



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
ESCOLA DE DIREITO E RELAÇÕES INTERNACIONAIS
NÚCLEO DE PRÁTICA JURÍDICA
COORDENAÇÃO ADJUNTA DE TRABALHO DE CURSO
MONOGRAFIA JURÍDICA

**ADOLESCENTES COM PROBLEMAS MENTAIS EM CONFLITO
COM A LEI: UMA VISÃO JURÍDICA DO TRATAMENTO DADO
AO INFRATOR**

ORIENTANDA – MARIANA ELYZABETH DE ARAUJO LEAL
ORIENTADORA - PROF.^a Dr^a. FERNANDA DA SILVA BORGES

GOIÂNIA
2020

MARIANA ELYZABETH DE ARAUJO LEAL

**ADOLESCENTES COM PROBLEMAS MENTAIS EM CONFLITO
COM A LEI: UMA VISÃO JURÍDICA DO TRATAMENTO DADO
AO INFRATOR**

Monografia Jurídica apresentada à disciplina Trabalho de Curso I, da Escola de Direito e Relações Internacionais, Curso de Direito, da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUCGOIÁS).

Prof^a Orientadora – Dra. Fernanda da Silva Borges

GOIÂNIA
2020

MARIANA ELYZABETH DE ARAUJO LEAL

**ADOLESCENTES COM PROBLEMAS MENTAIS EM CONFLITO
COM A LEI: UMA VISÃO JURÍDICA DO TRATAMENTO DADO
AO INFRATOR**

Data da Defesa: ____ de _____ de _____

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Prof. Titulação e Nome Completo

Nota

Examinador Convidado: Prof. Titulação e Nome Completo
Nota

Aos meus pais, por todo amor.

Agradeço a Deus que até aqui me guiou em todos os passos e subsidiariamente aos meus professores do curso de Direito, por toda serenidade e generosidade na transmissão do conhecimento.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	8
1. TRANSTORNO MENTAL X DEFICIÊNCIA INTELECTUAL: A INIMPUTABILIDADE NO UNIVERSO DO AUTOR DO ATO INFRACIONAL.....	9
1.1 TRANSTORNO MENTAL: CONCEITOS E DADOS ESTATÍSTICOS.....	11
1.2 DA DEFICIÊNCIA MENTAL À ESCALA BINET-SIMON.....	15
1.3 INIMPUTABILIDADE: CONCEITOS, ELEMENTOS E APLICAÇÕES.....	19
1.3.1 A doutrina da Inimputabilidade no Direito brasileiro.....	21
2. A PROTEÇÃO LEGAL E O TRATAMENTO DADO AO ADOLESCENTE INFRATOR.....	24
2.1 A CONVENÇÃO DOS DIREITOS DA CRIANÇA.....	25
2.2 ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE.....	27
2.3 SINASE (SISTEMA NACIONAL DE ATENDIMENTO SOCIOEDUCATIVO).....	31
2.4 DISPOSITIVOS COMPLEMENTARES.....	33

3. O ATUAL DESTINO DO ADOLESCENTE COM TRANSTORNO MENTAL EM CONFLITO COM A LEI.....	35
3.1 A FUNDAÇÃO CASA COMO UM ETERNO PARADIGMA NO TRATAMENTO DO ADOLESCENTE INFRATOR.....	36
3.2 A JURISPRUDÊNCIA: o artigo 112 §3º DO ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE NA PRÁTICA.....	38
3.2.1 Liberdade Assistida.....	39
3.2.2 Internação.....	41
3.2.3 Requisição de tratamento médico, psicológico ou psiquiátrico, em regime hospitalar ou ambulatorial.....	43
3.3 OS REVESES DA INTERNAÇÃO DO INFRATOR COM DOENÇA MENTAL NO BRASIL.....	44
3.3.1 “ Os julgados, não os juízes”: o ponto de vista do retardado mental.....	44
3.3.2 O caso “ Champinha”	45.
3.4 DOS DADOS REFERENTES AO ACOLHIMENTO DO ADOLESCENTE COM DOENÇA MENTAL EM CONFLITO COM A LEI.....	48
CONCLUSÃO.....	51
REFERÊNCIAS.....	54

RESUMO

A presente monografia tratou dos adolescentes que possuem doença mental e praticam atos infracionais. O objetivo foi o estudo da doença mental, da inimputabilidade, da lei e do destino dado a esses jovens. Foi utilizado o método de pesquisa bibliográfica, com análise de leis, tratados, conceitos, jurisprudências, livros e artigos. Pôde-se observar que doença mental não é o mesmo que deficiência intelectual. A criança, o adolescente e o doente mental após muito tempo lograram êxito em ter seus direitos defendidos. A prática de crime por doentes mentais, em alguns casos, ganhou o benefício da inimputabilidade. Foi observado que a Liberdade Assistida, a Internação e o Tratamento ambulatorial em hospital psiquiátrico são as medidas mais aplicadas pelo Judiciário. Concluiu-se que a violência, o caráter agressivo e a ausência de vagas suficientes são as consequências da atenção precária ao ramo.

Palavras-chave: Adolescentes. Doença mental. Ato infracional.

INTRODUÇÃO

O Código Penal traz para os portadores de deficiência¹ o instituto das medidas de segurança, que é um sistema de sanção de caráter preventivo, com tratamento diferenciado aos seus usufrutuários: os inimputáveis e semi-imputáveis. Contudo, em seu artigo 27, é dito que os menores de 18 (dezoito) anos são penalmente inimputáveis e a eles serão aplicadas as normas da legislação especial, o Estatuto da Criança e do Adolescente.

Ocorre que há um único artigo na referida legislação especial que cita o assunto, sendo este o artigo 112 §3º da Lei 8.069/90 (Estatuto da Criança e do Adolescente) que diz: “os adolescentes portadores de doença ou deficiência mental receberão tratamento individual e especializado, em local adequado às suas condições”.

Logo, a monografia inserida em um contexto histórico, legal e prático, irá tratar da questão dos adolescentes portadores de transtornos mentais que cometem os chamados atos infracionais.

O primeiro objetivo que será atendido é a elucidação acerca da doença mental e posteriormente a compreensão do instituto da inimputabilidade e da responsabilização nos atos infracionais cometidos pelos adolescentes com doença mental em conflito com a Lei. Subsidiariamente, o escopo será o estudo da proteção dada pela legislação brasileira para tais e enfim, haverá o fito de discutir o tratamento dado a estes adolescentes em paralelo ao que exige a legislação.

A metodologia a ser utilizada será a pesquisa exploratória, que trará proximidade do pesquisador ao tema, dando maior visibilidade a ele por ser pouco discutido. Tal pesquisa autoriza a escolha das técnicas mais adequadas para a sua pesquisa, sendo, na Monografia, utilizada prioritariamente a pesquisa bibliográfica, com análise de leis, documentos, jurisprudências, livros e artigos científicos.

A primeira seção trará a distinção entre duas expressões comumente confundidas que são a deficiência e a doença mental, terçando acerca de cada

¹ Está em tramitação na Comissão da Constituição e Justiça e de Cidadania a Proposta de Emenda à Constituição nº 427/2018, pela Deputada Rejane Dias (PT-PI), que altera os artigos 7,23,24,37,40,41,203,208,227 e 244 da Constituição Federal para alterar e padronizar a nomenclatura para “pessoas com deficiência”.

uma separadamente, em um contexto histórico e médico para expor a amplitude do termo “adolescentes com problemas mentais” que compõem o título.

Ademais, também falará sobre a inimputabilidade, instituto já defendido desde 1820 pelo jurista Tobias Barreto, incluindo o seu conceito, seus elementos e sua aplicação aos jovens que têm problemas mentais e praticam atos infracionais.

A segunda seção narrará o histórico da legislação brasileira quanto à proteção da criança, do adolescente e dos possuidores de problemas mentais, além do tratamento a ser dado em caso da prática de atos infracionais por tais.

A Convenção dos Direitos da Criança, o Estatuto da Criança e do adolescente, o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo e a Lei da Reforma Psiquiátrica, terão seu processo de formação explorados e alguns artigos retratados inseridos no viés temático do respectivo trabalho.

Enfim, a terceira seção irá expor o destino do adolescente com problemas mentais em conflito com a lei no Brasil, as consequências futuras na vida desse jovem e os desafios enfrentados pelo Poder Público na (in)aplicação da legislação citada na seção anterior.

1. TRANSTORNO MENTAL X DEFICIÊNCIA INTELECTUAL: A QUESTÃO DA INIMPUTABILIDADE DO AUTOR DO ATO INFRACIONAL

A primeira seção estuda a responsabilização do adolescente com problemas mentais que comete o ato infracional, permeando-se os conceitos e desenvolvimentos históricos dos chamados “ transtornos” e “ deficiências” mentais, bem como o instituto da inimputabilidade.

Demônios, maldições, rituais, torturas, violência, segregação e demais termos foram usados desde os primórdios da humanidade para descrever um grande mistério da sociedade: a mente humana.

Foucault (1961,1978a) aponta para uma população heterogênea, com base nos registros das casas de internamento, percebidas pela Idade Clássica como possuidoras da desrazão: era o vagabundo, o debochado, o enfermo, o espírito arruinado, o imbecil, o pródigo, o libertino, o filho ingrato, o mágico, o insano, o herege, o criminoso, o blasfemador, a prostituta, o pai dissipador, o suicida, o devasso, o homossexual, o ilusionista ou tudo isso numa única palavra: louco. Com essa percepção social, houve a divisão entre razão e desrazão, normal e anormal, sadio e mórbido, que foram reduzidos à simples fórmula: serem internados. (FOUCAULT *apud* BRITTO, 2004, p.2)

Contudo, ao longo da evolução dos estudos da medicina, os conceitos foram se modificando e se aperfeiçoando para chegar ao ponto em que está hoje, o qual, esta seção da monografia encontrou uma base para se apoiar ao relatar o universo do transtorno mental e da deficiência mental.

Embora as expressões “Deficiência Mental e “Transtorno Mental” sejam semelhantes, apresentam idiosincrasias que são o cerne da seção.

Traz-se às claras algo que uma parcela minoritária -e até a própria legislação- nunca se atentou, mas que em um contexto fático, faz toda a diferença.

[...] Ou seja, a deficiência mental, ou deficiência intelectual, não representa apenas um QI baixo, como muitos acreditam. Ela envolve dificuldades para realizar atividades do dia-a-dia e interagir com o meio em que a pessoa vive. Já a doença mental engloba uma série de condições que também afetam o desempenho da pessoa na sociedade, além de causar alterações de humor, bom senso e concentração, por exemplo. (PINHEIRO *apud* BEVERVANÇO, 2013, p.4).

Há uma linha tênue entre ambos os tipos, a qual até alguns funcionários especializados em tratamentos mentais enfrentam confusões ao diferir. Todavia, em resumo, enquanto os doentes mentais possuem, em aspecto físico-psíquico as suas dificuldades, os deficientes intelectuais apresentam apuros para relacionar-se no ambiente em que se encontram.

Ademais, é perceptível que os deficientes intelectuais necessitam de educadores especiais, psicólogos, fonoaudiólogos, entretanto, os portadores de transtornos mentais precisam de medicamentos e tratamento psiquiátrico.

Enfim, adentrando ao universo do Direito Penal, será estruturado o conceito de inimputabilidade, bem como as consequências de tal conceito na configuração da pena aplicada ao adolescente praticante do ato infracional.

No Direito Penal a doutrina majoritária traz o conceito de crime em torno de três elementos: atipicidade, ilicitude e culpabilidade. A Culpabilidade constitui-se de outros três elementos, sendo a Inexigibilidade de Conduta Diversa, a Potencial Consciência da Ilcitude e a Imputabilidade.

Trata-se de uma conduta típica, antijurídica e culpável, vale dizer, uma ação ou omissão ajustada a um modelo legal de conduta proibida (tipicidade), contrária ao direito (antijuridicidade) e sujeita a um juízo de reprovação social incidente sobre o fato e seu autor, desde que existam imputabilidade, consciência potencial de ilicitude e exigibilidade e possibilidade de agir conforme o direito.(NUCCI, 2020, p.220)

Dispõe o artigo 27 do Código Penal

Art. 27 - Os menores de 18 (dezoito) anos são penalmente inimputáveis, ficando sujeitos às normas estabelecidas na legislação especial. (BRASIL, 1940)

Ocorre que o Estatuto da Criança e do adolescente traz infrações com o nome de “ atos infracionais” e não “ crimes”, logo será avaliado se o instituto da inimputabilidade é aplicado igualmente em casos que trazem o adolescente deficiente como sujeito ativo de delitos.

1.1 TRANSTORNO MENTAL: CONCEITOS E DADOS ESTATÍSTICOS

O começo dos portadores de transtorno mental, de forma axiomática, não foi fácil. Antes de se chegar a imensa gama de tratamentos, remédios e diagnósticos que existem hoje, eram pessoas que viviam às margens da sociedade por conta de uma concepção coletiva de serem pessoas

endemoniadas, as quais tinham como único tratamento os rituais de exorcismo, eis relatos.

Coleman (1950) relata que nos primeiros escritos dos chineses, egípcios, hebreus e gregos já havia a demonstração de que eles atribuíam aos comportamentos-problemas ações de demônios que tomavam posse do indivíduo. Eram comuns crenças em bruxaria, magia e feitiçaria. Essa posição deu origem a um grande espaço para as concepções místicas sobre a complexidade do comportamento humano e abertura para o enquadramento, nesta categoria, de um grande número de atividades de caráter ritual ou curativo pré-cristão. (COLEMAN *apud* BRITTO, 2004, p.2)

As coisas aparentemente começaram a mudar em Paris, na data de 6 de abril de 1656 quando Luís XIV criou, por meio do “Édito 1656”, os chamados Hospitais Gerais, os quais com a aparência de promover a internação e cuidado de “loucos” (qualquer pessoa pobre, inválida, rejeitada pelos pais, etc.), eram na verdade parte de uma política segregacionista que visava à matança pública ou o enclausuramento popular.

A transformação da instituição num incomensurável depósito de pobres, e a contínua afluência de novos pobres a Paris, obrigou a que o enclausuramento indiscriminado viesse, gradualmente, a ser substituído por uma seleção criteriosa das admissões. Para além de se tomar em consideração o domicílio dos socorros, a partir de 1680 passou a definir-se claramente os tipos de pobres que podiam ser admitidos: (i) inválidos: crianças com idades inferiores a 13 anos (raparigas) e 15 anos (rapazes); velhos, dos dois sexos, com idade igual ou superior a 60 anos; os epiléticos; provisoriamente, os cegos e os incuráveis; os doentes venéreos; os alienados; (ii) os mendigos válidos, com idade superior a 16 anos, seriam presos e adstritos aos trabalhos mais duros que as suas forças permitissem (Code de L'Hôpital-Général de Paris, 1786: 494- 496). (MENEZES, 2014, P.15)

Logo, com o passar do tempo foram se formando critérios rígidos para a entrada nesses locais e ao sobrevir os seus fracassos, no final do século XVIII, os Hospitais-Gerais, tornaram-se asilos, e deram lugar para a Primeira Revolução da Psiquiatria, que passou a enxergar o “louco” como responsabilidade da medicina.

No final do século XVIII, o internamento ganha o status de instituição curativa, uma vez que se propõe a conduzir a loucura à razão, ou seja, quando se passa a perceber a loucura como alienação. Assim, dar-se-á a ruptura definitiva com o modelo do Hospital Geral e o passo essencial para o surgimento do Asilo, fazendo surgir o advento de uma nova modalidade da medicina. A função médica nos asilos foi introduzida no dia 25 de agosto de 1793, com a entrada do médico

francês Philippe Pinel para as enfermarias do Bicêtre, em Paris, onde começava a ser percebido que o comportamento-problema deveria ser tratado pela medicina: assim, nasceu a psiquiatria e, com ela, o conceito de doença mental. Esse fato passou a ser considerado pela história como a Primeira Revolução Psiquiátrica. (BRITTO, 2004, p. 3).

