessoas normais. Essa privação do convívio social foi representada na famosa obra "Nau dos Loucos", pintada pelo renomado artista holandês Hieronymus Bosch (FOUCAULT, 2004).

Michel Foucault (2004) relata que os loucos eram transportados de uma cidade para outra em embarcações, já que as cidades os baniam, deixando-os à deriva sem destino, ou os entregavam a grupos de mercadores ou peregrinos.

[…] confiar o louco aos marinheiros é com certeza evitar que ele ficasse vagando indefinidamente entre os muros da cidade, é ter a certeza de que ele irá para longe, é torná-lo prisioneiro de sua própria partida. Mas a isso a água acrescenta a massa obscura de seus próprios valores: ela leva embora, mas faz mais que isso, ela purifica. Além do mais, a navegação entrega o homem à incerteza da sorte: nela, cada um é confiado a seu próprio destino, todo embarque é, potencialmente, o último […] (FOUCAULT, 2004, p. 16).

Essa prática de isolamento social não era aplicada apenas aos doentes mentais, mas abrangia todos os indivíduos que viviam à margem da sociedade. Isso incluía alcoólatras, desabrigados e aqueles considerados desequilibrados. De acordo com a mentalidade predominante naquela época, acreditava-se que esses indivíduos estavam desprovidos de honra e não eram considerados adequados para viver em sociedade (FOUCAULT, 2004).

Em dado momento, passou-se a considerar a loucura como doença mental, iniciando as várias tentativas de tratamentos, surgindo a necessidade de abrigar os "desprovidos de honra" em unidades de internação, sendo está a prática de segregação presente na

modernidade [6]. Essas unidades foram criadas para a correção e educação de tais pessoas, demonstrando novamente que o interesse do Estado não estava na recuperação do indivíduo, mas sim em afastar do convívio social aqueles cujos consideravam propagadores de desordem e perturbadores da paz social (FOUCAULT, 2004).

Na busca por alcançar esse objetivo punitivo, foram frequentemente empregados métodos de tratamento que envolviam o uso de abordagens violentas e cruéis. Isso incluía a utilização de instrumentos de contenção, como prisões, celas e correntes de ferro (FOUCAULT, 2004).

No Brasil, a ideia de segregação em instituições psiquiátricas e a limitação da liberdade de indivíduos, ensejou a construção no Rio de Janeiro, do primeiro hospício brasileiro o Hospício de Pedro II, inaugurado em 1852, conforme Relatório do Conselho Federal de Psicologia – CFP (2020).

O tratamento manicomial foi amplamente predominante até meados da década de 1970 – era contemporânea [7]. Foi somente com o advento da luta pela reforma psiquiátrica como movimento que buscava restituir a dignidade e a liberdade do doente mental, que a loucura começou a ser tratada de maneira mais aprofundada nos âmbitos científico, médico e psiquiátrico (CFP, 2020).

2.2 TRATAMENTO MANICOMIAL NO BRASIL E REFORMA PSIQUIÁTRICA

Os que hoje são considerados como detentores de transtorno mental, viveram em tempos tenebrosos segregados do convívio social em todo o mundo por várias eras – Idade Antiga; Idade Média; Idade Moderna; Idade Contemporânea – objetificados como seres a serem estudados nas mais variadas e aberrantes experiências, até serem classificados como sujeitos acometidos de patologia, a serem diagnosticados e tratados.

Havendo a Declaração Universal dos Direitos Humanos da ONU em 1948, e a subsequente adoção de outras normas internacionais, vários Estados, incluindo o Brasil, acabaram por

tentar reformar suas leis internas para ajustar a antiga abordagem trazida, objetivando salvaguardar os direitos fundamentais do doente mental, visando sua inclusão no meio social e o respeito à sua dignidade.

Entretanto, contrariando os acordos internacionais, os manicômios brasileiros empregavam uma sistemática que viabilizava a degradação humana, utilizando práticas como o confinamento em solitárias, a realização de lobotomias, a aplicação de castigos físicos e eletrochoques, entre outros métodos.

Para exemplificar, Daniela Arbex (2013), em sua obra 'O Holocausto Brasileiro' descreve um dos maiores genocídios gerado dentro de uma instituição social que serviu de palco para o cometimento de atrocidades sem precedentes contra homens, mulheres e crianças que, ao entrarem pelos portões, foram despojados de sua condição humana e submetidos às piores barbaridades, expostos a práticas cruéis e indignas de seres humanos, onde o número de vítimas chegou a 60.000, fruto de flagrantes violações dos direitos humanos.

O número de mortes ocorridas no Hospital Colônia Barbacena (Minas Gerais/MG), considerado o maior hospício do mundo, supera o total acima mencionado, cuja contabilização foi feita com base apenas no número de sepulturas existentes no Cemitério da Paz [8], pois, muitos dos corpos não puderam ser sepultados (ARBEX, 2013).

Conforme afirma a autora, os residentes do Colônia recorriam a medidas desesperadas na intenção de obter alimentos, como a ingestão de ratos, água de esgoto, e inclusive de excrementos. Além disso, eles eram obrigados a dormir sobre capim, a permanecerem nos pátios ao ar livre, muitos viviam despidos (nus), eram submetidos a terapia de eletrochoque, e alguns eram mantidos amarrados com cordas ou relegados à solitária por longos períodos (ARBEX, 2013).

Também, foi constatado que a Colônia não submeteu somente as pessoas com doenças ou transtornos mentais a práticas atrozes indignas de seres humanos, mas todos os que de

alguma forma incomodam os “poderosos” e representam a escória e a vergonha social (ARBEX, 2013).