Duzentos anos se passaram e a ideia de que transtornos mentais sobrevêm de alguma alteração física no campo cerebral se perpetrou de forma que tratamentos torturantes eram incessantemente utilizados nos hospitais psiquiátricos. Ocorre que mesmo estas ideias sendo posteriormente refutadas, até hoje algumas pessoas aderem a essa tese.

[...] Quando se observa o que realmente acontece no interior de um hospital psiquiátrico, encontram-se verdadeiros absurdos. As tentativas de tratar a doença mental vão desde as idéias bizarras, porque não definem se elas seriam causadas por alguma anormalidade a no cérebro dos pacientes, à prática de punições, eletrochoques, ob psicocirurgias ou uso e abuso de medicamentos. Estudos sistemáticos sobre as etiologias dos transtornos mentais não somente têm falhado em dar as respostas para o problema, como há uma expectativa considerável de que o problema em si mesmo talvez ainda não tenha sido formulado corretamente. (BRITTO, 2004, p.9)

Com o passar dos tempos, essas técnicas assombrosas que eram usadas para tentar promover a cura foram se tornando alvos de obsolescência e junto a muitos estudos, chegaram-se a alguns conceitos sobre o tema "doença mental". Entretanto, a psiquiatria ainda não conseguiu chegar a sua etiologia (Britto, 2004), o que se tem é uma vasta tabela de diagnósticos e classificações e o seu possível tratamento ou postergação de evolução das doenças.

O Transtorno Mental, passa a ser conceituado como qualquer desvio ou conflito que afeta a rotina em algum nível, fugindo dos padrões da normalidade, bem como a interferência de funções mentais superiores, dificultando, por exemplo, a lembrança de compromissos (CID-10,1993, p.5)

Outrossim, diz a doutrina médica:

Transtorno mental pode ser conceituado como uma síndrome ou padrão comportamental ou psicológico que ocorre em um indivíduo e que se mostra associado com sofrimento ou incapacitação, ou com um risco significativamente aumentado de sofrimento atual, morte, dor, deficiência ou perda importante da liberdade. (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION apud EVELYN VINOCUR, HELOISA VISCAÍNO F.S. PEREIRA, 2011, p.4).

Ademais, Berveranço (2013) também salienta que os transtornos mentais trazem uma linha psicológica comportamental unida a angústias, dores e inaptidão para algo em razão de afetação de alguma área da mente. Respostas tidas como comuns em situações rotineiras, não devem ser esperadas por quem os detêm em razão da disfunção biológica, comportamental e psicológica que carregam.

Em um mesmo panorama, por um significativo lapso temporal, a “saúde mental” não passou de um conceito antagônico do termo “doença mental”. Contudo, há um significado maior do que esse, sendo, conforme o Relatório da Organização Mundial de Saúde de 2004, “[...] entre outras coisas, o bem-estar subjetivo, a autoeficácia percebida, a autonomia, a competência, a dependência intergeracional e a autorealização do potencial intelectual e emocional da pessoa.”

Sucedo que por muitos fatores externos e internos o bem-estar psíquico é facilmente alterado, principalmente entre jovens, refletindo em transtornos mentais e comportamentais.

Em 2002 a *American Psychiatric Association* (APA) trouxe um quadro que retrata os principais transtornos psiquiátricos que podem ocorrer na infância e na adolescência, são eles:

TRANSTORNOS DO DESENVOLVIMENTO: Retardo mental; Transtornos invasivos do desenvolvimento: Autismo, Transtorno de Asperger, Transtorno de Rett, Transtorno Desintegrativo da Infância e Transtornos invasivos do desenvolvimento sem outra especificação; Transtornos da aprendizagem: transtornos da leitura, transtorno da matemática, transtorno da expressão escrita e transtorno da aprendizagem sem outra especificação;

TRANSTORNOS DE COMPORTAMENTO DISRUPTIVO: Transtornos de comportamento e transtorno de conduta (TC), transtorno opositivo desafiador (TOD) e transtornos de comportamento sem outra especificação; Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH);

TRANSTORNOS DO HUMOR: Transtornos depressivos – depressão unipolar (Transtorno Depressivo Maior – TDM, Transtorno Distímico e Transtorno Depressivo Sem Outra Especificação), Transtornos bipolares e os Transtornos baseados na etiologia;

TRANSTORNOS DE ANSIEDADE: Transtorno de Ansiedade de Separação (TAS), Transtorno do Pânico (TP), Transtorno de Ansiedade Social ou Fobia Social (FS), Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG), Fobia Específica (FE), Transtorno de Estresse Pós-traumático (TEPT) e Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC);

TRANSTORNO DE TIQUES: Transtorno de tiques transitório, transtorno de tiques motor ou vocal crônico e transtorno de tiques motor e vocal crônico, mais conhecido como Transtorno de Tourette;

TRANSTORNOS DA ALIMENTAÇÃO: Anorexia nervosa, bulimia nervosa e transtorno da alimentação da primeira infância (pica, transtorno de ruminação);
TRANSTORNOS DE EXCREÇÃO: Encoprese (repetidas evacuações em locais impróprios) e enurese (repetida liberação de urina em locais impróprios);
TRANSTORNOS POR USO DE SUBSTÂNCIAS: Álcool, drogas e outras substâncias;
OUTROS: Esquizofrenia;
(AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2002, apud EVELYN VINO CUR, HELOISA VISCAÍNO F.S. PEREIRA, 2011, p.7).

Ao se atentar para a imensidão de transtornos que podem acometer os jovens, também é necessário observar o trabalho a ser feito quando eles os portam e acabam cometendo atos infracionais.

De acordo com a lei, o adolescente será submetido às chamadas medidas socioeducativas, em que o Magistrado julgará, em proporcionalidade com o ato cometido e em conformidade com as necessidades educacionais do autor.

O juiz terá as opções do artigo 112 do Estatuto da Criança e do Adolescente (advertência, obrigação de reparar o dano, prestação de serviços à comunidade, liberdade assistida, semiliberdade, internação, encaminhamento aos pais ou responsável, mediante termo de responsabilidade; [...] requisição de tratamento médico, psicológico ou psiquiátrico, em regime hospitalar ou ambulatorial, inclusão em programa oficial ou comunitário de auxílio, orientação e tratamento a alcoólatras e toxicômanos), sendo a mais grave, a internação.

Durante o processo, o psiquiatra, na oitiva do adolescente, elaborará um laudo em que atestará o transtorno mental e ao emitir esse laudo, o Juiz, não adstrito a ele, decidirá o que é melhor naquele momento.

1.2 DA DEFICIÊNCIA MENTAL À ESCALA BINET-SIMON

Não obstante a complexidade que traz o estudo da “doença mental”, outro conceito a ser exposto e facilmente confundido com àquela, é o da deficiência mental ou intelectual, também denominada “retardo mental”. Definindo-se como um “funcionamento intelectual significativamente abaixo da média com comprometimento no comportamento adaptativo, tendo seu início antes dos 18 anos de idade.” (BAPTISTA; BRIDI, 2014, p.4).

Muito mais simples que uma demência ou comprometimento permanente da racionalidade e do controle comportamental (CARVALHO; MACIEL, 2002, p.2), desde o século XVIII, muitos estudiosos colocaram o assunto em pauta e foram buscar conceitos, métodos de avaliação e etc.

Conforme Misès (1977), em 1809, Pinel trouxe a obra *Traité Médico-philosophique sur l'alienation mentale*, na qual discorria sobre o idiotismo como sendo uma alienação mental que gerava carência e insuficiência mental, não sendo uma loucura em si. Não obstante, em 1838, Esquirol em *Des maladies mentales considérées sous ses rapports médical, hygiénique et médico-legal* trouxe à luz a ideia de que a idiotia era uma questão maturacional, e enfim, Beaugrand em *Aliénation*, de 1865 veio introduzir a origem encefálica, orgânica, discutindo a idiotia como inaptidão intelectual (PESSOTTI, *apud* CARVALHO; MACIEL, 2003, p.3).

No ano de 1955, Bleuler em “o tratado da psiquiatria” traz a deficiência mental como uma espécie de oligofrenia, ou seja “estados deficitários congênitos e precocemente adquiridos”, com vários termos sintomatológicos. (PESSOTTI, 1999, p.171).

Como citado na subseção anterior, com o passar dos anos surgiram Manuais Estatísticos de Diagnósticos e Associações que contribuem com o avanço dos estudos na área médica da psiquiatria, ampliando conceitos e diagnósticos, a exemplo: o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV), a Classificação Internacional das Doenças (CID-10) e a Associação Americana de Retardo Mental (AAMR) com o publicado Retardo mental: definição, classificação e sistemas de apoio, ou Sistema 2002.

Ademais, a Organização Mundial da Saúde trouxe na Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10 – Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas a seguinte exposição

No CID-10, a classificação é realizada por meio de seis categorias, a saber: F70 Retardo Mental Leve (QI na faixa de 50 a 69); F71 Retardo Mental Moderado (QI usualmente na faixa de 35 a 49); F72 Retardo Mental Grave (QI em média na faixa de 20 a 34); F73 Retardo Mental Profundo (QI abaixo de 20); F78 Outro Retardo Mental (nesta classificação a avaliação, por meio de procedimentos usuais, está prejudicada, como, por exemplo, diante da necessidade de se avaliar um indivíduo cego ou surdo; dessa forma, ele é classificado em Outro Retardo Mental) e F79 Retardo Mental Não Especificado (nesta categoria há evidência de retardo mental, mas as informações

disponíveis são insuficientes para designar uma das categorias). (OMS *apud* BAPTISTA; BRIDI, 2014, p. 9)

Enfim, tendo como apoio os números supracitados, diz o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (2000) que é possível vislumbrar perspectivas de nível acadêmico: no Retardo Mental Leve as aptidões escolares ao término da adolescência se assemelham ao de alguém da sexta série, se Moderado, segunda série, se Grave para mais, há um escasso aproveitamento, restringindo-se ao alfabeto e contagem simples.

Outrossim, um aspecto a ser explanado é a mensuração dos níveis de deficiência mental aplicados não só a nível escolar, mas também em ocupacional, profissional e de intervenção.

Segundo Pasquali (2013) a principal ciência que mede a reação do organismo através de o desenvolvimento mental chama-se psicometria, e tem como precursores Ernst Heinrich Weber (1801-1878), Gustav Fechner (1801-1887), o inglês Francis Galton (1822-1911), o qual “foi o primeiro a fazer o transplante dos princípios evolucionistas de variação, seleção e adaptação para o estudo das capacidades humanas.” (PATTO, 2010, p. 60), e Leon Louis Thurstone (1887-1955), que diferenciou a psicometria da psicofísica.

Entretanto, foi com Alfred Binet (1857-1911) e Theodore Simon (1872-1961) que o estudo da psicometria ganhou forma, espaço e fama. No intuito de estudar a deficiência mental em crianças utilizando as idades cronológicas e mentais como fatores para refutar a ideia de que algumas eram vagarosas e deveriam ser transferidas para locais especializados, Binet começou através de suas duas filhas a fazer testes de aprendizagem semelhantes aos que as escolas francesas faziam, sem levar em conta fatores sociais, ou etiológicos, apenas buscando identificar diagnósticos de alunos com dificuldade de aprendizagem. (BAPTISTA; BRIDI, 2014, CAMPOS; GOUVEA; GUIMARÃES, 2014).

Os resultados da idade mental que Binet encontrava tendiam a se correlacionar com as opiniões dos professores sobre a inteligência de seus alunos. Uma coincidência nada surpreendente, uma vez que a maioria das tarefas propostas em seu teste apresentavam grande semelhança com o que era enfatizado no sistema escolar francês. Se se lembrar a preocupação de Binet, pode-se considerar adequada essa similaridade de tarefas, pois pretendia instrumentalizar a identificação de crianças que não iriam se beneficiar da educação escolar, com o intuito de submetê-las a procedimentos de ortopedia mental, que aumentassem sua inteligência. Se se pretende identificar crianças que

irão fracassar no sistema formal de educação, é coerente usar tarefas de mesma ordem que as propostas pela escola[...]. (MOYSÉS, 2008, p. 101)

Deu-se o nome de Binet-Simon à escala que mensura a inteligência das crianças e de quociente de inteligência (QI), o seu resultado. Contudo, posteriormente, Lewis Terman (1877-1956), em Stanford (Estados Unidos da América) rebatizou-a de “Stanford-Binet”, a qual é utilizada até hoje.

Conforme Campo, Gouvea e Guimarães (2014), foi Manoel Bomfim (1868-1932) quem trouxe o primeiro laboratório de psicologia para o Brasil. O autor estudou com o próprio Alfred Binet, quem patrocinou estudos laboratoriais do brasileiro em território nacional, os quais renderam a conclusão de que o QI, na área da educação, homogeneiza intelectualmente o universo da escola.

É certo que há um vício em trocar os termos doença e deficiência mental, contudo, no estudo jurisprudencial, foram encontradas poucos casos em que aparece o “deficiente mental” como autor de atos infracionais, e apenas nos Tribunais Superiores, em forma de decisões monocráticas, o que não ocorre com o seu hipônimo, haja vista a grande quantidade de julgados sobre tal.

1.3 INIMPUTABILIDADE: CONCEITOS, ELEMENTOS E APLICAÇÕES

O conceito de crime no Direito Penal brasileiro gira em torno de algumas teorias que trazem dois, três, quatro e até cinco elementos que podem compô-lo, sendo as mais aceitas na doutrina as teorias bipartida e a tripartida.

Ambas as teorias trazem em comum e sem discussão a presença dos elementos: tipicidade e ilicitude, contudo, há uma dissensão no que tange ao aspecto da culpabilidade.

A teoria bipartida, com respaldo na teoria finalista, traz o elemento subjetivo (dolo ou culpa) na tipicidade da conduta, e não na culpabilidade, logo, esta, conforme Masson (2019), seria elemento de aplicação da pena, e não constituidor do crime, podendo ser certa a existência do crime, mas com a impossibilidade de ser aplicado ao caso concreto o preceito secundário do tipo.

Em primeiro lugar, no título II da Parte Geral, o Código Penal trata “Do Crime”, enquanto logo em seguida, no Título III, cuida “Da Imputabilidade Penal”. Dessa forma, crime é o fato típico e ilícito,

independentemente da culpabilidade, que tem a imputabilidade penal como um dos seus elementos. O crime existe sem a culpabilidade, bastando seja o fato típico e revestido de ilicitude. Em igual sentido, ao tratar das causas de exclusão da ilicitude, determina o Código Penal em seu art. 23 que “não há crime”. Ao contrário, ao relacionar-se às causas de exclusão da culpabilidade (arts. 26, *caput*) e 28, § 1º, por exemplo, diz que o autor é “isento de pena”. Assim sendo, é necessário que o fato típico seja ilícito para a existência do crime. Ausente a ilicitude, não há crime. (MASSON, 2019, p.407)

De outro lado, há doutrinadores que preferiram ser adeptos da chamada tripartida, embasada no classicismo, em que o dolo e a culpa estão inseridos na culpabilidade do delito e não na tipicidade, logo, os elementos do crime são a tipicidade, a ilicitude e a culpabilidade.

Hoje já não há dúvidas de que o dolo e a culpa, conhecidos como elementos subjetivos da conduta estão inclusos no conceito de tipicidade, porém ainda há o debate sobre a culpabilidade ser uma causa de aplicação da pena ou de fato, um elemento do crime, segundo o jurista

Substancialmente, o crime é um fato humano que lesa ou expõe a perigo bem jurídico (jurídico-penal) protegido. Essa definição é, porém, insuficiente para a dogmática penal, que necessita de outra mais analítica, apta a pôr à mostra os aspectos essenciais ou os elementos estruturais do conceito de crime. E dentre as várias definições analíticas que têm sido propostas por importantes penalistas, parecem-nos mais aceitável a que considera as três notas fundamentais do fato crime, a saber: ação típica (tipicidade), ilícita ou antijurídica (ilicitude) e culpável (culpabilidade). O crime, nessa concepção que adotamos, é, pois, ação típica, ilícita e culpável. (TOLEDO *apud* GALVÃO; GRECO, 1999, p.30)

Com a atualização dos estudos acerca do crime, a doutrina tratou de esquematizar a Culpabilidade em três elementos: a potencial consciência da ilicitude, a exigibilidade de conduta diversa e a imputabilidade.

Logo, surge a Inimputabilidade como um instituto do Direito Penal Brasileiro que é causa excludente da Culpabilidade e elemento nuclear da conduta criminosa, logo, o instituto em questão anularia a ocorrência do crime, segundo os tripartidários ou a aplicação da pena, conforme os bipartidaristas.

Ao iniciar os estudos sobre a Inimputabilidade, não há como deixar de falar de Tobias Barreto, jurista brasileiro que no ano de 1820 publicou a sua obra “Menores e Loucos”, na qual trouxe um dos primeiros conceitos acerca de imputabilidade no direito brasileiro.

A *theoria da imputação*, ou *psychologia criminal*, como a denominam os juristas alemães, apoia-se no *facto empírico*, indiscutível, de que o homem normal, chegando a uma certa idade, legalmente estabelecida, tem adquirido a maturidade e capacidade precisas, para conhecer o

valor jurídico de seus actos, e determinar se livremente a pratical-os. São portanto condições fundamentaes de uma acção criminosa imputavel as únicas seguintes: 1.º o conhecimento da ilegalidade da acção querida {libertas iudicii} ; 2.º o poder o agente, por si mesmo, deliberar-se a pratical-a, quer commissiva, quer omissivamente {libertas consilii}. E' o que resulta do próprio conceito da imputação. (BARRETO, 1820, p. 27)

Logo, conforme o jurista, a imputabilidade refere-se a capacidade própria de conhecer os seus atos como errados e praticá-los ainda assim.

1.3.1 A doutrina da Inimputabilidade no Direito brasileiro

Os artigos 26 ao 28 do Código Penal são os alicerces para a expansão das discussões acerca da inimputabilidade na doutrina penalista brasileira, as quais fomentam inúmeras decisões de Magistrados diariamente sobre a complexa questão do adolescente com problema mental que tropeça na lei.

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

Parágrafo único - A pena pode ser reduzida de um a dois terços, se o agente, em virtude de perturbação de saúde mental ou por desenvolvimento mental incompleto ou retardado não era inteiramente capaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.

Art. 27 - Os menores de 18 (dezoito) anos são penalmente inimputáveis, ficando sujeitos às normas estabelecidas na legislação especial.

Art. 28 - Não excluem a imputabilidade penal:

I - a emoção ou a paixão;

II - a embriaguez, voluntária ou culposa, pelo álcool ou substância de efeitos análogos

§ 1º - É isento de pena o agente que, por embriaguez completa, proveniente de caso fortuito ou força maior, 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.

§ 2º - A pena pode ser reduzida de um a dois terços, se o agente, por embriaguez, proveniente de caso fortuito ou força maior, não possuía, ao tempo da ação ou da omissão, a plena capacidade de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.

O Direito brasileiro adota para o cabimento da inimputabilidade, em questões temporais, o momento da prática do delito o que, segundo Estefam;

Gonçalves (2016), quer dizer que irá ser analisada a autodeterminação, a percepção e a assimilação do ato na hora da ação ou omissão criminosas;

Outrossim, a doutrina também traz como critérios cumulativos e inerentes à Inimputabilidade dois elementos: o volitivo e o intelectual.

Conforme Masson (2019), o elemento intelectual traz ao agente o perfeito entendimento do que está sendo feito e o discernimento de que está fazendo algo errado, já o volitivo é o senhorio dos seus próprios desejos, o autor tem as rédeas do seu ímpeto de delinquir;

Ademais, similarmente expõe a doutrina que a inimputabilidade é cabível nos casos de doença mental, desenvolvimento mental incompleto ou retardado, menoridade -independentemente de emancipação- embriaguez completa proveniente de caso fortuito ou força maior e na dependência ou intoxicação involuntária do consumo de drogas ilícitas.

A inimputabilidade por doença mental trará as perturbações patológicas, emocionais e psíquicas do ser humano, fugindo do que se pode compreender, sendo permanente ou transitória, mas presente ao tempo da prática do delito (MASSON, 2019)

No caso de desenvolvimento mental incompleto é verificada a maturidade e a possibilidade de convivência em sociedade. Os menores de 18 anos e os silvícolas (quando não for possível a sua vivência em sociedade) são os únicos abrangidos por essa categoria de inimputabilidade.

Sendo por desenvolvimento mental retardado, há uma incapacidade mais branda, porém capaz de isentar o agente de uma possível culpa. Conforme Masson (2019), essa expressão representa a ocorrência de uma disparidade entre a idade que a pessoa apresenta e a idade mental que aparenta, sempre diferentemente do meio que em que se encontra.

De fato, o retardo mental é uma condição de desenvolvimento interrompido ou incompleto da mente, especialmente caracterizada por um comprometimento de habilidades manifestadas durante o período de desenvolvimento, as quais contribuem para o nível global da inteligência, isto é, aptidões cognitivas, de linguagem, motoras e sociais. (MASSON, 2019, p. 829).

Em outro panorama, levando-se em conta o critério biológico, foi decidido que qualquer pessoa menor de 18 (dezoito) anos de idade seria considerada inimputável, não importando se emancipado, graduado, com

carteira de trabalho ou a capacidade para compreensão, gozam de presunção absoluta de inimputabilidade.

Ademais, a doutrina também narra acerca da embriaguez, sendo a perda do raciocínio e do discernimento pela ingestão excessiva de algo.

Embriaguez: É a intoxicação aguda produzida no corpo humano pelo álcool ou por substância de efeitos análogos, apta a provocar a exclusão da capacidade de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento. Como exemplos de substâncias de efeitos análogos podem ser apontados o éter, a morfina, o clorofórmio e quaisquer outras substâncias entorpecentes, ainda que não previstas na Portaria do Ministério da Saúde responsável por essa tarefa, dependendo, nesse caso, de perícia médica. (MASSON, 2019, p. 831)

Logo, a embriaguez, assim como os demais elementos deverão ser comprovados mediante perícia médica para serem aptos a receber o benefício da inimputabilidade;

Cessando, são três os sistemas existentes para o cabimento do instituto: o Biológico, o Psicológico e o Biopsicológico.

O Sistema Biológico traz a concepção de que qualquer pessoa que possua uma disfunção psíquica seria inimputável, independentemente se essa disfunção refletiu na prática do delito ou não. O Sistema psicológico já considera apenas a disfunção na hora da prática do delito, independentemente de ser uma característica permanente ou não do autor, e enfim, o Sistema Biopsicológico traz a inimputabilidade quando pelo distúrbio psíquico, a pessoa não compreende o que está fazendo na hora da prática do crime. (PACCELLI; CALLEGARI, 2018).

O Brasil adota o sistema biopsicológico para os casos de doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado e o biológico para a menoridade.

APELAÇÃO. Arguição de nulidade por ausência de oportunidade para a defesa prévia. Inocorrência. Preliminar rejeitada. Ato infracional equiparado ao crime previsto no artigo 129, § 9º, por duas vezes, na forma do artigo 69, ambos do Código Penal. Alegação de atipicidade da conduta afastada. Houve franca lesão ao bem juridicamente protegido. Adolescente portador de esquizofrenia paranoide. Não há confundir o critério biopsicológico adotado no ordenamento penal, com aquele, biológico, que estabelece tratamento especial para os menores de 18 anos. Neste há uma presunção juris et de jure da inimputabilidade. Contudo, os adolescentes infratores ficam sujeitos a medidas socioeducativas previstas no Estatuto da Criança e do Adolescente, desde que tenham capacidade para cumpri-las – artigo

112, § 1º, ECA. Situação diversa é aquela da exclusão da responsabilidade em virtude de doença mental (sistema biopsicológico), ou transtorno incapacitante, os quais deverão se apresentar em direta relação com a efetiva falta de compreensão ou determinação no momento do fato. Assim é que a inimputabilidade ope legis dos menores de 18 anos de idade nada tem com a presença da falta de entendimento e de determinação diante do fato ilícito. No caso concreto, porém, o recorrente teve um surto esquizofrênico, pelo que está provado nos autos, e, sem a higidez mental que se exige para a ação delitiva e dolosa, partiu para cima dos pais e os agrediu. Descabe considerar responsável estatutariamente a conduta de quem, ao tempo do fato, era portador de doença mental, que o incapacitava a exercer um juízo crítico, sobre a situação comum, de frustração passageira, que enfrentava dentro de casa. Correta a comutação da medida socioeducativa em medida protetiva para tratamento da saúde mental do sindicado, sobretudo na presença de laudo médico, atestando a necessidade do acompanhamento especializado, com reavaliação no prazo de um ano. Recurso ao qual se nega provimento. (TJSP, 2016). (grifo nosso)

Conclui-se, pois, que o adolescente com transtorno mental é considerado inimputável apenas pela condição biológica de ter menos de 18 anos, não tendo relevância a condição do transtorno mental, sendo esta, necessária apenas ao regime de cumprimento da medida socioeducativa aplicada.

2. A PROTEÇÃO LEGAL E O TRATAMENTO DADO AO ADOLESCENTE INFRATOR

O escopo a ser atingido neste segundo capítulo é o estudo da proteção dada pela legislação brasileira aos adolescentes com problemas mentais em conflito com a Lei.

Nem sempre a criança e o adolescente tiveram os seus direitos consolidados em um dispositivo especificado para tal, visto que a sociedade adultocêntrica e patriarcalista não as tinha como sujeitos de direitos. Contudo, a partir de 1924 a Liga das Nações estabeleceu em cinco artigos a “Declaração dos Direitos da Criança”, em Genebra, sendo o primeiro documento internacional a tratar do tema.

Entretanto, segundo Dallari e Korczak apud Rosemberg e Mariano (2010) não há uma firmeza quanto as pretensões, apenas um leve apelo a boa vontade, um pedido ao cumprimento e não uma determinação.

Ocorre que se até a Convenção dos Direitos da Criança de 1989 pouco se falava acerca da criança e do adolescente como sujeito ativo de práticas ilícitas, os chamados “atos infracionais”, tampouco seria dissertado acerca do adolescente com problema mental que cometia esses delitos.

Todavia, “é um dever social e estatal, recolher pessoas com deficiência intelectual que cometeram graves atos infracionais, em busca de suas reinserções, mas é igualmente atributo social e estatal, a proteção desses adolescentes e a preservação de seus direitos.” (SANTANA, 2013, p.11)

Seguindo o paradigma supramencionado, os legisladores optaram por começar a trazer às claras o assunto, porém nada muito ampliado, não a ponto de ter uma legislação específica só sobre tal, algo que, quando proposto, não deu seguimento.

Logo, vê-se que a segunda seção fala dos históricos dos dispositivos legais que norteiam a questão, abstendo-se de qualquer referência, arbítrio ou parecer acerca da sua aplicação na esfera jurídica atual, logo, vieses estritamente históricos e positivistas.

2.1 A CONVENÇÃO DOS DIREITOS DA CRIANÇA

O ano de 1959 trouxe, pela ONU (Organização das Nações Unidas), a nova Declaração dos Direitos da Criança, agora com dez princípios cujo preambulo dizia: “a criança, em razão de sua falta de maturidade física e intelectual, precisa de uma proteção especial e de cuidados especiais, especialmente de proteção jurídica apropriada antes e depois do nascimento”, logo, reconheciam-nas como sujeitos de direitos e necessitadas de maior proteção do que a oferecida pela antiga Declaração de Genebra.

[...] O documento estabeleceu, dentre outros princípios: proteção especial para o desenvolvimento físico, mental, moral e espiritual; educação gratuita e compulsória; prioridade em proteção e socorro; proteção contra a negligência, crueldade e exploração; proteção contra atos de discriminação (AMIN, 2018 p.63)

A Declaração dos Direitos da Criança de 1959 foi reconhecida na Declaração Universal dos Direitos Humanos, no Pacto Internacional de Direitos Civis e Políticos, no Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais e nos estatutos e instrumentos das Agências Especializadas e das organizações internacionais que se interessam pelas crianças.

Com a eleição do ano de 1979 como o “ano internacional da criança”, montou-se um grupo de trabalho para elaborar o texto da Convenção Internacional dos Direitos da Criança, que encontrou dificuldades de consenso entre os elaboradores.

No ano de 1985, a Assembleia Geral da ONU por meio da Resolução nº 40/33, adotou o Documento Internacional formulado pelo criminólogo Dan Batchelor que focava na prevenção do crime e no tratamento dos jovens delinquentes, com orientações à justiça delinquencial, respeitando seus direitos e garantias fundamentais e processuais, as chamadas Regras de Beijing.

Todavia, na data de 2 de setembro de 1990 entrou em vigor a Convenção Internacional dos Direitos da criança que conta com 53 artigos e demais princípios que deixam definitivamente de lado a concepção “adultocêntrica” da família e passa a adotar a Doutrina da Proteção Integral que reconhece a condição da criança como pessoa em desenvolvimento e titular de proteção especial, confere direito a convivência familiar e obrigação das nações subscritoras a priorizar e garantir o que diz a Convenção (AMIN, 2018).

Ademais, cercou-se de inúmeros predicados ao longo dos anos.

A Convenção de 1989, em relação às declarações internacionais anteriores, inovou não só por sua extensão, mas porque reconhece à criança (até os 18 anos) todos os direitos e todas as liberdades inscritas na Declaração dos Direitos Humanos. Ou seja, pela primeira vez, outorgaram-se a crianças e adolescentes direitos de liberdade, até então reservados aos adultos. Porém, a Convenção de 1989 reconhece, também, a especificidade da criança, adotando concepção próxima à do preâmbulo da Declaração dos Direitos da Criança de 1959: "a criança, em razão de sua falta de maturidade física e intelectual, precisa de uma proteção especial e de cuidados especiais, especialmente de proteção jurídica apropriada antes e depois do nascimento". (ROSEMBERG E MARIANO, 2010, p.7)

Antes da chegada ao Brasil para sua ratificação, o presidente Fernando Collor de Mello criou em maio de 1990 o Ministério da Criança, com o seguinte discurso:

[...] a partir de hoje, deste momento, a qualidade de vida de nossas crianças será preocupação central e objetivo maior da ação do Governo [...] Não podemos ser o Brasil dos "pixotes" [...]. Temos o dever de reverter essa situação; de garantir alimentação e saúde para as nossas crianças. Temos de tirá-las das ruas e dos desvios da marginalidade; de encaminhá-las à escola motivando-as para o estudo. Temos de levá-las de volta ao seio da família, ao convívio e guarda de pais capazes de dar-lhes sustento, afeto e amor; de fazer prevalecer o sentido da paternidade responsável. Temos de recuperar de uma vez por todas a família brasileira. (Mello, apud Costa et al., 1990, p.16)

Corroborando com o supracitado discurso, no dia 24 de setembro de 1990, o Brasil ratificou a referida Convenção em seu ordenamento, ou seja, comprometeu-se em revisar a legislação nacional sobre infância e juventude para harmonizá-la com os dispositivos ali estatuídos.