Outro exemplo de destaque, é o caso Damião Ximenes, o primeiro litígio brasileiro a ser julgado pela Corte Interamericana de Direitos Humanos da Organização dos Estados Americanos (OEA). O Estado brasileiro foi alvo de acusações devido às ações e omissões na morte de Damião Ximenes Lopes, que ocorreu nas dependências da Casa de Repouso Guararapes, localizada no interior do Ceará e credenciada ao Sistema Único de Saúde (SUS) como parte da rede privada. (CORREIA, 2010).

Damião foi descoberto por sua mãe, Albertina Viana Lopes, após meros três dias de sua internação, em condições deploráveis: ensanguentado, com hematomas, sujo e exalando um forte odor de excremento, com as mãos amarradas às costas, lutando para respirar e em agonia, clamando por ajuda. Damião faleceu no mesmo dia. Seus familiares ajuizaram ações criminal e cível, e petição contra o Estado perante a Comissão Interamericana de Direitos Humanos (CIDH), no entanto, e todos os caso o Estado não conduziu investigações significativas nem responsabilizou os envolvidos (CORREIA, 2010).

A Corte IDH concluiu que o Estado violou: (I) os direitos à vida e à integridade pessoal de Damião Ximenes (artigos 4.1, 5.1 e 5.2 da Convenção Americana de Direitos Humanos – CADH); (II) o direito à integridade pessoal dos familiares da vítima, que enfrentaram problemas de saúde devido ao intenso sofrimento e angústia decorrentes das circunstâncias dos eventos; e (III) os direitos às garantias judiciais e à proteção judiciais (artigos 8.1 e 25.1 da CADH), devido à ineficácia na investigação e responsabilização dos culpados pelos maus-tratos e pela morte da vítima. A Corte IDH determinou ao Estado brasileiro que os familiares da vítima fossem indenizados pelos danos materiais e morais causados, além de impor diversas outras obrigações, incluindo a garantia de que o processo interno para investigar e responsabilizar os envolvidos pelos eventos desse caso seja conduzido de maneira adequada e em tempo hábil. (Corte IDH. 2006)

Como dito anteriormente, o tratamento manicomial no Brasil foi introduzido de forma hegemônica até meados da década de 1970, as mudanças somente começaram a ocorrer após os vários movimentos em prol da saúde, incluindo a mental, como a Reforma Sanitária (de 1970); o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (de 1978); a I Conferência Nacional de Saúde Mental e o II Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, que adotou o lema "Por uma sociedade sem manicômios" (1987); entre outros (CFP, 2020).

As propostas de reforma no sistema de saúde mental brasileiro, decorrentes dos eventos mencionados, resultaram na universalidade do direito à saúde, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), oficializados na Nova Constituição de 1988, que gerou oportunamente a aprovação da Lei n° 10.216/2001, a qual dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental (BRASIL, 2001).

Importa ressaltar que o referido ordenamento não menciona expressamente o doente mental que tenha cometido crime, no entanto a doutrina e os tribunais de justiça brasileiros entenderam que os doentes mentais delinquentes estão acobertados pela aludida lei. Não havendo justificativas para sua exclusão da aplicação desse conjunto de regras, uma vez que isso implicaria em uma discriminação que carece de base na Constituição Federal. (JACOBINA, 2008)

A Lei Antimanicomial (10.216/01), como também é chamada, estabelece que a internação só é admissível quando as terapias convencionais – Tratamento Ambulatorial e Alas Psiquiátricas – não produzem resultados eficazes. Além disso, é imperativo que haja a supervisão do Ministério Público nos casos de internação compulsória [9], que deve ocorrer em hospitais regulares, não em manicômios, a fim de promover a inclusão e evitar a segregação dos doentes mentais da sociedade. (JACOBINA, 2008)

Observa-se, que a reforma psiquiátrica determinou a necessidade de reduzir o número de

leitos (mantendo-os quando estritamente necessário), objetivando passar de um enfoque meramente controlador para uma abordagem de cura ou recuperação, fundamentada na valorização da vida humana, com o propósito de eliminar atos cruéis e desumanos.

O movimento antimanicomial persiste em sua luta para fortalecer a política antimanicomial no Brasil. Os eventos citados anteriormente são utilizados de referência atualmente, como demonstrado, por exemplo, na recente aprovação da Resolução do CNJ, que tem como objetivo instituir a política antimanicomial do Poder Judiciário e estabelecer diretrizes e procedimentos para a aplicação da Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (*CIDPD*) e da Lei nº 10.216/2001 no contexto do processo penal e na execução das medidas de segurança. (BRASIL, 2023)

3 A MEDIDA DE SEGURANÇA E A PENA SOB O ESTEIO DA LEGISLAÇÃO PENAL PÁTRIA

3.1 CULPABILIDADE E VERIFICAÇÃO DE INIMPUTABILIDADE

O art. 26, caput, do Código Penal (1940), define a inimputabilidade psíquica, estabelecendo que "é isentado de pena o agente que, devido a doença mental, desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era completamente incapaz de compreender a natureza ilícita do ato ou de agir de acordo com esse entendimento no momento da ação ou omissão".

O inimputável por doença mental, ao contrário do indivíduo culpável (imputável), carece da capacidade mínima de discernir a situação em que se encontra, tornando impossível avaliar a ilicitude de suas ações e, portanto, agir de acordo com as expectativas legais (NUCCI, 2023).

O sistema jurídico penal brasileiro, ao impor uma penalização, é estruturado com base no princípio da culpabilidade, expresso na máxima *"nullum crimen sine culpa"* [10]. Em outras palavras, isso implica que somente pode ser sujeito à punição aquele que tenha perpetrado

um fato típico (ou seja, que esteja previamente definida como crime pela lei) e ilícito (que transgrida a legislação), agindo intencionalmente (dolo) ou com negligência ou imprudência (culpa), com juízo de reprovação (NUCCI, 2023).

A incapacidade mencionada afeta diretamente esse elemento essencial do delito, que é a culpabilidade. Conforme previsto no Código Penal (1940), a doença mental e o desenvolvimento mental retardado ou incompleto (artigo 26, caput, CP) constituem causas de exclusão da culpabilidade, razão pela qual as condutas realizadas por pessoas nessas condições não podem ser consideradas como crime. A ausência de crime implica, consequentemente, na impossibilidade de aplicação de pena.

Neste cenário de ausência de responsabilidade penal, a pena é substituída pela medida de segurança, e o objetivo retributivo da sanção é substituído pela orientação de tratamento ao paciente. Tecnicamente, essa situação é conhecida como *"absolvição sui generis"* (absolvição imprópria) [11], uma vez que, apesar da inexistência do crime, o autor do fato é compulsoriamente submetido à medida de segurança, indicando sua submissão às agências estatais encarregadas da execução da decisão judicial (CARVALHO, 2023).

3.2 APLICAÇÃO DA MEDIDA DE SEGURANÇA

A classificação do autor de uma conduta ilícita como imputável ou inimputável e a consequente determinação da resposta jurídica adequada (pena ou medida de segurança) derivam de uma escolha político-criminal, que posteriormente é respaldada pela ciência jurídico-penal. Esse processo fragmenta o sistema vicariante em dois discursos distintos de fundamentação: o sistema de culpabilidade (imputabilidade/pena) e o sistema de periculosidade (inimputabilidade/medida de segurança), sendo este último o foco da discussão. (CARVALHO, 2023):

De acordo com Juarez Cirino dos Santos (apud CARVALHO, 2023):

[...] ao contrário da natureza retributiva das penas criminais, fundadas na culpabilidade do fato passado, as medidas de segurança, concebidas como instrumento de proteção social e de terapia individual – ou como medidas de natureza preventiva e assistencial, segundo a interpretação paralela do Legislador –, são fundadas na periculosidade de autores inimputáveis de fatos definidos como crimes, com o objetivo de prevenir a prática de fatos puníveis futuros [...] (SANTOS apud CARVALHO, 2023, p. 556).

O mecanismo usado para averiguar a periculosidade do autor de um ato definido como crime pela lei é o incidente de insanidade mental, procedimento regulamentado pelo Código de Processo Penal (CARVALHO, 2023). O incidente pode ser solicitado em qualquer fase do processo penal, seja durante a investigação ou o julgamento, e sua instauração resulta na suspensão do processo (conforme o artigo 149, §§ 1º e 2º do Código de Processo Penal). De acordo com o artigo 149, caput, do referido ordenamento, quando há dúvidas sobre a integridade mental do acusado, o juiz ordenará de ofício ou a requerimento das partes a realização do exame médico-legal (perícia psiquiátrica). É incumbência do médico legista (psiquiatra forense) determinar o grau de periculosidade do autor do ato (NUCCI, 2023). A periculosidade é compreendida, nos termos dos Códigos Penal (1940) e de Processo Penal (1941), como um estado de antissociabilidade que permite fazer uma avaliação da probabilidade de futura conduta delitiva com base nos déficits psíquicos do examinando.

O Código Penal estabelece duas modalidades de medidas de segurança, conforme o artigo 96, quais sejam: Internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou, à falta, em outro estabelecimento adequado (artigo 96, inciso I, do CP) e, sujeição a tratamento ambulatorial (artigo 96, inciso II, do CP). A escolha entre essas duas modalidades, conforme o artigo 97, depende da pena prevista para o delito cometido pelo agente: quando a pena prevista para o crime é de reclusão, a medida de segurança adequada é a internação em um HCTP; caso a pena prevista seja detenção, a medida de segurança apropriada é o tratamento ambulatorial (BRASIL, 1940).

Este entendimento não é pacificado, Salo Carvalho (2023) e Guilherme Nucci (2023) entendem que a determinação da medida de segurança com base apenas na natureza da pena prevista pela lei não está em conformidade com o postulado constitucional que exige a individualização da sanção penal (art. 5º, XLVI, Constituição Federal).

Note-se que, no que tange às penas, a determinação do regime ou a possibilidade de substituição por penas restritivas de direitos não depende da natureza da privação de liberdade estabelecida em lei. Nesse sentido, o tipo de regime (aberto, semiaberto ou fechado) e a categoria de sanção (privativa de liberdade, restritiva de direitos ou multa) estão sujeitos a critérios judiciais expostos de forma fundamentada na sentença, respeitando a individualização da pena estabelecida na estrutura principiológica, tanto na Constituição quanto na legislação aplicável. A definição das espécies de medidas com base em um critério abstrato parece, portanto, entrar em conflito com a estrutura principiológica que orienta a aplicação de sanções (CARVALHO, 2023).

No que diz respeito à duração do tratamento, o Código Penal (1940) estabelece que: “A internação, ou tratamento ambulatorial, será por tempo indeterminado, perdurando enquanto não for averiguada, mediante perícia médica, a cessação de periculosidade. O prazo mínimo deverá ser de 1 (um) a 3 (três) anos.” (Artigo 97, § 1º, do CP).