Contendo dois artigos específicos sobre a questão relativa à criança e adolescente deficiente físico ou mental, a Parte I da Convenção Internacional dos Direitos da Criança (Decreto nº 99.710 de 21 de novembro de 1990) dispõe

Artigo 23

1. Os Estados Partes reconhecem que a criança com deficiência física ou mental deverá desfrutar de uma vida plena e decente, em condições que garantam sua dignidade, favoreçam sua autoconfiança e facilitem sua participação ativa na comunidade.
2. Os Estados Partes reconhecem que a criança com deficiência tem direito a receber cuidados especiais, e devem estimular e garantir a extensão da prestação da assistência solicitada e que seja adequada às condições da criança e às circunstâncias de seus pais ou das pessoas responsáveis por ela, de acordo com os recursos disponíveis e sempre que a criança ou seus responsáveis reúnam as condições exigidas.
3. Reconhecendo as necessidades especiais da criança com deficiência, a assistência ampliada, conforme disposto no parágrafo 2 deste artigo,

deve ser gratuita sempre que possível, levando em consideração a situação econômica dos pais ou das pessoas responsáveis pela criança; e deve assegurar à criança deficiente o acesso efetivo à educação, à capacitação, aos serviços de saúde e de reabilitação, à preparação para o emprego e às oportunidades de lazer, de maneira que a criança atinja a integração social e o desenvolvimento individual mais completos possíveis, incluindo seu desenvolvimento cultural e espiritual.

4. Os Estados Partes devem promover, com espírito de cooperação internacional, a troca de informações adequadas nos campos da assistência médica preventiva e do tratamento médico, psicológico e funcional das crianças com deficiência, incluindo a divulgação de informações a respeito dos métodos de reabilitação e dos serviços de ensino e formação profissional, bem como o acesso a essas informações. Dessa forma, os Estados Partes poderão aprimorar sua capacidade e seus conhecimentos e ampliar sua experiência nesses campos. Nesse sentido, devem ser consideradas de maneira especial as necessidades dos países em desenvolvimento.

Artigo 25

Os Estados Partes reconhecem que uma criança internada em uma instituição pelas autoridades competentes, para fins de atendimento, proteção ou tratamento de saúde física ou mental, tem direito a um exame periódico para avaliação do tratamento ao qual está sendo submetida e de todos os demais aspectos relativos à sua internação.

No entanto, tal escrito irá compenetrar-se na esfera criminal, quando estes adolescentes com problemas mentais se encontram na posição de agentes do ocorrido.

2.2 O ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

As Ordenações Filipinas instalaram-se no país em 1603, foi-se, então, fixado o primeiro parâmetro de maioridade penal no país, 7 anos de idade. Ademais, dos 7 anos aos 17 anos eram apenados como adultos, mas com atenuantes e dos 17 aos 21 anos, adultos sujeitos a pena de morte, com ressalvas ao crime de falsificação de moeda, que permitia a pena de morte aos maiores de 14 anos.

Entre os anos de 1830 e 1890 buscou-se investir mais na esfera penal do menor, foi então aplicada a Teoria do Discernimento. Nesta, diz-se que a criança menor de 9 anos era inimputável, entre 9 e 14 anos seria feita uma avaliação psicológica e a sua pena iria de acordo com o seu discernimento, já até os 17 anos a sua pena era reduzida a 2/3 em relação a pena do adulto, por fim, entre 17 e 21 anos era aplicada a atenuante penal. (AMIN, 2018)

No ano de 1906, criaram-se as Casas de recolhimento, subdividas em Escolas de Prevenção, abrigando menores abandonados e Colônias de Reforma, que visava à correção e reinserção da criança e adolescente infratores.

Em 1921 com a Lei 4242/21, tornou-se inaplicável a Teoria do Discernimento pois o menor de 14 anos era considerado inimputável, sendo ratificada pelo Decreto 5.083 em 1926, o qual originou o primeiro Código de Menores do Brasil.

Já em 1927, o supracitado decreto foi substituído pelo Decreto 17.943-A, o Código Mello de Mattos (primeiro juiz de menores da América Latina). Neste, cuidava-se de crianças em situação de abandono, órfãs, incapazes, e que estivessem sido presas há mais de 2 anos, etc., além do estabelecimento de que até os 14 anos, o jovem iria sofrer reprimenda educacional pelo delito cometido, entre os 14 e 18 seria punido com atenuantes.

[...] Cerca de um ano depois, em 12 de outubro de 1927, veio a ser substituído pelo Decreto n. 17.943-A, mais conhecidos como Código Mello Mattos. De acordo com a nova lei, caberia ao Juiz de Menores decidir-lhes o destino. A família, independentemente da situação econômica, tinha o dever de suprir adequadamente as necessidades básicas das crianças e dos jovens, de acordo com o modelo idealizado pelo Estado. Medidas assistenciais e preventivas foram previstas com o objetivo de minimizar a infância de rua. (AMIN et al, 2018, p.40)

Getúlio Vargas trouxe em 1932 a Consolidação das Leis Penais (Decreto nº 22.213 de 14 de dezembro de 1932), que fixou a maioria penal em 14 anos no seu artigo 27 §1º.

Art. 27 - Não são criminosos:
§ 1.0 - os' menores de 14 anos;

No ano de 1944 foi publicado o Decreto-lei 6865/44, que ratificou o chamado “ Serviço de Atendimento ao Menor”, já criado em 1941, este foi o primeiro órgão federal a se preocupar com o até então “ menor” sujeito de direitos, e buscou atender aos abandonados e desvalidos, enviando-os à instituições sociais e aos infratores, colocando-os em colônias correccionais e reformatórios.

No entanto, na Ditadura Militar a Lei 4513/64 extinguiu-se o Serviço de Atendimento ao Menor e foram criadas a FUNABEM (Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor e o PNBEM (Política Nacional do Bem-Estar do Menor),

com a questão da Criança e do Adolescente agora sendo assunto de Segurança Nacional e o estabelecimento das FEBENS (Fundação Estadual do Bem Estar do Menor) a nível estadual.

A década de 1960 foi marcada por severas críticas ao SAM, que não cumpria e até se distanciava do seu objetivo inicial. Desvio e verbas, superlotação, ensino precário, incapacidade de recuperação dos internos foram alguns dos problemas que levaram à sua extinção em novembro de 1964, pela Lei n. 4513, que criou a Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor (FUNABEM). (AMIN et al, 2018, p.45)

Nos anos seguintes, houve uma variação da maioridade penal, sendo primeiramente de 16 anos, se com discernimento da ilicitude, no Código Penal de 1969 (Decreto-Lei 1004/69), e posteriormente de 18 anos, no Decreto-Lei 6016/73. Ademais, 1979, foi publicada Lei 6.697, mais conhecido com o 2º Código menorista brasileiro, que por mais que tenha focado só em falar novamente da criança e do adolescente em situação irregular, igual ao seu antecessor, também pincelou a Doutrina da Proteção Integral, ponto primordial a ser discutido no futuro Estatuto da Criança e do Adolescente.

Movimentos que proporcionaram mini constituintes nos estados de Minas Gerais e Mato Grosso do Sul, Movimento Nacional dos Meninos e meninas de rua, e a proposta “Criança, prioridade nacional”, sobre os direitos da infância na Constituinte, elaborada por especialistas trouxeram à votação a Emenda Criança, em que mais de 20 mil meninos e meninas fizeram uma "Ciranda da Constituinte" em torno do Congresso Nacional e que originou os artigos 227 e 228 Constituição Federal de 1988.

[...] a Constituição Federal, conhecida como Constituição Cidadã, que introduziu no ordenamento jurídico o compromisso firmado neste tratado, instituindo os princípios da prevalência absoluta dos interesses dos menores, da proteção integral, da cooperação, da brevidade, da excepcionalidade e da condição peculiar de pessoa em desenvolvimento. (LOPES e FERREIRA, 2010, p.4)

No ano de 1990, a FUNABEM (Fundação Nacional de Bem-estar do menor) agora se tornou a CBIA (Centro Brasileiro para Infância e Adolescência), que assim como na Constituição Federal de 1988, substituiu o termo “menor” por “criança e adolescente”, já que o antigo termo remetia a uma época em que eles não eram sujeitos de direitos, diminuindo-os.

Outrossim, com a maior adesão dos dispositivos legais aos direitos da Criança e do Adolescente, deu-se a luz a Lei 8.069/90, o chamado Estatuto da Criança e do Adolescente, que posteriormente teve a sua parte geral alterada pela Lei 12.010/09, a qual, dentre diversos outros fatores, adequou todo o Código à maioria penal e civil de 18 anos.

Formalmente sai de cena a Doutrina da Proteção da Situação Irregular, de caráter filantrópico e assistencial, com gestão centralizadora do Poder Judiciário, a quem cabia a execução de qualquer medida referente a menores que integravam o binômio abandono-delinquência. Em seu lugar, implanta-se a Doutrina da Proteção Integral, com caráter de política pública, Crianças e adolescentes deixam de ser objeto de proteção assistencial e passam a titulares de direitos subjetivos. (AMIN, 2018, p.50).

Enfim, o Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8.069/90 de 13 de Julho de 1990), conta com 267 artigos dividindo-se em parte geral e parte especial, nesta, há normas de enfrentamento a violação e ameaça dos direitos deles e, é claro, a criança e o adolescente como sujeitos ativos na esfera penal, sendo o enfoque do trabalho o artigo 112, §3º.

Art. 112. Verificada a prática de ato infracional, a autoridade competente poderá aplicar ao adolescente as seguintes medidas:
§ 3º Os adolescentes portadores de doença ou deficiência mental receberão tratamento individual e especializado, em local adequado às suas condições

O supracitado artigo é o único no Estatuto que pincela acerca do adolescente com problema mental que comete ato infracional, contudo, posteriormente se verá quais outros regulamentos ele ocasionou.

2.3 SISTEMA NACIONAL DE ATENDIMENTO SOCIOEDUCATIVO (SINASE)

O Estatuto da Criança e do Adolescente traz a partir do seu artigo 103 as medidas aplicáveis a criança e ao adolescente que praticam condutas delituosas, denominadas atos infracionais.

Contudo, como todo e qualquer ordenamento jurídico, ficaram algumas lacunas no que tange ao ideal do caráter pedagógico sobrepor ao punitivo na aplicação das supracitadas medidas.

Com esse intuito, em 2004, a Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República, o Conselho Nacional de Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) apresentaram a proposta do chamado Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE), uma espécie de manual a ser seguida na aplicação das medidas a serem tomadas após a prática do ato infracional.

A proposta do SINASE (Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo) foi aprovado na Assembleia do CONANDA em 13 de Julho de 2006, no mesmo dia, no ano seguinte, foi apresentada como o Projeto de Lei 1627/2007 ao Plenário da Câmara dos Deputados e em 9 de Novembro do mesmo ano foi criada Comissão Especial com a relatora deputada Rita Camata (PMDB/ES) para analisar o projeto.

No dia 29 de abril de 2009, foi aprovado o projeto por unanimidade e em posteriormente, encaminhado ao Plenário da Câmara, ganhando 2 Emendas e tendo sido o substitutivo aprovado e enviado ao Senado Federal como o PL 1627-B/2007.

No dia 18 de janeiro de 2012 entra em vigor como Lei 12.594/12, e sendo regido também pelas Resoluções 119/2006 e 160/2013 (Plano Nacional de Atendimento Socioeducativo) do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (Conanda).

A melhor definição para o SINASE (Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo) foi feita pelo próprio Conselho: “[...] conjunto ordenado de princípios, regras e critérios, de caráter jurídico, político, pedagógico, financeiro e administrativo, que envolve desde o processo de apuração de ato infracional até a execução de medida socioeducativa.” (CONANDA, 2006: 23).

A Lei estabelece que é de responsabilidade da União, através da Secretaria Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente do Ministério dos Direitos Humanos (SNDCA/MDH), a coordenação do SINASE, e dos Estados, Distrito Federal e Municípios a criação de seus Sistemas com a instalação de programas de atendimento ao adolescente receptor da medida socioeducativa.

O Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo vem como um “ manual” com 90 artigos que corresponsabilizam a família, o Estado e a Sociedade na garantia dos direitos fundamentais aos adolescentes que cometem atos infracionais, e também traz diretrizes que vão desde a arquitetura

dos locais até o quadro de profissionais (equipe multidisciplinar) responsáveis para o melhor fluir da Lei.

Algo a ser percebido é a aplicação apenas a adolescentes que cometem atos infracionais e não a crianças também, assim como na respectiva Monografia.

A prática de atos infracionais levará a aplicação de dois caminhos: a medida protetiva e a medida socioeducativa, aquela, é aplicada a atos infracionais cometidos apenas por criança, já esta, a apenas por adolescentes, sendo exemplos: advertência, obrigação de reparar o dano, prestação de serviços à comunidade, liberdade assistida, e, estas últimas, as vistas pelos coordenadores como aplicáveis em último caso: regime de semiliberdade e internação.

Por isso, insistimos em afirmar: para que haja verdadeira transformação no tratamento dispensado aos adolescentes autores de ato infracional, são necessárias grandes mudanças. É imprescindível a ampliação do sistema em meio aberto. É preciso que os magistrados que atuam na área da infância conheçam melhor o Estatuto da Criança e do Adolescente e a finalidade das medidas socioeducativas para que possam aplicar as medidas não restritivas de liberdade em detrimento da semiliberdade e da internação. (VERONESE E LIMA, 2009, p.12)

Eis os artigos 64 e 65 da Lei nº 12.594/12 de 18 de janeiro de 2012, que instituiu o SINASE (Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo), tratando do “Do Atendimento a Adolescente com Transtorno Mental e com Dependência de Álcool e de Substância Psicoativa”.

Art 64. O adolescente em cumprimento de medida socioeducativa que apresente indícios de transtorno mental, de deficiência mental, ou associadas, deverá ser avaliado por equipe técnica multidisciplinar e multissetorial.

§ 1º As competências, a composição e a atuação da equipe técnica de que trata o caput deverão seguir, conjuntamente, as normas de referência do SUS e do Sinase, na forma do regulamento.

§ 2º A avaliação de que trata o caput subsidiará a elaboração e execução da terapêutica a ser adotada, a qual será incluída no PIA do adolescente, prevendo, se necessário, ações voltadas para a família.

§ 3º As informações produzidas na avaliação de que trata o caput são consideradas sigilosas.

§ 4º Excepcionalmente, o juiz poderá suspender a execução da medida socioeducativa, ouvidos o defensor e o Ministério Público, com vistas a incluir o adolescente em programa de atenção integral à saúde mental que melhor atenda aos objetivos terapêuticos estabelecidos para o seu caso específico.

§ 5º Suspensa a execução da medida socioeducativa, o juiz designará o responsável por acompanhar e informar sobre a evolução do atendimento ao adolescente.

§ 6º A suspensão da execução da medida socioeducativa será avaliada, no mínimo, a cada 6 (seis) meses.

§ 7º O tratamento a que se submeterá o adolescente deverá observar o previsto na Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

§ 8º (VETADO).

Art. 65. Enquanto não cessada a jurisdição da Infância e Juventude, a autoridade judiciária, nas hipóteses tratadas no art. 64, poderá remeter cópia dos autos ao Ministério Público para eventual propositura de interdição e outras providências pertinentes.