Isso é, a duração será determinada com base na resposta positiva ou negativa do paciente durante o processo de reabilitação. Se a medida de intervenção for adequada e o paciente responder positivamente, resultando na redução ou controle de seu comportamento delitivo, subsequentemente haverá o diagnóstico de cessação da periculosidade. Caso contrário, se a medida não for adequada ou a resposta for negativa, o estado de perigo persistirá, exigindo-se a prorrogação da internação compulsória.

O Estado do Tocantins, como parte da Federação Brasileira, está sujeito às normas legais do país, incluindo a aplicação do sistema vicariante, que preconiza a oferta de tratamento de

saúde adequado (medida de segurança) em vez de pena para infratores que possuam algum tipo de debilidade mental.

No entanto, de acordo com as conclusões do pesquisador e mestre em direitos humanos Bernardino Cosobeck da Costa, não existe uma política pública (no âmbito penitenciário) efetiva no Tocantins voltada para indivíduos sujeitos ao regime das medidas de segurança. Assim, por inexistir hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico ou qualquer outro estabelecimento adequado, o doente mental que está submetido a medida de segurança frequentemente acaba detido em celas, como se estivessem cumprindo penas (COSTA, 2015). A situação tocantinense será aprofundada na próxima divisão do artigo.

3.2.1 Tratamento Ambulatorial e Alas Psiquiátricas

Como se pode observar da exposição de motivos do Código Penal (1983), o tratamento ambulatorial é uma medida restritiva distinta da internação (medida detentiva):

[…] duas espécies de medida de segurança consagra o Projeto: a detentiva e a restritiva. A detentiva consiste na internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico […]. O Projeto consagra significativa inovação ao prever a medida de segurança restritiva, consistente na sujeição do agente a tratamento ambulatorial, cumprindo-lhe comparecer ao hospital nos dias que lhe forem determinados pelo médico, a fim de ser submetido à modalidade terapêutica prescrita […] (Exposição de Motivos do Código Penal, 1983, §§ 89 e 90).

A principal característica do tratamento ambulatorial reside na exigência de acompanhamento médico-psiquiátrico, sem a necessidade de confinar o paciente em uma instituição (CARVALHO, 2023). Atualmente, a implementação do tratamento ambulatorial é realizada por meio dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), regulamentados pela Portaria nº 336/MS de 19 de fevereiro de 2002 (COSTA, 2015).

De acordo com as diretrizes estabelecidas na portaria mencionada, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), é municiado com uma equipe multidisciplinar – composta por profissionais como médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e outros – que elabora planos estratégicos individualizados para cada um dos pacientes acolhidos, adotando abordagens terapêuticas diversas, com ou sem o uso de medicamentos, com o intuito de controlar ou minimizar a periculosidade do paciente com transtorno mental (BRASIL, 2002).

Como dito anteriormente, o regime ambulatorial é aplicado nos casos em que o ato cometido pelo inimputável é passível de uma pena de detenção, ou seja, para periculosidade moderada, onde o magistrado assimila inexistir maiores riscos à sociedade o doente mental estar em liberdade.

3.2.2 Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico

É possível, em situações de maior periculosidade, que seja necessário empregar uma forma abrangente de tratamento, o que justifica a opção pela internação como medida de segurança. A internação psiquiátrica determina o cumprimento da medida de segurança em Hospital de Custódia e de Tratamento Psiquiátrico (HCTPs) ou outro estabelecimento adequado com característica similar (artigo 96, inciso I, do CP).

O critério legal para impor a internação como medida de segurança ocorre quando o indivíduo com transtorno mental tenha cometido um crime passível de pena de reclusão, devendo, no entanto, ser respeitada a individualização da pena estabelecida na estrutura principiológica presente na legislação brasileira, conforme já elucidado.

É inequívoco que a modalidade de internação da medida de segurança não pode ser executada em uma cadeia pública ou presídio (NUCCI, 2023). O Estado não deve sujeitar seus cidadãos, inclusive doentes mentais, a situações degradantes, negligenciando a prestação de cuidados adequados à saúde, abrangendo tanto o aspecto físico quanto o mental. Essa responsabilidade é fundamentada no próprio ordenamento jurídico brasileiro,

que busca promover e proteger universalmente os direitos de todos os cidadãos, especialmente daqueles mais vulneráveis.

Esta posição encontra respaldo na legislação brasileira, bem como nos Tribunais Estaduais e nos Superiores, além de frisado pela doutrina (COSTA, 2015): “Constitui constrangimento ilegal a manutenção de réu destinatário da medida de segurança em estabelecimento inadequado. Na falta de vaga, a internação pode dar-se em hospital comum ou particular, mas nunca em cadeia pública” (RHC 44.587/SP, Rel. Ministra Laurita Vaz, Quinta Turma, julgado em 08/05/2014, DJe 16/05/2014).

O doente mental que tenha cometido ato criminoso tem o direito ao atendimento de saúde especializado, conforme as diretrizes da psiquiatria, por meio de uma equipe multiprofissional. Como na medida restritiva (tratamento ambulatorial), o objetivo é proporcionar um tratamento adequado para reduzir ou eliminar a periculosidade do indivíduo, permitindo assim sua reintegração na sociedade. E é isto o que diz o artigo 99, do CP: “O internado será recolhido a estabelecimento dotado de características hospitalares e será submetido a tratamento” (BRASIL, 1940).