Portanto, o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo supre lacunas acerca dos atos infracionais e medidas socioeducativas previstas do Estatuto da Criança e do adolescente, sendo instrumento jurídico e político para retirar o caráter punitivo deste e aplicar aspectos educativos e pedagógicos, evitando a futura possível reincidência do adolescente infrator.

2.4 DISPOSITIVOS COMPLEMENTARES ACERCA DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE COM DEFICIÊNCIA EM CONFLITO COM A LEI

Enfim, restam três dispositivos que não falam diretamente sobre o adolescente com problemas mentais em conflito com a lei, mas apenas sobre o tratamento exigido aos presos, aos deficientes, bem como os seus direitos e garantias. São eles: a Constituição Federal, a Lei 10.216/01 (Lei da reforma psiquiátrica) e a Lei 13.146/15 (Lei Brasileira de Inclusão).

Antes da Constituição Federal de 1988, a doutrina e a legislação usavam termos como aleijado, anormal, defeituoso, excepcional, incapacitado, inválido, retardado, entre outros para falar sobre o adolescente com problemas mentais.

As constituições anteriores só tratavam disfarçadamente a questão da deficiência de forma genérica e assistencialista, priorizando a igualdade entre as pessoas, porém, a Constituição Cidadã trouxe, pela primeira vez, em aspecto inclusivo, diversos dispositivos que narram especificamente a questão do deficiente e alguns de seus direitos.

Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, [...]

Art. 23. É competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios:

II - cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência;

Art. 24. Compete à União, aos Estados e ao Distrito Federal legislar concorrentemente sobre:

XIV - proteção e integração social das pessoas portadoras de deficiência;(BRASIL, 1988)

Ademais, a Lei 10.216/01 (Lei da Reforma Psiquiátrica) possui como precursor o psiquiatra italiano Franco Basaglia, que era contra a objetificação do doente mental pelos manicômios, sendo eles seres humanos necessitados de auxílio e acolhimento da equipe que “ cuidava” deles.

Em 1973 o Doutor Basaglia assumiu a diretoria do Hospital Provincial de Trieste e trocou o modelo institucional de manicômio por um modelo, tido como ideal, posteriormente, pela Organização Mundial de Saúde (OMS), visando um tratamento mais humanitário e reintegratório ao doente mental, foi criada então a Lei 180 de 1978, tida como antimanicomial.

No Brasil obtiveram destaque os movimentos de lutas antimanicomiais, querendo a desinstitucionalização do sistema para novas alternativas de tratamento que surgiam. Com isso, os movimentos militantes chegaram ao Congresso e foi aprovada a Lei 10.216/01 (Lei da Reforma Psiquiátrica).

[...] aprovação da Lei n.10.216, de 6 de abril de 2001, que contemplava a Declaração de Caracas de 14 de novembro de 1990, o que até então era uma proposição alternativa à política de saúde mental desenvolvida, transforma-se, nesse momento, em uma política de Estado. (ARAUJO, 2016, p.4)

Eis alguns poucos artigos da Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei nº 10.216/01 de 06 de abril de 2001), que trazem os direitos fundamentais inerentes aos doentes mentais.

Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo. Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

I -ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;

II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;

III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;

IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;

V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;

VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;

VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;

IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

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

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

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

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

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

No ano de 2012 o ex senador Aloysio Nunes Ferreira (PSDB/SP) propôs um projeto que previa tratamento médico para os adolescentes infratores com deficiência mental ou dependência de álcool ou drogas, visando a aplicação de medidas socioeducativas diferenciadas em relação aos não possuidores dessas condições, eis a ementa do Projeto de Lei nº 23/2012:

Altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 – Estatuto da Criança e do Adolescente e a Lei nº 12.594, de 18 de janeiro de 2012, que institui o SINASE – Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo, para prever nova modalidade de medida socioeducativa e dá outras providências.

A Comissão de Assuntos Sociais aprovou o projeto, tornando-se o PL 23/2012, porém acabou encontrando-se em tramitação há duas legislaturas e não houve o requerimento de continuidade por 1/3 dos Senadores até 60 dias após o início da primeira sessão legislativa da legislatura seguinte ao arquivamento, tampouco a aprovação do desarquivamento pelo Plenário do Senado, nos moldes do artigo 332 §1º do Regimento Interno do Senado Federal, portanto foi arquivado definitivamente em 26/12/2018.

Enfim, a Lei 13.146/15 (Lei Brasileira de Inclusão), traz em sua trajetória a Convenção Internacional do Direito das Pessoas com Deficiência, ratificada no Brasil em agosto de 2008 e integrada ao nosso Ordenamento jurídico com *status* de Emenda Constitucional.

Até que em 07 de julho de 2015, com previsão de *vacatio legis* de 180 dias, foi publicada a Lei nº 13.146/2015, que instituiu o Estatuto da Pessoa com Deficiência na legislação pátria, detentor de importância tal que trouxe reflexos para Código Civil, Código Eleitoral, para a Consolidação das Leis do Trabalho, para o Código de Defesa do Consumidor e até para o Código de Trânsito Brasileiro.

Vede um artigo do supracitado Estatuto de necessária aplicação ao adolescente com problemas mentais como sujeito ativo de delitos (sejam crimes, contravenções penais ou atos infracionais).

Art. 27. Parágrafo único. É dever do Estado, da família, da comunidade escolar e da sociedade assegurar educação de qualidade à pessoa com deficiência, colocando-a a salvo de toda forma de violência, negligência e discriminação.

Logo, não há dúvidas que foram muitas as conquistas obtidas pelo deficiente, principalmente no que tange à inclusão e não mais discriminação no ordenamento jurídico, sendo, pois, sujeitos de direitos e garantias fundamentais, a exemplo da dignidade da pessoa humana.

3. O DESTINO DO ADOLESCENTE COM TRANSTORNO MENTAL EM CONFLITO COM A LEI

A última seção expõe a situação atual em que essas pessoas se encontram, como a Justiça costuma sentenciar esses tipos de casos, os “bastidores” do cumprimento da sentença, e o que financeiramente o Poder Público tem feito para administrar essa situação.

Adolescentes doentes ou deficientes mentais: esta hipótese assemelha-se aos adultos inimputáveis, em virtude de doença ou retardamento mental; devem receber tratamento médico, em hospital ou lugar adequado, jamais em estabelecimento comum de privação da liberdade, seja presídio (para o maior), seja internação (para o adolescente). Portanto, aos menores de 18 anos, portadores de doenças ou deficiências mentais, conforme o laudo médico sugerir, deve-se destinar ao tratamento individualizado e especializado, em local adequado. Somente cabe a aplicação da medida protetora descrita no art. 101, V, desta Lei (tratamento médico, psicológico ou psiquiátrico, em regime hospitalar ou ambulatorial). Eventualmente, pode ser cumulada com a entrega do menor aos pais, mediante termo de responsabilidade, quando for indicado o tratamento ambulatorial. Não há sentido algum em se determinar a internação do adolescente enfermo mental em instituição comum de abrigo de infratores, constituído constrangimento ilegal, sanável por *habeas corpus* (NUCCI, 2014, p.399).

Logo, nas palavras do supracitado doutrinador há a necessidade de um lugar especial, dirigido exclusivamente para tal fim, evitando, sempre que possível, a internação.

Conforme comentado na segunda seção deste trabalho, há uma quantidade significativa de leis que regulam o tema, porém repleta de lacunas, deixando a cargo do Poder Público o aperfeiçoamento teórico e prático da situação.

Ocorre que há controvérsias sobre a correta execução desses institutos jurídicos, o caminho percorrido tem sido contrário ao taxado nas leis, com um reflexo negativo aos indivíduos que, em tese, exigem maior cuidado em relação aos demais encarcerados.

[...] os casos de internação em institutos correccionais deveriam ser submetidos a uma triagem rigorosa, preliminarmente levando-se em conta o ato infracional cometido pelo adolescente, seu grau de deficiência intelectual, seu grau de periculosidade, etc. (SANTANA, 2013, p.8)

A jurisprudência tenta se amoldar às básicas leis que existem, sempre visando, em primeiro lugar, ao bem estar do jovem, todavia, pela precariedade

do sistema, observada nas seguintes subseções, não é comum que ocorra uma melhora significativa dos infratores com transtornos ao saírem de lá.

3.1 A FUNDAÇÃO CASA COMO UM ETERNO PARADIGMA NO TRATAMENTO DO ADOLESCENTE INFRATOR

Não obstante, é válido voltar a atenção para o Estado de São Paulo no que tange ao tema do trabalho, visto que a criação da antiga Fundação Estadual para o Bem Estar do Menor (FEBEM), em 1964, se confunde com o começo da repressão a adolescentes infratores no Brasil, hoje chamada Fundação Centro de Atendimento Socioeducativo ao Adolescente (CASA).

A FEBEM, desde a Ditadura Militar conhecida por inúmeros casos de rebeliões, fugas e violências, foi criada para acolher adolescentes carentes e infratores, mas, com o ECA, passou a acolher apenas adolescentes infratores.

Com o passar dos anos e dos relatos catastróficos dos internos, foi-se manchando a sua imagem a tal ponto que a melhor maneira encontrada pelas autoridades de reverter a situação era uma reforma tanto estrutural, quanto na mentalidade desse Sistema protetivo ao adolescente infrator.

Ante o exposto, a antiga Presidente Berenice Gianella apresentou um projeto de Lei, que após aprovado, originou a Lei 12.469/06, que alterou o nome da Fundação Estadual do Bem Estar do Menor (FEBEM) para Fundação Centro de Atendimento Socioeducativo ao Adolescente (CASA), pois o termo “menor” iria inferir uma supressão da qualidade de sujeito de direitos que o adolescente possui e porque o intuito era oferecer um lar àqueles infratores.

Com um viés pedagógico, adepto ao Estatuto da Criança e do Adolescente e buscando o apoio do Terceiro Setor com entidades da sociedade civil, a Fundação Casa é famosa por acolher os adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas, trazendo, semanalmente, em seu *site*, boletins estatísticos sobre tal, contudo, por não usufruir de condições suficientes para o tratamento psiquiátrico, trouxe não só a hipótese de encaminhá-los para um hospital psiquiátrico, bem como a da criação da chamada Unidade Experimental de Saúde, por meio do Decreto nº 53.427/08.

Artigo 2º - Cabe à Unidade Experimental de Saúde:
I - cumprir, exclusivamente, as determinações do Poder Judiciário de tratamento psiquiátrico em regime de contenção, para atendimento de

adolescentes e jovens adultos com diagnóstico de distúrbio de personalidade, de alta periculosidade:

- a) egressos da Fundação Centro de Atendimento Sócioeducativo ao Adolescente - Fundação CASA - SP, que cometeram graves atos infracionais;
- b) que forem interditados pelas Varas de Família e Sucessões.

Ocorre que a Unidade Experimental de Saúde, segundo Mota (2009) não passa de uma prisão para adolescentes infratores porque o Estado de São Paulo não tem uma unidade especializada para pacientes psiquiátricos conforme estabelece o Estatuto da Criança e do Adolescente.

Desse modo, ao iniciar o seu funcionamento, a UES passou a se constituir como um dispositivo que ignora o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e a Política Nacional de Saúde Mental, retrocedendo, de uma só vez, ao Código de Menores e à lógica manicomial. Isso porque a UES tem “como característica a absoluta indeterminação do tempo de privação de liberdade. Assim, a unidade experimental de saúde em tudo se assemelha a um hospital de custódia e tratamento destinado ao cumprimento de medida de segurança por adultos” (Vicentin, Gramkow & Rosa, 2010, p. 65)

Não obstante, também há de se falar em um exemplo de Instituição Psiquiátrica no estado de São Paulo chamada “ Hospital Psiquiátrico Philippe Pinel”, o qual, pelo menos até 2007 –último ano em que se obtiveram pesquisas - trouxe alguns dados

No ano de 2005, foram realizadas 33 (trinta e três) internações “jurídicas” de adolescentes em conflito com a lei. No ano de 2006, o número subiu para 54 (cinquenta e quatro) e no ano de 2007, ocorreram 78 (setenta e oito) internações no período compreendido entre 01 de janeiro e 30 de novembro. A maior faixa etária dos internos nesta hipótese é a formada por adolescentes entre 15 e 17 anos. No ano de 2005, 22 (vinte e dois) adolescentes nesta faixa etária foram internados. Em 2006, este número foi de 23 (vinte e três) e em 2007, de 32 (trinta e dois), até 30 de novembro. Entretanto, também é significativo o número de internações “jurídicas” de adultos maiores de 18 anos, ainda embasadas no ECA. Em 2005, somente 1 (um) adulto foi internado nesta condição. Em 2006, este número subiu para 11(onze) e em 2007, para 24 (vinte e quatro). (MOTA, 2009, p.7).

O supracitado hospital possui um programa especial para crianças e adolescentes que cometeram atos infracionais, contudo, segundo Mota (2009) seria uma medida de segurança disfarçada de internação, não gozando, os jovens, dos mesmos direitos que um adulto teria nesse estado.

Enfim, uma última característica do hospital, não aplicável aos casos de drogas, é o fato de os médicos não possuírem autonomia para tratar os

internos, somente o Juiz determinará a alta, independentemente do que especialistas o disserem.

3.2 A JURISPRUDÊNCIA: O ARTIGO 112 DO ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE NA PRÁTICA

A prática do ato infracional traz como consequências as seguintes medidas:

Art. 112. Verificada a prática de ato infracional, a autoridade competente poderá aplicar ao adolescente as seguintes medidas:

- I - advertência;
- II - obrigação de reparar o dano;
- III - prestação de serviços à comunidade;
- IV - liberdade assistida;
- V - inserção em regime de semi-liberdade;
- VI - internação em estabelecimento educacional;
- VII - qualquer uma das previstas no art. 101, I a VI.

§ 1º A medida aplicada ao adolescente levará em conta a sua capacidade de cumpri-la, as circunstâncias e a gravidade da infração.

§ 2º Em hipótese alguma e sob pretexto algum, será admitida a prestação de trabalho forçado.

§ 3º Os adolescentes portadores de doença ou deficiência mental receberão tratamento individual e especializado, em local adequado às suas condições.

Art. 101. Verificada qualquer das hipóteses previstas no art. 98, a autoridade competente poderá determinar, dentre outras, as seguintes medidas:

- I - encaminhamento aos pais ou responsável, mediante termo de responsabilidade;
- II - orientação, apoio e acompanhamento temporários;
- III - matrícula e frequência obrigatórias em estabelecimento oficial de ensino fundamental;
- IV - inclusão em serviços e programas oficiais ou comunitários de proteção, apoio e promoção da família, da criança e do adolescente;
- V - requisição de tratamento médico, psicológico ou psiquiátrico, em regime hospitalar ou ambulatorial;
- VI - inclusão em programa oficial ou comunitário de auxílio, orientação e tratamento a alcoólatras e toxicômanos;

(BRASIL, 1990) (*grifo nosso*)

Conforme o negrito, adolescentes com doença mental serão submetidos a tratamento diferenciado em local adequado às suas condições. Ante o exposto, a jurisprudência tendeu a conceder, nesses últimos anos, três das supracitadas medidas: liberdade assistida (112, IV), internação (112, VI) e tratamento médico, psicológico ou psiquiátrico, em regime hospitalar ou ambulatorial (101, V).

3.2.1 Liberdade Assistida

Uma das medidas adotadas pelos Magistrados para os adolescentes que cometem ato infracional e que detêm doença mental é a liberdade assistida.

APELAÇÃO - ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE - ATO INFRACIONAL ANÁLOGO AO CRIME DE TENTATIVA DE ROUBO MAJORADO (REDAÇÃO ANTIGA DO ART. 157, § 2º, I DO CP C/C ART. 103 DO ECA) - SENTENÇA DE PROCEDÊNCIA - APLICAÇÃO DA MEDIDA SOCIOEDUCATIVA DE LIBERDADE ASSISTIDA - RECURSO DA DEFESA. PRELIMINAR - RECEBIMENTO DO RECURSO NO DUPLO EFEITO - MEDIDA DE LIBERDADE ASSISTIDA - PRINCÍPIO DA INTERVENÇÃO PRECOCE NA VIDA DO ADOLESCENTE - CARÁTER PEDAGÓGICO NECESSÁRIO - EXECUÇÃO PROVISÓRIA ADMITIDA, ADEMAIS, PELA JURISPRUDÊNCIA - RECEBIMENTO SOMENTE NO EFEITO DEVOLUTIVO. Diante do caráter ressocializador da intervenção estatal e de eventual permanência em situações de riscos, exposto aos mesmos fatores que os levaram à prática infracional, inviável o recebimento do recurso no efeito suspensivo pela aplicação do princípio da intervenção precoce na vida do adolescente. MÉRITO - EXTINÇÃO DA MEDIDA SOCIOEDUCATIVA IMPOSTA - LEI DO SINASE - ADOLESCENTE PORTADOR DE DOENÇA GRAVE - NÃO ACOLHIMENTO - CIRCUNSTÂNCIA QUE NÃO O TORNA INCAPAZ PARA O CUMPRIMENTO DA MEDIDA - INSTITUTO, ADEMAIS, QUE NÃO IMPEDE A MANUTENÇÃO DE SEU TRATAMENTO DE SAÚDE. Inexistindo nos autos elementos probatórios suficientes a comprovar ser o réu portador de doença mental que o incapacite de cumprir a medida socioeducativa imposta, é de rigor a manutenção da execução da liberdade assistida, considerada medida de meio aberto com o fim de prestar auxílio ao início/retorno do trabalho e estudo ao adolescente, sem restrição de liberdade/locomoção. ADOLESCENTE QUE ATINGIU A MAIORIDADE - PENA PRIVATIVA DE LIBERDADE APLICADO NO JUÍZO COMUM - REGIME ABERTO COM INCIDÊNCIA DO BENEFÍCIO DA SUSPENSÃO CONDICIONAL DA PENA - INEXISTÊNCIA DE ÔBICE PARA O CUMPRIMENTO CUMULATIVO COM A MEDIDA SOCIOEDUCATIVA IMPOSTA - LEI DO SINASE QUE VEDA SOMENTE A APLICAÇÃO CONJUNTA COM PENAS EM MEIO FECHADO OU SEMIABERTO - SENTENÇA MANTIDA. Não há impedimento legal para o cumprimento da medida socioeducativa pelo jovem, sobretudo da liberdade assistida, condenado à pena privativa de liberdade em regime aberto. RECURSO DESPROVIDO. (TJSC, 2017).

Conforme o Estatuto da Criança e do Adolescente (1990), a liberdade assistida é voltada para o acompanhamento, o auxílio e a orientação do adolescente através de um profissional especializado por um período mínimo de 6 meses que poderá ser revogado, renovado ou trocado por outra medida.

A liberdade assistida é a medida que melhor traduz o espírito e o sentido do sistema socioeducativo estabelecido pela Lei nº 8.069/1990 e, desde que corretamente executada, é sem dúvida a que apresenta melhores condições de surtir os resultados positivos almejados, não apenas em benefício do adolescente, mas também de sua família e,

acima de tudo, da sociedade. Não se trata de uma mera “liberdade vigiada”, na qual o adolescente estaria em uma espécie de “período de prova”, mas sim importa em uma intervenção efetiva e positiva na vida do adolescente e, se necessário, em sua dinâmica familiar, por intermédio de uma pessoa capacitada para acompanhar a execução da medida, chamada de “orientador”, que tem a incumbência de desenvolver uma série de tarefas, expressamente previstas no art. 119, do ECA. (DIGIÁCOMO, 2017, p.220)

O acompanhamento exigido pela medida traz como exigências, conforme o supracitado Estatuto, a promoção social, a orientação e a inserção em programas de auxílio ao adolescente e à família, bem como a monitoração escolar, a colocação no mercado de trabalho e a obrigatoriedade de relatórios sobre o caso.

Logo, de acordo Cabral e Silva (2018) a medida da Liberdade Assistida é aquela que consegue seguir à risca o que a Constituição Federal impele acerca dos Direitos da Criança e do Adolescente, respeitando seus limites, capacidades e direitos.

3.2.2 Internação

Outra medida de comum incidência aplicada pelos Juizados é a internação.

APELAÇÃO INFRACIONAL. ESTATUTO MENORISTA. ATO INFRACIONAL ANÁLOGO AO CRIME DE LESÃO CORPORAL E INCÊNDIO. ART. 129, § 7º (DUAS VEZES) E ART. 250, II, “A”, TODOS DO CÓDIGO PENAL. MEDIDA DE INTERNAÇÃO. IRRESIGNAÇÃO. ADOLESCENTE COM DOENÇA MENTAL. PLEITO PELA SUBSTITUIÇÃO DA MEDIDA DE INTERNAÇÃO PELA LIBERDADE ASSISTIDA. INVIABILIDADE. ATO INFRACIONAL COMETIDO MEDIANTE GRAVE AMEAÇA E VIOLÊNCIA. REITERAÇÃO NO COMETIMENTO DE OUTRAS INFRAÇÕES GRAVES. NECESSIDADE DE MEDIDA SOCIOEDUCATIVA MAIS ENÉRGICA (INTERNAÇÃO). INTELIGÊNCIA DO ART. 122, I E II, DO ECA. ASSEGURADO TRATAMENTO INDIVIDUAL E ESPECIALIZADO AO MENOR. DESPROVIMENTO. 1. Por mais que o apelante se trate de jovem com problemas psiquiátricos, a sua conduta deve ser repreendida, pedagogicamente, com veemência, visto que o fato por ele praticado não foi um simples ato infracional, mas, sim, um comportamento da maior repugnância social. Assim, o Estado-Juiz deve agir de imediato para sarar essa cicatriz, com medidas impactantes, para que ele enxergue a negatividade do que fez e, com isso, adquira juízo para não mais delinquir. 2. O § 3º do art. 112 do ECA assegura que os adolescentes portadores de doença ou deficiência mental receberão tratamento individual e especializado, em local adequado às suas condições. Por conseguinte, embora pese em desfavor do requerente com doença mental a medida de internação, tem-se que o desenvolver desta deverá observar a condição do adolescente, de modo que o cumprimento da medida proporcione a

ressocialização do menor com o devido tratamento da enfermidade mental, visto que ficará sob a proteção do Estado, recebendo acompanhamento psicológico e psiquiátrico, já que de acordo com o art. 125 do ECA, durante o período de internação, “é dever do Estado zelar pela integridade física e mental dos internos, cabendo-lhe adotar as medidas adequadas de contenção e segurança”.(TJPB, 2019, *online*) (grifo nosso)

A internação, nos moldes do Estatuto da Criança e do Adolescente, é aplicada apenas quando praticados atos infracionais com violência ou grave ameaça, em casos de reiteração (prática de, no mínimo, três condutas graves) ou com o descumprimento reiterado e sem motivo de medida anteriormente determinada pelo prazo de três meses, sendo, conforme Ribeiro (2017) penalidade que impele o cumprimento da medida primária imposta, não a sobrepondo, visto que após os três meses voltará a cumpri-la.

Além disso, nos mesmos moldes do Estatuto, a internação traz em seu cerne os princípios da brevidade, da excepcionalidade e da condição peculiar da pessoa em desenvolvimento, ou seja, o jovem será internado pelo menor prazo possível e como última medida cabível, sendo imprescindível, diz a doutrina.

A internação precisa ser breve. Quer isso dizer que deve alcançar menor período possível da vida do adolescente, o qual esta em processo de formação e tem no seu direito fundamental à liberdade um dos mais relevantes fatores para construção de seu caráter. A vida em sociedade, os direitos de expressão, de se divertir e de participação de vida política são exemplos da importância do gozo da sua liberdade, em um momento singular da sua existência. (MORAES; RAMOS, 2009, p. 796).

Com prazo máximo de 3 (três) anos ou liberação compulsória aos 21 (vinte e um) anos de idade, sujeito a responsabilidade penal, civil e administrativa caso desrespeitado o prazo, a internação não comporta prazo determinado, sendo passível de reavaliação a cada 6 (seis) meses, e, após cumprida, importa na progressão para a semiliberdade ou para a liberdade assistida mediante determinação judicial. (BRASIL, 1990).

Uma vez aplicada a internação, sua execução deverá se prolongar pelo menor período de tempo possível, posto que orientada pelo princípio constitucional da brevidade, insculpido no art. 227, §3º, inciso V, da CF, estando sua duração condicionada unicamente ao êxito do trabalho socioeducativo desenvolvido, e jamais à gravidade da infração praticada. Importante não perder de vista que o adolescente é penalmente inimputável e a medida socioeducativa não é e nem pode

ser comparada ou equiparada a uma pena, pois do contrário haveria negativa de vigência ao disposto no art. 228, da CF. Reputa-se inadmissível estabelecer, já na sentença, um prazo mínimo ou máximo para a sua duração e/ou mesmo para reavaliação da necessidade, ou não, de continuidade da internação, que deverá ocorrer (de forma automática e obrigatória - inclusive sob pena da prática do crime previsto no art. 235, do ECA) no máximo a cada seis meses. (DIGIÁCOMO, 2017, p.224)

Outrossim, o Estado é obrigado a cuidar da integridade e segurança dos internos e da sociedade em relação a estes, além de obrigatoriamente promover atividades pedagógicas aos mesmos.

Enfim, diz o Estatuto que a medida é executada em um lugar especial para adolescentes, não sendo, pois, um abrigo, diz Liberati *apud* Reis (2014) que será uma medida de exceção, sempre com cuidado para evitar ao máximo que os sentimentos de insegurança, agressividade e frustração se instaurem; deve-se, enfim, observar a separação dos infratores pela idade, compleição física e gravidade do ato cometido.

3.2.3 Requisição de tratamento médico, psicológico ou psiquiátrico, em regime hospitalar ou ambulatorial;

A medida socioeducativa da requisição de tratamento médico, psicológico ou psiquiátrico, em regime hospitalar ou ambulatorial também tem incidência nas sentenças no que tange ao adolescente infrator com doença mental.

APELAÇÕES CÍVEIS. ECA. ATO INFRACIONAL. HOMICÍDIO QUALIFICADO TENTADO. MATERIALIDADE E AUTORIA COMPROVADAS. IMPOSSIBILIDADE DE APLICAÇÃO DE MEDIDA SOCIOEDUCATIVA DE INTERNAÇÃO. PROVA PERICIAL INDICANDO QUE O ADOLESCENTE É PORTADOR DE DOENÇA MENTAL. APLICAÇÃO DE MEDIDA DE PROTEÇÃO. MANUTENÇÃO NO CASO. 1. A prática pelo representado da conduta descrita no art. 121, § 2º, II, na forma do art. 14, II, e combinado com o art. 61, II, dos do CP, está comprovada pelas provas produzidas durante a instrução processual. 2. Não obstante isso, inviável a imposição da medida socioeducativa de internação postulada pelo Ministério Público, porquanto a prova pericial realizada durante a fase instrutória relevou que o adolescente é portador de doença mental, mostrando-se cabível apenas a medida de proteção de tratamento psiquiátrico em regime hospitalar imposta na origem. APELAÇÕES DESPROVIDAS. (TJRS, online, 2018). (grifo nosso)

É dever do Estado, da família e da sociedade – logo, de todos- dar à criança e ao adolescente, em caráter preferencial: saúde, alimentação, educação, lazer, convivência social e evitar a perversidade, o desmazelo e a

hostilidade para com eles, bem como direcionar recursos para programas de prevenção e apoio especializado. (BRASIL, 1988)

Ademais, o Estado também deverá, com a participação e o auxílio de todos, criar programas específicos para o tratamento de pessoas com problemas psiquiátricos, através de estabelecimentos de saúde mental que promovam o amparo àqueles. (BRASIL, 2001)

Ante o exposto, a Lei 10.216/01 e a Portaria 245/2005/GM, de 17/02/2005 disciplinaram a criação e a destinação de recursos aos chamados CAPs (Centros de Apoio Psicossocial), em que haveria um “ serviço de saúde mental de rede comunitária, que se propõe como substituto aos serviços de saúde mental centrados no hospital psiquiátrico e na assistência psiquiátrica tradicional.”(LEITE;NASCIMENTO; OLIVEIRA; SOARES, 2017, p.5).

As internações terapêuticas somente devem ocorrer em situações extremas e excepcionais, mediante expressa indicação médica e, no caso de crianças e adolescentes, devem também contar com a expressa autorização dos seus pais ou responsável, não sendo, neste caso (em que há autorização dos pais/responsável), necessária autorização judicial. [...]. Em qualquer caso, a internação terapêutica deve durar apenas enquanto se mostrar estritamente necessária, por curto período de tempo, e contar, o quanto possível, com o apoio e a participação da família do paciente. (DIGIÁCOMO, 2017, p. 191)

Enfim, conforme a Lei 10.216/01, há a requisição de notificação, até 72 horas depois, ao Ministério Público, em qualquer forma de internação ou tratamento involuntários (ou que se tornaram em tal), caso haja revelia por parte do jovem ao tratamento, ficando a cargo do órgão o apoio até a alta e a fiscalização administrativa ou judicial em casos de abusos.

3.3 OS REVESES DA INTERNAÇÃO DO INFRATOR COM DOENÇA MENTAL NO BRASIL

Segundo Alves (2005) os atos infracionais, em sua maioria, por mais que possam ser praticados por jovens de qualquer característica física ou social, tendem a ser cometidos pelos submetidos à pobreza, com problemas para se relacionar com os semelhantes em idade e por aqueles adolescentes mais agressivos nas escolas, o que, de acordo com Santana (2013), somado ao menor amparo familiar ou estatal, traz uma lotação às instituições para infratores.

Quando isso ocorre com os adolescentes com problemas mentais: traumas, dificuldades maiores ainda de convívio, violência, subestimação, etc.,

Santana (2013) descreve uma piora nas consequências em relação aos não possuidores, afinal, tudo será mais intenso para eles.

A problema na expectativa criada sobre a internação ou aplicação de outras medidas socioeducativas a esses indivíduos gira em torno da melhora total ou pelo menos parcial de qualquer forma de comportamento tendenciosamente criminoso entre eles, o que, de certa forma, acontece em alguns poucos casos, porém, na maioria deles, não é esse o resultado.

3.3.1 Análise do texto “Os julgados, não os juízes: o ponto de vista do retardado mental”

Publicado no ano de 1976 por Robert Bogdan e Steven Taylor, o supracitado texto traz uma crítica referente ao fato de ninguém observar o lado dos julgados identificados com retardo mental, apenas dos juízes que assim os diagnosticam, através da história do pseudônimo Ed Murphy, desde cedo considerado pela mãe, médicos, professores e etc. como retardado mental.

O texto traz algumas experiências favoráveis de Ed Murphy, antes de entrar no local, como acampamentos e pessoas que o ajudavam nas caminhadas o carregando nas costas, porém, ao perder os pais, foi internado na Instituição do Estado de Nova York, limitada a quem detém deficiência intelectual (e não doença mental), surgindo, então, as marcas psicológicas que o acompanhariam pelo resto da vida.