4 POLÍTICA PÚBLICA DO DOENTE MENTAL SUBMETIDO À MEDIDA DE SEGURANÇA NA MODALIDADE INTERNAÇÃO NO ESTADO DO TOCANTINS

Como já frisado, existem distinções entre a medida de segurança e a pena. Enquanto a pena possui uma natureza retributiva-preventiva que visa à ressocialização, a medida de segurança tem uma natureza preventiva e de cuidados médicos, focando na reintegração terapêutica do doente mental na sociedade.

É evidente na norma jurídica, que a medida de segurança de internação não deve ser cumprida no sistema carcerário, no entanto, devido à inexistência de um Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) no Estado do Tocantins, frequentemente o doente mental que está submetido a medida de segurança acaba detido em celas, como se

estivessem cumprindo penas (COSTA, 2015).

O portador de transtorno mental é um detentor de direitos e, em virtude de sua dignidade humana, possui o direito a receber um tratamento de saúde apropriado e livre de violência. É impossível conceber a implementação de um tratamento terapêutico isento de violência dentro de uma instituição prisional.

Costa (2015) relata situações concretas no Estado do Tocantins que evidenciam a gravidade da situação em que se encontram os indivíduos com transtornos mentais alocados em ambientes carcerários.

Seguindo na análise de casos, nos autos no processo de insanidade mental, envolvendo o Processo nº 2011.0008.4276-8/0, da Vara Criminal de Colinas do Tocantins/TO, a defesa solicitou a instauração de um incidente de insanidade mental com um pedido de internação provisória, pois o paciente por várias vezes havia tentado o suicídio enquanto estava detido, sendo que em última tentativa obteve lesões graves, por ter batido sua cabeça contra as grades da cela (COSTA, 2015).

No laudo psiquiátrico foi afirmado que o paciente foi acometido por grave depressão, e que o mesmo não poderia permanecer sem tratamento psiquiátrico. Em laudo criminológico consta que o mesmo fazia tratamento psiquiátrico desde o ano de 2009, já tendo sido internado em clínica psiquiátrica, e sempre fez uso de drogas lícitas e ilícitas, e fazia uso de diversos remédios controlados de restrição para o uso psiquiátrico (COSTA, 2015).

Houve determinação judicial para a pronta internação provisória do doente mental na Clínica de Repouso São Francisco em Araguaína/TO, no entanto, a clínica se recusou a interná-lo, alegando não se tratar de uma clínica com viés de hospital de custódia, e assim não ter condições para o recebimento do paciente. Como resultado, embora o laudo psiquiátrico tenha recomendado a internação, a falta de estabelecimento apropriado levou o juiz a por paciente em liberdade para cumprir medida de segurança em tratamento ambulatorial

(COSTA, 2015).

Mesmo com uma mudança posterior na sua avaliação de periculosidade, fato é que o doente mental esteve em risco de morte por diversas vezes no ambiente carcerário, a pronta internação era devida na ótica do magistrado da época, e só não foi concretizada por impossibilidade material em se alocar o paciente em local adequado (COSTA, 2015).

Não há disposição de estatísticas oficiais sobre suicídios no sistema prisional no estado tocantinense. No entanto, por meio de relatos na imprensa, tem-se conhecimento de algumas ocorrências de suicídio e homicídios ao longo dos anos (COSTA, 2015). Por exemplo, em 2023, houve o caso de um indivíduo que estava cumprindo pena provisória no Presídio Barra da Grota, em Araguaína/TO, e foi encontrado morto em sua cela.

Em outro caso de destaque, envolvendo o Processo nº 929/1999, da Vara Criminal de Colinas do Tocantins/TO, após determinação de instauração de incidente de insanidade mental pelo magistrado da época, foi acostado através de laudo psiquiátrico que o paciente detinha problemas psíquicos, histórico de tentativas de suicídio, e dificuldade de lidar com pessoas do sexo feminino, bem como que não possuía plena capacidade para entender o caráter ilícito de seus atos. Em laudo posterior, foi diagnosticado como indivíduo de personalidade antissocial ou dissocial (CID – 10/F60.2) (COSTA, 2015).

Assim, em 2002 foi determinada a aplicação da medida de segurança na forma de internação na Clínica de Repouso São Francisco em Araguaína/TO. O TJTO em análise de recurso, manteve a decisão no acórdão. No entanto, a decisão não pôde ser executada, uma vez que a clínica não detinha condições para o recebimento do paciente (COSTA, 2015).

O paciente permaneceu em cela de cadeia por quase 10 anos, sem tratamento psiquiátrico adequado. O juiz argumentou que se por um lado manter o doente mental em cela de cadeia, desprovido de tratamento adequado, implicaria em agressão aos direitos humanos, por outro lado, pô-lo em liberdade resultaria em risco para a sociedade. Somente em 2008, o juiz

converteu a medida de segurança em tratamento ambulatorial, ocasião em que, antes de ser informado dessa decisão, o paciente fugiu da Cadeia Pública de Bernardo Sayão/TO e continua desaparecido até o presente momento (COSTA, 2015).

Adiante, em outra pesquisa realizada em solo tocantinense, descobriu-se que a maioria das decisões relacionadas à aplicação da medida de segurança (65%) optou por manter o paciente em prisão comum, evidenciando que o Tribunal de Justiça do Tocantins (TJTO) esteve priorizando o aprisionamento do paciente, mesmo que isso representasse um risco para ele próprio e para os outros, em vez de buscar sua recuperação (LIMA et al, 2020).

O TJTO argumentou o seguinte para justificar o aprisionamento nas suas decisões: a) os pacientes que cometeram crimes passíveis de reclusão, não atendem ao critério estabelecido no artigo 97 do CP, que determina que o tratamento ambulatorial se aplica apenas a àqueles que cometeram crimes sujeitos a detenção, ou seja, infrações menos graves. b) embora haja o preenchimento dos requisitos do referido artigo (cometimento de crime passível de detenção) pelos pacientes, estes devem ser mantidos encarcerados devido a periculosidade – fundamento da aplicação da medida de segurança – (LIMA et al, 2020).

Isso é, o primeiro fundamento se apoia em aspectos técnicos da legislação penal, com uma abordagem punitiva, negligenciando o propósito terapêutico da medida de segurança e a estrutura principiológica que orienta a aplicação de sanções. E, o segundo fundamento (periculosidade), observa que a segurança da coletividade deve ser priorizada em detrimento das garantias fundamentais do paciente.

A utilização da periculosidade como fundamento para a internação compulsória entra em conflito direto com a Lei 10.216/01, que estabelece que qualquer modalidade de internação só é cabível como último recurso terapêutico (BRASIL, 2001). Também, tal fundamentação deixa o paciente sujeito a internações sucessivas, isso porque a periculosidade está diretamente relacionada ao estado de saúde mental do paciente, o que persistirá ou se

agravará na ausência de tratamento médico adequado, não cessando por si só (LIMA et al apud LIRA, 2020).

Diante disso, observa-se que a medida de segurança, ao ser aplicada com base em critérios abstratos, acaba ultrapassando o objetivo da proteção social e tende a ser utilizada como forma de punição, o que contraria os princípios constitucionais e garantias individuais que são aplicados ao inimputáveis.

Prosseguindo a análise da pesquisa, foi acostado que em 20% dos casos, a medida de segurança de internação foi convertida em tratamento ambulatorial, sob o argumento de que a medida de segurança não possui natureza de pena, e manter o paciente preso viola o seu direito a um tratamento adequado ao seu estado de saúde mental. E, somente em 5% dos casos a violação da dignidade humana do paciente foi reconhecida, levando à sua libertação (LIMA et al, 2020).

No último grupo, que compreendeu 10% dos casos, o TJTO reconheceu que o paciente não podia ser libertado devido à sua periculosidade, no entanto, também entendeu que não era apropriado impor uma medida mais severa do que a prevista em lei, como a internação em prisão comum. Nesses casos, foi determinado que o paciente fosse transferido para um estabelecimento adequado, seja na rede pública ou particular, ou até mesmo em outros estados brasileiros, desde que atendesse aos requisitos legais (LIMA et al, 2020).

Estes últimos posicionamentos divergiram das decisões destacadas anteriormente, em que a literalidade do Código Penal impossibilitava a imposição de uma medida de segurança mais branda. Consoante aos posicionamentos adotados nesses últimos casos (35%), Carvalho (2023) argumenta que é imperativo garantir os direitos das pessoas com sofrimento mental, mesmo que isso importe em promover mudanças nas políticas públicas empregadas, reavaliando o modelo assistencial do Estado.

Recentemente, o CNJ aprovou a Resolução nº 487, que visa à implementação da política

antimanicomial no âmbito do Poder Judiciário. Essa resolução estabelece diretrizes e procedimentos que orientam a atuação dos magistrados, assegurando a correta aplicação da Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CIDPD) e da Lei nº 10.216/2001 no contexto dos processos penais e na execução das medidas de segurança. Todos os estados devem promover a devida adequação às orientações estabelecidas (BRASIL, 2023).

Diante disso, em verificação de campo na Secretaria de Cidadania e Justiça, no dia 27 de outubro de 2023, descobriu-se que a pasta da instituição da política antimanicomial no judiciário tocantinense estará sendo implantada e que a coordenação do projeto está sob responsabilidade do Juiz da 4ª Vara Criminal de Palmas Allan Martins Ferreira. Junto a Vara de Execuções Penais que funciona juntamente com a 4ª Vara Criminal de Palmas, os servidores dessa repartição orientaram que através do site do Poder Judiciário tocantinense (TJTO), estão disponibilizando aos cidadãos, notícias sobre a evolução da implementação da referida política no judiciário tocantinense.

Ao realizar pesquisas, verificou-se que foi constituído Comitê Estadual Interinstitucional de Monitoramento da Política Antimanicomial, cuja finalidade é garantir o acompanhamento do doente mental em conflito com a lei de forma segura, com dignidade humana a partir de um alinhamento interinstitucional. Assim, compondo o grupo estão o Tribunal de Justiça do Tocantins (TJTO) e as secretarias estaduais da Saúde (SES-TO), de Cidadania e Justiça (Seciju) e da Secretaria de Ação Social (Setas), além das Secretarias Municipais de Saúde de Palmas, Araguaína e Gurupi e o Consems, Conselhos Regionais de Medicina Psicologia e Serviço Social, e as universidades Federal do Tocantins, Católica e Ulbra. E ainda o Ministério Público Estadual (MPE-TO), a Defensoria Pública do Estado (DPE-TO) e o Tribunal de Contas do Estado (TCE-TO) (CARDOSO, 2023).