Obviamente, a Escola do Estado não era um instituto correcional para menores, mas foi uma instituição que, em virtude da convivência com outros jovens, alguns com deficiência intelectual profunda, e também fomentados pelo rótulo social imposto, representou um período negativo para aquele jovem, marcando-o profundamente, estigmatizando-o, tanto pela “patologia” diagnosticada, quanto na condição de ex-aluno da Escola do Estado. (SANTANA, 2013, p. 3)

No decorrer do texto, Ed Murphy conta que voltou ao local posteriormente, 3 (três) anos após a sua saída, e traz relatos.

Eu evitei propositalmente ir lá. Eu estive nervoso com isso. Existem lembranças boas e ruins. Toda a ideia de ter estado em um estado escola te deixa nervoso sobre porque você foi colocado lá. Eu estou fora agora, mas eu estava daquele lado da cerca uma vez. Tem menos a ver com o que estou fazendo do que como o jogo é jogado. Estar em uma escola estadual ou ter estado em uma escola estadual não está

na moda e nunca estará. No fundo você deseja evitar a identificação. [...] Você tem que enfrentar o inimigo e é assim que é. (BORG DAN; TAYLOR, 1976, p. 3) (*tradução nossa*)

Não é difícil imaginar o que deve passar na mente de uma pessoa tida como “ diferente” a vida toda em uma sociedade tão despreparada para lidar com isso, ainda mais quando se encontra “ enclausurada” por algum tempo, seja numa escola, como no caso de Ed, seja em uma Instituição Correccional, pessoas com psicopatologias tenderão a lidar com as coisas de uma forma diferente da esperada.

3.3.2 O caso “ Champinha”

No ano de 2003 o Brasil assistiu ao caso Liana Friedenbach (16 anos) e Felipe Caffé (19 anos), um casal que, escondido dos pais, resolveram viajar para uma chácara em Embu-Guaçu para passar o fim de semana.

Inicia-se o pesadelo dos jovens quando Roberto Aparecido Alves Cardoso, “Champinha” (16 anos), e, Paulo César da Silva Marques, “Pernambuco” decidem assaltá-los e posteriormente colocá-los em cárcere privado na casa de um amigo.

Levaram Felipe para a floresta e lá decidiram matá-lo a tiros, porém, com Liana, o caso foi mais bárbaro, eles não a assassinaram rapidamente, mas preferiram estuprá-la todos os dias em que a detiveram no cativeiro.

Com a preocupação dos pais de menina, o caso ganhou repercussão nacional, e concomitantemente com a preocupação da mãe de “Champinha” pela sua demora em voltar pra casa, seu irmão foi procurá-lo e o encontrou com a garota, dizendo ser a sua namorada.

Já com medo de ser descoberto, o infrator a levou para a floresta e terminou com o sofrimento da garota, matando- a facadas no pescoço, tórax e costas.

Passados alguns dias, a Polícia encontrou os corpos e os criminosos, sendo todos, exceto Champinha, condenados por penas maiores do que o máximo previsto no Código Penal, contudo, o infrator foi julgado pela Vara da Infância e Juventude, que o condenou pela pena máxima de internação por 3 (três anos).

Todavia, o tempo passou e era grande a preocupação em deixá-lo solto nas ruas, sendo assim, já na véspera da liberdade do infrator, o Ministério Público utilizou o laudo que diagnosticava “Champinha” com transtorno orgânico de personalidade e requereu: suspensão do prazo de internação, a medida protetiva de tratamento psiquiátrico com contenção e ainda a sua interdição civil, com fulcro no artigo 6º, parágrafo único, inciso III, da Lei 10.216/01 (LIGABUE *apud* FERREIRA, 2012).

O local onde Champinha encontra-se internado é considerada por muitos uma “Unidade/Guantanamo jurídico-psiquiátrica” (LIGABUE, 2011), onde aqueles adolescentes que são diagnosticados com transtorno de personalidade, após cumprir a medida de internação de três anos, são transferidos e internados, ficando lá por prazo indeterminado. Neste palmilhar, vê-se portanto que Champinha já deveria estar em liberdade, pois nenhuma lei penal brasileira o retém internado em razão do crime que cometeu quando ainda era menor, mas sim em virtude de uma interdição civil, o 19 que mostra o quanto o Estatuto da Criança e Adolescente é falho neste sentido, devendo o Ministério Público recorrer ao Direito Civil para resolver uma questão que o Estatuto deveria solucionar.

A colocação de “Champinha” na chamada Unidade Experimental de Saúde se confundiu com a prisão perpétua, visto que não há a mínima possibilidade de ele sair do local tão cedo, sendo monitorado semestralmente desde os 16 anos em razão de sua condição psicopatológica.

O problema é que não se sabe ao certo a intenção a longo prazo das autoridades em mantê-lo no local, mas certamente não é a espera da sua cura, parcial que seja; Prova disso, é que no dia 4 de Setembro de 2019, “Champinha” liderou uma rebelião na Unidade da Vila Maria, que, segundo o *site* de notícias “G1”, utilizou um dos funcionários como refém, sendo então contida 30 (trinta minutos) após pela Polícia.

Isenta-se de opinião acerca de sua prisão ou a plausibilidade da aplicação da medida adotada pelo Ministério Público e pelo Judiciário, contudo não há como negar que medidas como a adotada interferem de alguma forma no estado psíquico já alterado desses infratores.

Não se restringindo ao caso de “Champinha”, os atos de buscar intimidar alguém com força física ou de exercer discricionariamente o poder não são poucos no Sistema socioeducativo.

Ademais, dizem os especialistas.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a violência como o uso de força física ou poder, em ameaça ou na prática, contra si próprio, outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade que resulte ou possa resultar em sofrimento, morte, dano psicológico, desenvolvimento prejudicado ou privação. (DAHLBERG; KRUG, 2007, p. 3)

Apesar de possuírem transtornos psíquicos, pode ocorrer em alguns lugares de jovens infratores acabarem sendo internados junto a outros sem morbidades psíquicas, o que claramente é sinônimo de problema.

No ano de 2000, a Anistia Internacional apresentou um relatório acerca da Fundação Estadual para o Bem Estar do Menor (FEBEM) em São Paulo, relatando casos grotescos de tortura, violência, rebeliões e inúmeras práticas asquerosas entre funcionários e internos e dos próprios internos entre si, ressaltando, inclusive, que na época 5% (cinco por cento) dos detidos continham doenças mentais.

A FEBEM é alvo de escrutínio há décadas. Milhares de adolescentes passaram pelas unidades de detenção da FEBEM desde o surgimento da Fundação em 1976. Ao longo desse período, a Anistia Internacional recebeu denúncias de tortura, maus-tratos e condições de detenção cruéis, desumanas e degradantes que afetaram centenas de adolescentes. Vários meninos morreram em circunstâncias violentas porque o governo de São Paulo falhou em proteger sua segurança. Ao longo da década, desde o lançamento do tão aclamado Estatuto da Criança e do Adolescente, ECA, promotores públicos, ordens de advogados, comissões parlamentares de inquérito, conselhos estaduais de direitos humanos, conselhos tutelares, sindicatos de funcionários da FEBEM e organizações de direitos humanos submeteram-se a às autoridades paulistas relatórios detalhados, denunciando as condições desumanas e desumanizantes nas unidades de internação da FEBEM. Todos eles fizeram recomendações concretas e detalhadas com o objetivo de pôr fim ao padrão de décadas de violência, tumultos e fugas, e apelando para que o modelo repressivo ultrapassado de detenção juvenil seja alinhado à própria Constituição do Brasil e à legislação sobre crianças e adolescentes. Ainda assim, as autoridades de São Paulo têm evitado persistentemente cumprir suas obrigações de reformar o sistema de detenção juvenil de acordo com a lei, abandonando tanto detentos quanto funcionários da FEBEM para lidar com uma situação de violência e caos. (AMNESTY INTERNACIONAL, 2000, p.2) *(tradução nossa)*

Axiomático que não se limita a São Paulo a barbárie do tratamento nos institutos correccionais dado aos jovens infratores. No ano de 2007, em São Miguel do Guamá-PA, um adolescente de 16 anos com deficiência mental estava preso (e não internado) e acabou sendo estuprado por vários presos, sendo tudo filmado por um policial que não fez nada para impedir, e, para piorar, os fatos

foram narrados por uma mulher que estava presa junto a todos eles na mesma cela.

São claros os efeitos traumáticos vivenciados pelo adolescente, por ter sido submetido a tal constrangimento, e pela negligência dos funcionários responsáveis, que ao invés de protegê-lo, foram coniventes com os demais presos, a ponto de filmar o estupro no interior da cela. (SANTANA, 2013, p. 7).

É certo que corriqueiramente esses jovens com problemas mentais são vítimas de violência no sistema socioeducativo brasileiro, tanto com a violência advinda do Poder Público ante a ausência de casas especiais para seu tratamento como pede o Estatuto da Criança e do Adolescente em seu artigo 112, §3º, já mencionado, bem como pelos próprios infratores que já se encontram internados, e encontram nos mais vulneráveis, um “saco de pancadas” para uso pessoal.

3.4 DOS DADOS REFERENTES AO ACOLHIMENTO DO ADOLESCENTE COM DOENÇA MENTAL EM CONFLITO COM A LEI

É certo que não há o instituto da Medida de Segurança para os indivíduos com doença mental menores de 18 anos que praticam atos infracionais, tampouco um compilado jurídico completo acerca de tal idiossincrasia, o que traz como consequência um descaso na estruturação de espaços voltados a esse fim.

Nas palavras de Santana (2013) tanto a sociedade como o Estado devem guardar estes adolescentes e colocá-los de volta à sociedade, bem como ampará-los e salvaguardar os seus direitos.

Conforme o artigo 3º da Lei 10.216/01 e o artigo 3º, incisos IV e V da Lei 12.594/12, respectivamente.

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

Art. 3º Compete à União:

IV - instituir e manter o Sistema Nacional de Informações sobre o Atendimento Socioeducativo, seu funcionamento, entidades, programas, incluindo dados relativos a financiamento e população atendida;

V - contribuir para a qualificação e ação em rede dos Sistemas de Atendimento Socioeducativo;

No ano de 2019, conforme o *site* do governo Federal, foram investidos R\$ 97 (noventa e sete) milhões de reais na chamada Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), unidades para cada etapa de tratamento, criando-se Centros de Atenção Psicossocial, Serviços Residenciais Terapêuticos, leitos de saúde mental em hospitais, Unidades de Acolhimento e equipes multiprofissionais.

Contudo, ainda há muito o que ser feito. O relatório do segundo semestre de 2018 do Conselho Nacional do Ministério Público feito com base em respostas a ofícios encaminhados aos estados e Distrito Federal traz o número de vagas totais para internação, as livres e o número de jovens em cumprimento de internação por tempo indeterminado e em internação provisória, relatando a presença de "filas de espera" para cumprimento da sentença.

Tabela 02 – Situação das vagas específicas para internação por tempo indeterminado por UF – Brasil, 2018

Estado	Nº total de vagas específicas para internação por tempo indeterminado	Nº de jovens em cumprimento de internação por tempo indeterminado	Quantitativo de vagas livres	Índice de lotação (%)
AC	271	523	-252	192,99%
AL	254	189	65	74,41%
AM	100	67	33	67,00%
AP	84	68	16	80,95%
BA	465	566	-101	121,72%
CE*	528	528	0	100%
DF	676	682	-6	100,89%
ES	533	735	-202	137,90%
GO	385	290	95	75,32%
MA	201	204	-3	101,49%
MG	1123	1090	6	97,06%
MS	225	194	31	86,22%
MT	88	78	10	88,64%
PA	337	305	32	90,50%
PB	279	366	-87	131,18%
PE	702	1469	-369	209,25%
PI	129	103	26	79,84%
PR	648	718	-70	110,80%
RJ	889	1423	-534	160,07%
RN	163	139	24	85,28%
RO	200	159	41	79,50%
RR	55	67	-12	121,82%
RS	612	992	-310	162,09%
SC	160	158	2	98,75%
SE	101	172	-71	170,30%
SP	6911	6770	141	97,96%
TO	42	31	11	73,81%
Total (Brasil)	16.161	18.086	-1925	111,91%

Tabela 04 – Ocupação das vagas de internação provisória por UF – Brasil, 2018

Estado	Nº total de vagas específicas para internação provisória	Nº de jovens em cumprimento de internação provisória	Quantitativo de vagas livres	Índice de lotação (%)
AC *	70	70	00	100%
AL	72	49	23	68,06%
AP	40	15	25	37,50%
AM	48	4	44	8,33%
BA	87	48	39	55,17%
CE **	242	243	-1	101,82
DF	190	142	48	74,74%
ES	193	96	97	49,74%
GO **	47	74	-27	157,45%
MA	90	78	12	86,67%
MT	41	30	11	73,17%
MS **	26	60	-34	230,77%
MG	157	247	-90	157,32%
PA	118	97	21	82,20%
PB	105	101	4	96,19%
PR	377	223	154	59,15%
PE	262	239	23	91,22%
PI	55	56	-1	101,82%
RJ	116	255	-139	219,83%
RN	135	39	96	28,89%
RS	147	190	-43	129,25%
RO	69	47	22	68,11%
RR	18	6	12	33,33%
SC	215	205	10	95,35%
SP	1797	1222	575	68,00%
SE	52	43	9	82,69%
TO	76	68	8	89,47%
Total (Brasil)	4845	3947	898	81,46%

Fonte: (CNMP, 2019, p. 26)

Já acerca das filas de espera, diz o supracitado relatório que, no que tange à internação por prazo indeterminado, em Minas Gerais havia 879 pedidos pendentes, já em Goiás, 68; Mato Grosso, 147; Mato Grosso do Sul, 327; Paraná, 245 e Santa Catarina, 300.

A ausência de infraestrutura é diretamente proporcional a falta de suprimento básico em todas as áreas para esses jovens, desrespeitando os Direitos Humanos e constitucionais garantidos com primazia à categoria, além de revelar tanto um desvio quanto ao fim socioeducativo desejado (Estatuto da Criança e do Adolescente e Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo caindo por terra), quanto a falta de investimentos, para essa categoria, que, em tese, gozam de preferência, conforme o Estatuto.

CONCLUSÃO

O trabalho buscou ampliar a visão acerca de um fato que é pouco noticiado, pesquisado e explorado pela sociedade, porém é de suma importância não deixar tal situação às escondidas, pois assim como diversos outros setores da sociedade, este também necessita de atenção.

O primeiro objetivo foi a pesquisa e definição de conceitos sobre os doentes mentais e a inimizabilidade no Direito brasileiro, com a conceituação, a classificação e aplicação na visão de juristas brasileiros com notório saber.

A doença mental como uma alteração físico-psíquica unida a apenas tratamentos médicos trazem dificuldades à rotina de portadores desde os mais antigos séculos, que com o passar dos anos foi só recebendo uma evolução nas formas de serem lidados, tais como a criação de institutos que podem, a depender do caso o ampararem em caso de infringência de leis, como a inimizabilidade no Direito Brasileiro.

Já o segundo escopo era a exploração em torno da legislação que versa sobre os adolescentes com doença mental em conflito com a lei. É certo que em termos de legislação federal e nacional, foi citada e explorada a maioria, pelo menos os principais, dos artigos que inferem sobre o tema, atingida, pois, a seção, em sua essência, o esperado.

A criação do Estatuto da Criança e do Adolescente, da Lei da Reforma Psiquiátrica e do Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo são as bases, mas não as únicas, da compreensão do tratamento a ser, teoricamente, oferecido aos adolescentes sujeitos de direitos que com doença mental cometem atos infracionais, os quais até terem algo que os amparasse, eram largados em prisões junto a adultos.