Em reuniões do comitê, foram apresentados encaminhamentos para a criação da Equipe de Atenção Primária (EAP) – uma equipe conectora, (formada por psiquiatra, psicólogo,

enfermeiro, assistente social e terapeuta ocupacional), que ligará a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) ao juiz e vai auxiliar, também, no Programa Terapêutico Singular (PTS), que é feito para cada preso e será acompanhado até que ele tenha alta –, e proposta para que a Universidade Federal do Tocantins, em possível parceria com a Escola Superior da Magistratura Tocantinense (Esmat), promover cursos de capacitação dos servidores da área da saúde mental dos municípios, que receberão as pessoas hoje em cumprimento de medida de segurança de internação (FARIAS, 2023).

O comitê tem como objetivo conduzir uma análise minuciosa e individualizada dos 18 casos de medidas de segurança de internação, através de avaliação biopsicossocial, com o intuito de identificar a medida de substituição mais adequada para cada paciente. Dessa forma, as decisões serão tomadas levando em consideração as circunstâncias específicas de cada caso (CARDOSO, 2023).

As reuniões estão em curso, e, consequentemente, a implementação da política ainda se encontra em fase de deliberação, sem resultados concretos até o presente momento.

Nesse cenário de deliberação, a postura omissiva dos gestores públicos até o momento introdutório da política antimanicominal, refletem a negligência da classe política no tocante à administração tanto do sistema de saúde quanto do sistema prisional no estado do Tocantins. As medidas de segurança, nesse contexto, acabam por incorporar e ampliar todas as deficiências decorrentes desse abandono e inércia intencionada da classe política tocantinense (COSTA, 2015).

Assim, as situações analisadas ressaltam a urgência de uma reformulação ágil e eficaz na política de saúde pública do estado do Tocantins. É necessário que haja uma gestão mais humanizada e proativa, direcionando recursos políticos, financeiros e humanos de forma a direcionar uma atenção específica às necessidades daquele que é irresponsável pelos próprios atos e necessita de cuidados especializados.

5 CONCLUSÃO

A análise do trabalho evidencia que, em pleno século XXI, o Estado ainda lida com a demanda de inimputáveis por transtornos psiquiátricos, confinando-os em ambientes prisionais inadequados, onde são abandonados à própria sorte. A disposição que expõe os pacientes a esse cenário apenas perpetua práticas antigas e continua a subjugar os mais vulneráveis, os sujeitando à execração pública e humilhação.

Se em locais destinados ao tratamento psiquiátrico (manicômios), quaisquer abordagens terapêuticas são rejeitadas, essa situação não apenas viola os direitos humanos fundamentais, mas também é incompatível com qualquer perspectiva de recuperação do paciente mental encarcerado em prisões comuns.

O Estado do Tocantins, conforme evidenciado por este trabalho, negligenciou seu papel desde a sua criação em 1988 no que diz respeito aquele que é irresponsável pelos próprios atos e necessita de cuidados especializados adequados à sua condição mórbida. Sendo, portanto, necessário interromper essa omissão por uma administração pública humanizada e proativa, priorizando o bem-estar da sociedade como um todo. Essa reformulação deve seguir à risca as disposições da Lei 10.216/01 (Lei Antimanicomial) e criar protocolos assistenciais eficazes para o atendimento dos inimputáveis por doença mental, propiciando a esses um ambiente adequado à sua recuperação ou melhora do seu quadro de saúde, sem que sejam obrigados a um tratamento desumano e desqualificado em uma prisão.

A exclusão social e a desumanização sofridas por essas pessoas devem ser eliminadas de forma definitiva, com o Estado assumindo a responsabilidade de fornecer todos os recursos políticos, financeiros e humanos necessários para que um tratamento digno se torne uma realidade.

REFERÊNCIAS CONSULTADAS

ARBEX, Daniela. **Holocausto brasileiro:** genocídio 60 mil mortos no maior hospício do Brasil. São Paulo: Geração, 2013.

ASSIS, Pablo de. **Um breve manual de transtornos mentais**. (2010). Disponível em: <https://www.academia.edu/3257980/Um_breve_manual_de_transtornos_mentais_>.Acesso em: 07 nov. 2023.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça (CNJ). **Resolução n° 487**. Institui a Política Antimanicomial do Poder Judiciário e estabelece procedimentos e diretrizes para implementar a Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência e a Lei n. 10.216/2001, no âmbito do processo penal e da execução das medidas de segurança. Relatora: Ministra Rosa Maria Pires Weber. Brasília, DF, 24 fev. 2023. Portal CNJ. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/files/original2015232023022863fe60db44835.pdf>. Acesso em: 07 nov. 2023.

BRASIL. Lei n° 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. In: **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 06 abr. 2001. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm#:~:text=LEI%20No%2010.216%2C%20DE,modelo%20assistencial%20em%20sa%C3%BAde%20mental>. Acesso em: 07 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.399, de 15 de dezembro de 1999. **Gabinete do Ministro**. Brasília, DF, 15 dez. 1999. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html>. Acesso em: 07 nov. 2023.

BRASIL. **Constituição Federal.** Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 07 nov.

2023.

BRASIL. Lei n° 7.210, de 11 de julho de 1984. Lei de Execução Penal. In: **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 11 jul. 1984. Disponível em: < https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7210.htm>. Acesso em: 07 nov. 2023.

BRASIL. Exposição de motivos n° 211, de 09 de maio de 1983. In: **Diário do Congresso Nacional**. Brasília, DF, 09 maio 1983. Disponível em: < https://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-2848-7-dezembro-1940-412868-exposicaodemotivos-148972-pe.html>. Acesso em: 07 nov. 2023.