Ocorre que a terceira seção possuía o escopo de verificar o destino do jovem com doença mental em conflito com a lei, porém, como há uma diversidade de crimes, adolescentes, locais, formas de investimento no sistema penitenciário e etc., não foi possível atingir todos os possíveis destinos dados a eles, logo, tão somente foi esmiuçado o caminho de acordo com o próprio Estatuto da Criança e do Adolescente, bem como as consequências que enfrentam tais sujeitos.

O Judiciário tende a levar os adolescentes com doença mental que praticam atos infracionais, seguindo o Estatuto da Criança e do Adolescente à Liberdade Assistida, à Requisição do Tratamento médico e ambulatorial em regime hospitalar e à Internação sendo no último caso, em grande parte das vezes tratados como se fossem os demais internos, sem os devidos cuidados, gerando revolta e substanciais pioras.

Foi assimilada a inversão da proporcionalidade da importância que tal tema possui com a preocupação do poder público no que o tange. A lei é cumprida de forma descabida, pelas metades, resultando em falta de vagas, tratamentos humanizados e em jovens que, pela ausência do correto tratamento, quando saem acabam mais agressivos e propensos a cometer delitos novamente e quando não, fazem rebuliços nas próprias casas de acolhimento.

O trabalho em questão não tem o fito de trazer verdades absolutas sobre tal questão, há a ampla e possível oportunidade de futuras pesquisas e artigos o refutarem, corroborarem ou complementarem os dados nele inseridos, de forma a ampliar as discussões acerca do tópico.

REFERÊNCIAS

ALVES, S. F. T. **Efeito da internação sobre a psicodinâmica de adolescentes autores de ato infracional**. São Paulo: Método, 2005

AMIN, Andréa Rodrigues, SANTOS, Ângela Maria Silveira dos, MORAES, Bianca Mota de CONDACK, Cláudia Canto, BORDALLO, Galdino Augusto Coelho, RAMOS, Helena Vieira, MACIEL, Kátia Regina Ferreira Lobo Andrade, RAMOS, Patrícia Pimentel de Oliveira Chambers, TAVARES, Patrícia Silveira. **Curso de direito da criança e do adolescente**. 3. ed. Rio de Janeiro: Lúmen Juris, 2009

ANDRADE, Anderson Pereira. **A convenção sobre os direitos da criança em seu décimo aniversário: avanços, efetividade e desafios**. http://www.escolamp.org.br/ARQUIVOS/15_01.pdf. Acesso em 25 de maio de 2020.

ARAUJO, Laura. A reforma psiquiátrica e a Lei 10.216/2001: **Panorama histórico da reforma psiquiátrica e seu desenvolvimento no Brasil até a criação da Lei 10.216/2001 conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica**. Disponível em: <https://lauraaraujo.jusbrasil.com.br/artigos/152373192/a-reforma-psiquiatrica-e-a-lei-10216-2001>. Acesso em 27 de maio de 2020.

BARRETO, Tobias. **Menores e loucos em direito criminal: estudo sobre o art. 10 do código criminal brasileiro**. 1 ed. Rio de Janeiro: Graphica Editora de Paulo, Pongetti & C., 1884.

BAPTISTA, Claudio; BRIDI, Romano. **Deficiência mental: o que dizem os manuais diagnósticos?** Revista Educação Especial | v. 27 | n. 49 | p. 499-512 | maio/ago. 2014

BATISTA, Roberta. **A aplicação da medida socioeducativa de internação**. Disponível em: https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:PS0NMUQ19_UJ:https://monografias.brasilecola.uol.com.br/direito/a-aplicacao-medida-socio-educativa-internacao.htm+%&cd=9&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br. Acesso em 17 de agosto de 2020.

BRASIL. Conselho Nacional do Ministério Público. **Panorama da execução dos programas socioeducativos de internação e semiliberdade nos estados brasileiros/ Conselho Nacional do Ministério Público**. – Brasília: CNMP, 2019. 64 p. il. 1. Infância e juventude. 2. Sistema Nacional de

Atendimento Socioeducativo. 3. I. Título. II. Comissão da Infância e Juventude (CIJ).

BRASIL. **Constituição Federal**, de 5 de outubro de 1988. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 5 outubro, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em 29 de maio de 2020.

BRASIL. Lei 8.069/90, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 16 julho. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm. Acesso em: 29 de maio de 2020.

BRASIL. Lei 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe a **proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 6 de abril de 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em 29 de maio de 2020.

BRASIL. Lei 12.594, de 18 de janeiro de 2012. Dispõe sobre o **Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 18 janeiro, 2012. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato20112014/2012/Lei/L12594.htm. Acesso em 29 de maio de 2020.

BRASIL. Lei 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a **Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência)**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 6 de julho de 2015. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm. Acesso em 29 de maio de 2020.

BRASIL. Decreto nº 99.710 de 21 de novembro de 1990. Promulga a **Convenção sobre os Direitos da Criança**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 21 de novembro de 1990. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/d99710.htm. Acesso em 29 de maio de 2020.

BRASIL. **Projeto de Lei 23/ 2012. Brasília, DF: Senado Federal, 2012.** Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/sdleggeter/documento?dm=4724188&ts=1567525760618&disposition=inline>. Acesso em 29 de maio de 2020.

BRAZ, Mirele Alves. **Os princípios orientadores da medida socioeducativa e sua aplicação na execução.** São Paulo: Saraiva, 2001

CABRAL, Marcelo; SILVA, Eliane. **Breve análise sobre a medida socioeducativa de liberdade assistida.** Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/70619/breve-analise-sobre-a-medida-socioeducativa-de-liberdade-assistida>. Acesso em: 17 de agosto de 2020.

CALAZANS, REZENDE. **Neurose e psicose na CID-10 e DSM-IV: o que é ignorado?** Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2316-51972013000200008>. Acesso em 5 de agosto de 2020.

CALLEGARI, André; PACELLI, Eugênio. **Manual de Direito Penal.** 5 ed. São Paulo: Atlas, 2019

CAMPOS, Regina; GOUVÊA, Maria; GUIMARÃES, Paula. **A recepção da obra de Binet e dos testes psicométricos no Brasil: contrafaces de uma história.** Rev. bras. hist. educ., Maringá-PR, v. 14, n. 2 (35), p. 215-242, maio/ago. 2014
CANAL CIENCIAS CRIMINAIS. **Caso Liana Friedenbach e Felipe Caffé vítimas de um inimputável.** Disponível em: <https://canalcienciascriminais.jusbrasil.com.br/artigos/561393292/caso-liana-friedenbach-e-felipe-caffe-vitimas-de-um-inimputavel>. Acesso em 17 de Agosto de 2020.

CAPEZ, Fernando. **Curso de direito penal**, volume 1, parte geral: arts. 1º a 120. 23 ed. São Paulo: Saraiva Educação, 2019.

CARVALHO, Erenice; MACIEL, Diva. **Nova concepção de deficiência mental segundo a American Association on Mental Retardation-AAMR: sistema 2002.** Temas em Psicologia da SBP—2003, Vol. 11, no 2, 147– 156, 2003.

CONSELHO NACIONAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO. **Panorama da execução dos programas socioeducativos de internação e semiliberdade nos estados brasileiros/ Conselho Nacional do Ministério Público.** Disponível em: https://www.cnmp.mp.br/portal/images/Publicacoes/documentos/2019/programas-socioeducativos_nos-estados-brasileiros.pdf. Acesso em 14 de Outubro de 2020.

DIGIÁCOMO, Murilo; Digiácomo, Ildeara. **Estatuto da Criança e do Adolescente Anotado e Interpretado**. 7ª ed. Curitiba-PR: Ministério Público do Estado do Paraná. Centro de Apoio Operacional das Promotorias da Criança e do Adolescente, 2017

Felippe; Zaghetto. **A ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO NA MEDIDA SOCIOEDUCATIVA DE SEMILIBERDADE PARA ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI**. Disponível em: <<https://seer.cesjf.br/index.php/cadernospsicologia/article/view/2481>>. Acesso em 5 de agosto de 2020.

GALVÃO, Fernando; GRECO Rogério, **Estrutura Jurídica do Crime**. Belo Horizonte: Mandamentos. 1999.

INTERNACIONAL, Amnesty. **Brazil: a waste of lifes febem juvenile detention centres, são paulo a human rights crisis, not a public security issue**. Disponível em: <https://anistia.org.br/wp-content/uploads/2014/09/Br-Juvenile-detention-in-Brazil.pdf>. Acesso em 17 de agosto de 2020.

JUNKES; MAMEDE; TESSARO. **APLICABILIDADE DA MEDIDA SOCIOEDUCATIVA DE INTERNAÇÃO NO ATO INFRACIONAL ANÁLOGO AO CRIME DE TRÁFICO DE DROGAS, SOB A ÓTICA DO ARTIGO 122, I, DO ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE**. Disponível em: <<http://revista.unicuritiba.edu.br/index.php/percurso/article/view/3177>>. Acesso em 5 de Agosto de 2020.

LEITE; K.C.; NASCIMENTO, G.C.G; OLIVEIRA, M.A.F; SOARES, R.H. **Medidas judiciais atinentes à atenção em saúde mental de adolescentes em conflito com a lei**. *Interface*, São Paulo, v.21, n.60, p.123-131, 2017. LIBERATI, Wilson Donizeti. **Comentários ao Estatuto da Criança e do Adolescente**. 6ª ed. São Paulo: Malheiros Editores, 2002.

LOPES, Jacqueline Paulino e FERREIRA, Larissa Monforte. **Breve histórico dos direitos das crianças e dos adolescentes e as inovações do Estatuto da Criança e do Adolescente – lei 12.010/09**. Disponível em: <https://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/RFD/article/view/1967>. Acesso em 9 de maio de 2020.

MAGALHÃES, H. J. **A infância e a juventude sob o Estado criminoso**. *Jornal A Nova Democracia*, Ano V, nº 30, Rio de Janeiro, julho de 2006.

MASSON, Cleber. **Direito Penal: parte geral (arts 1º a 120)**. 13 ed. São Paulo: Método, 2019

MENEZES, Manuel. **MOVIMENTO DE ENCLAUSURAMENTO: O HOSPITAL GERAL COMO DISPOSITIVO PARA A ESCONJURAÇÃO E O CONFINAMENTO DOS RISCOS SOCIAIS**. Disponível em: <http://z3950.crb.ucp.pt/Biblioteca/GestaoDesenv/GD22/gestaodesenvolvimento22_291.pdf>. Acesso em 4 de agosto de 2020.

MOREIRA, Pedro; Gonçalves, Gabriela. **Champinha lidera rebelião com refém da unidade experimental de saúde na zona norte de São Paulo**. Disponível em: <https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/2019/09/04/champinha-lidera-rebeliao-com-refem-na-unidade-experimental-de-saude-na-zona-norte-de-sp.ghtml>. Acesso em 17 de agosto de 2020.

OAB/DF. **OAB denuncia estupro de deficiente por presos no Pará**. Disponível em: <http://www.oabdf.org.br/noticias/oab-denuncia-estupro-de-deficiente-por-presos-no-para/>. Acesso em 17 de agosto de 2020

PARAÍBA. Tribunal de Justiça da Paraíba. **ACÓRDÃO/DECISÃO do Processo Nº 00014754620178150181**. Relator: Des. Carlos Martins Beltrão Filho. Out. 2019. Site Oficial de Jurisprudência do Tribunal de Justiça da Paraíba, Paraíba, PB, p.1, ago., 2020.

PASQUALLI, Luis. **Psicometria**. Rev. esc. enferm. USP vol.43, p. 992-999, no.spe São Paulo Dec. 2009

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul. **(Apelação Cível, Nº 70076950187)**. Relator: Ricardo Moreira Lins Pastl. 16 de agosto de 2018. Site oficial de Jurisprudência do Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul, Novo Hamburgo, RS, online, ago. 2020.

ROSATO, Cassia; FILHO, Pedro de Oliveira. **Judicialização de vidas indignas: o caso da Unidade Experimental de Saúde em São Paulo**. Pesquisas e Práticas Psicossociais, São João del Rei, v.13 n.2 p.1-15. maio-agosto de 2018

ROSEMBERG, Fúlvia e MARIANO, Carmem Lucia. **A convenção internacional sobre os direitos da criança: debates e tensões**. Cadernos de

Pesquisa, v.40, n.141, p.693-728, set./dez. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/cp/v40n141/v40n141a03.pdf>. Acesso em 29 de maio de 2020.

SANTA CATARINA. Tribunal de Justiça de Santa Catarina. **Apelação Criminal n. 0001978-94.2017.8.24.0091**. Relator: Luiz Antônio Zanini Fornerolli. 11 abril de 2019. *Site* oficial de Jurisprudência do Tribunal de Justiça de Santa Catarina, Florianópolis, SC, p.1, ago, 2020.

SANTANA, Eder da Silva. **Reflexões sobre o recolhimento de adolescentes com deficiência intelectual em instituições totais**. Revista Eletrônica de Educação, São Paulo, v. 7, n. 3, p.226-237

SÃO PAULO. Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo. **Indeferimento do recurso. Apelação Cível 0002362-61.2016.8.26.0471**. Relator (a): Issa Ahmed. Órgão Julgador: Câmara Especial; Foro de Porto Feliz. 10. jul. 2020. TJSP, ago. 2020.

SÃO PAULO. Tribunal de Justiça de São Paulo. **Apelação Cível 1500159-04.2019.8.26.0453**. Relator: Renato Genzani Filho. 19 Nov 2019. Site oficial de Jurisprudência do Tribunal de Justiça de São Paulo, Pirajuí, SP. p.1, ago, 2020.

VERONSE, Roseane Rosipetry; LIMA, Fernanda da Silva. **O Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (Sinase): breves considerações**. Rev. Bras. Adolescência e Conflitualidade, 1(1): 29-46, 2009. Florianópolis, 2009.



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE
GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE DESENVOLVIMENTO
INSTITUCIONAL
Av. Universitária, 10091 Setor Universitário
Caixa Postal 86 | CEP 74605-010
Goiânia | Goiás | Brasil
Fone: (62) 3946.3081 ou 3089 | Fax: (62)
3946.3080
www.pucgoias.edu.br | prodim@pucgoias.edu.br

RESOLUÇÃO n° 038/2020 – CEPE

ANEXO I

APÊNDICE ao TCC

Termo de autorização de publicação de produção acadêmica

O(A) estudante Mariana Elizabeth de Araujo focal
do Curso de Bacharelado em Direito, matrícula 2016/1000107/110,
telefone: (62) 98341-4781 e-mail Marianaelizabeth@ufma.br, na
qualidade de titular dos direitos autorais, em consonância com a Lei n° 9.610/98 (Lei dos
Direitos do autor), autoriza a Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC Goiás) a
disponibilizar o Trabalho de Conclusão de Curso intitulado
Cadernos com problemas orientais em conflito com a lei: uma
análise jurídica do tratamento dado ao indolente,
gratuitamente, sem ressarcimento dos direitos autorais, por 5 (cinco) anos, conforme
permissões do documento, em meio eletrônico, na rede mundial de computadores, no formato
especificado (Texto (PDF); Imagem (GIF ou JPEG); Som (WAVE, MPEG, AIFF, SND); Vídeo
(MPEG, MWV, AVI, QT); outros, específicos da área; para fins de leitura e/ou impressão pela
internet, a título de divulgação da produção científica gerada nos cursos de graduação da PUC
Goiás.

Goiânia, 29 de Novembro de 2020.

Assinatura do(s) autor(es): Mariana Elizabeth de Araujo focal

Nome completo do autor: Mariana Elizabeth de Araujo focal

Assinatura do professor-orientador: Borges

Nome completo do professor-orientador: Fernanda da Silva Borges