BRASIL. Decreto Lei nº 3.689, de 03 de outubro de 1941. Código de Processo Penal. In: **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 03 out. 1941. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del3689.htm>. Acesso em: 07 nov. 2023>. Acesso em: 07 nov. 2023.

BRASIL. Decreto Lei 2.848, de 07 de dezembro de 1940. Código Penal. In: **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 07 dez. 1940. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm>. Acesso em: 07 nov. 2023.

CARDOSO, Marcelo Santos. **Política antimanicomial avança no âmbito do Poder Judiciário após segunda reunião do Grupo de Trabalho Interinstitucional da Saúde Mental.** Portal TJTO, 2023. Disponível em: <https://www.tjto.jus.br/comunicacao/noticias/politica-antimanicomial-avanca-no-ambito-do-poder-judiciario-apos-segunda-reuniao-do-grupo-de-trabalho-interinstitucional-da-saude-mental?highlight=WyJwb2xcdTAwZWR0aWNhIiwiYW50aW1hbmljb21pYWwiLCJubyIsImp1ZGljaVx1MDBlMXJpbyIsInRvY2FudGluZW5zZSJd>. Acesso em: 07 nov. 2023.

CARVALHO, Salo de. **Penas e Medidas de Segurança no Direito Penal Brasileiro**. São

Paulo: Editora Saraiva, 2020. *E-book.* ISBN 9786555592122. Disponível em: <https://app.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786555592122/>. Acesso em: 07 nov. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (Brasil); MECANISMO NACIONAL DE PREVENÇÃO E COMBATE À TORTURA (Brasil); CONSELHO NACIONAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO (Brasil); MINISTÉRIO PÚBLICO DO TRABALHO (Brasil). **Hospitais Psiquiátricos no Brasil:** Relatório de Inspeção Nacional 2018. 2. Ed. Brasil: BNDigital, 2020. 555 p.

CIDH. Corte Interamericana de Direitos Humanos: **Caso Ximenes Lopes versus Brasil**. Sentença de 4 de julho de 2006. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/atuacao-internacional/sentencas-da-corte-interamericana/seriec_149_por.pdf>. Acesso em: 07 nov. 2023.

CORREIA, Ludmila Cerqueira. Responsabilidade internacional por violação de direitos humanos: o Brasil e o caso Damião Ximenes. **Revista do Programa de Pós-Graduação em Ciências Jurídicas**, UFPB, Paraíba, v. 4, n. 7, p. 79-94, 2010.

COSTA, Bernardino Cosobeck da. **Análise da efetividade das decisões judiciais de medida de segurança na modalidade de internação no estado do Tocantins.** Dissertação (Mestrado profissional e interdisciplinar em Prestação Jurisdicional e Direitos Humanos) – Universidade Federal do Tocantins, Programa de Pós-Graduação em Prestação Jurisdicional em Direitos Humanos, Palmas, 2015.

FARIAS, Elisângela. Poder Judiciário reúne diversas instituições para criar Grupo de Trabalho Interinstitucional da Saúde Mental. **Portal TJTO**, 2023. Disponível em: <https://www.tjto.jus.br/comunicacao/noticias/poder-judiciario-reune-diversas-instituicoes-para-criar-grupo-de-trabalho-interinstitucional-da-saude-mental>. Acesso em: 07 nov. 2023.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura na idade clássica**. 7. ed. São Paulo: Perspectiva, 2004.

FUHRER, Maximiliano Roberto Ernesto. **Tratado da inimputabilidade no direito penal.** São Paulo: Malheiros, 2000.

JACOBINA, Paulo Vasconcelos. **Direito penal da loucura:** Medida de Segurança e Reforma Psiquiátrica. Brasília: ESMPU, 2008.

LIMA, S. C; RODRIGUES, M. S. Execução de Medida de Segurança no Estado do Tocantins frente a ausência de hospitais de custódia. **Revista Humanidades & inovação**, Palmas, v. 7, ed. 20, p. 474-485, ago. 2020. NUCCI, Guilherme de Souza. **Curso de Direito Processual Penal**. Rio de Janeiro: Forense, 2023. E-book. ISBN 9786559646838. Disponível em: <https://app.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786559646838/>. Acesso em: 07 nov. 2023.

---

[1] Graduanda em Direito, Faculdade Serra do Carmo – FASEC. E-mail carolineueckerfasec@gmail.com

[2] Mestre em Prestação Jurisdicional e Direitos Humanos, especialista em Ciências Criminais e em Direito e Processo Administrativo. Graduado em Direito e em Comunicação Social, todos os cursos pela Universidade Federal do Tocantins (UFT). Professor de Processo Penal da Faculdade Serra do Carmo – FASEC. Professor do curso de pós-graduação em Ciências Criminais da UFT e de Processo Penal no curso de Pós-Graduação do Instituto de Direito Aplicado ao Setor Público – IDASP. Escritor de obras jurídicas. Delegado de Polícia Civil do Tocantins. E-mail prof.eniowalcacer@fasec.edu.br

[3] Período entre 4000-3500 a.C. até 476 d.C.

[4] Cujos preceitos se baseiam na ideia de diabo; maligno: comportamento diabólico – possessão demoníaca.

[5] Período entre 476 até 1453.

[6] Período entre 1453 até 1789.

[7] Período entre 1789 até os dias atuais.

[8] Construído junto com o Hospital Colônia, no início do século XX, e está desativado desde o final da década de 80.

[9] Internação determinada pela justiça.

[10] Expressão latina que significa “Não há crime sem culpa”.

[11] Não impõe ao delito uma pena.