

ASSOCIAÇÃO CARUARUENSE DE ENSINO SUPERIOR
BACHARELADO EM DIREITO

**MEDIDA DE SEGURANÇA: O PAPEL DO ESTADO NO
TRATAMENTO E NA REINserÇÃO SOCIAL DO DOENTE MENTAL**

JESSICA BEZERRA DOS SANTOS

CARUARU

2015

ASSOCIAÇÃO CARUARUENSE DE ENSINO SUPERIOR

JESSICA BEZERRA DOS SANTOS

**MEDIDA DE SEGURANÇA: O PAPEL DO ESTADO NO
TRATAMENTO E NA REINSERÇÃO SOCIAL DO DOENTE MENTAL**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado à Faculdade ASCES, como requisito parcial, para a obtenção do grau de bacharel em direito, sob orientação da Prof^ª Esp. Kézia Milka Lyra de Oliveira.

CARUARU

2015

BANCA EXAMINADORA

JESSICA BEZERRA DOS SANTOS

MEDIDA DE SEGURANÇA: O PAPEL DO ESTADO NO TRATAMENTO E NA REINserÇÃO SOCIAL DO DOENTE MENTAL

Trabalho acadêmico: Monografia de Final de Curso

Objetivo: Obtenção do Título de Bacharel em Direito

Data de Aprovação:

Caruaru, ____ de _____ de ____

BANCA EXAMINADORA:

Presidente: Prof. Esp. Kézia Milka Lyra de Oliveira

Primeiro Avaliador: Prof.

Segundo Avaliador: Prof.

DEDICATÓRIA

Dedico esta, bem como minhas demais conquistas, aos meus amados pais (Adilson e Dorinha), a vocês muito obrigada por acreditarem na minha capacidade e por todo o incentivo.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus que permitiu que tudo isso acontecesse, que iluminou meus passos, me dando força e coragem durante toda esta longa caminhada.

Agradeço, em especial, aos meus pais, que não mediram esforços para que eu chegasse a esta etapa da minha vida e ao qual sou imensamente grata.

Ao meu namorado, Rodrigo Veloso, por todo carinho, compreensão e apoio durante elaboração do presente trabalho.

Aos amigos que conquistei durante a graduação, que sempre me apoiaram e estiveram comigo em todos os momentos.

A minha orientadora, Kézia Lyra, por todo o ensinamento, apoio e atenção dispensados à construção deste trabalho.

A todos os professores que fizeram parte da minha formação acadêmica, que ao compartilharem seus conhecimentos contribuíram para que eu pudesse chegar até esta etapa.

Agradeço também a todos aqueles que de forma direta ou indireta colaboraram para a realização deste trabalho.

“A loucura, objeto dos meus estudos, era até agora uma ilha perdida no oceano da razão; começo a suspeitar que é um continente”.

Machado de Assis

RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo analisar a função do Estado na aplicação do instituto previsto do Direito Penal Brasileiro, a medida de segurança, abordando o referido instituto não apenas na esfera do Direito Penal, mas também na esfera social e sua vinculação com a Saúde Pública, tendo em vista a grande relevância que a medida de segurança opera na sociedade como um todo. Este trabalho vem fazer uma ligação direta entre a responsabilidade do Estado e o que se espera de sua atuação para com essas pessoas que se encontram sob sua custódia, amparadas pela lei, a fim de receberem um tratamento digno e efetivo para sua doença mental. O primeiro capítulo faz uma breve explanação sobre a medida de segurança. Já o segundo capítulo é dedicado a uma breve análise sobre a atual situação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico no Brasil, sua estrutura física, seus paciente e o seus principais déficits, que como será visto, não são poucos. Ao fazer uma abordagem geral sobre a situação em que se encontram esses doentes mentais, tem como escopo principal do terceiro capítulo, analisar as atuais Políticas Públicas destinadas a essa parcela da população, bem como o que poderia ser melhorado a fim de que se alcance resultados mais efetivos. Assim, o presente trabalho se presta a olhar com mais afinco os cuidados dispensados (ou não) a essas pessoas que estão amparadas pela medida de segurança.

Palavras-chave: Medida de segurança. Doente mental. Políticas Públicas na medida de segurança.

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| INTRODUÇÃO..... | 09 |
| CAPÍTULO 1. ASPECTOS GERAIS SOBRE MEDIDA DE SEGURANÇA..... | 11 |
| 1.1 Breve histórico..... | 11 |
| 1.2 A medida de segurança no Brasil..... | 13 |
| 1.2.1 Aspectos atuais da medida de segurança..... | 16 |
| 1.2.2 Duração da medida de segurança..... | 19 |
| 1.2.3 Procedimento..... | 20 |
| CAPÍTULO 2. O ATUAL SISTEMA DE MEDIDA DE SEGURANÇA NO BRASIL...23 | |
| 2.1 Breve síntese da legislação aplicável aos casos de crimes praticados por doentes mentais..... | 23 |
| 2.2 A realidade dos estabelecimentos de custódia e tratamento psiquiátrico brasileiros..... | 27 |
| 2.3 Porque o instituto da medida de segurança não tem obtido resultados positivos?..... | 31 |
| CAPÍTULO 3. O PAPEL DO ESTADO NO TRATAMENTO E REINserÇÃO SOCIAL DO DOENTE MENTAL..... | 37 |
| 3.1 O Poder Público como agente protetor do indivíduos portadores de transtorno mental..... | 37 |
| 3.1.1 Reforma psiquiátrica: um contexto de lutas a favor da desconstrução dos manicômios..... | 37 |
| 3.1.2 Serviços substitutivos: grandes exemplos de ações bem sucedidas..... | 38 |
| 3.2 As atuais políticas públicas destinadas a eficiência do instituto da medida de segurança..... | 41 |
| 3.2.1 PAI-PJ em Minas Gerais..... | 41 |
| 3.2.2 PAILI em Goiás..... | 43 |
| 3.2.3 De volta para casa..... | 44 |

| | | |
|-------|---|-----------|
| 3.3 | Políticas de transformação do modelo de saúde mental..... | 45 |
| 3.3.1 | Poder Judiciário X Redes de Saúde Pública..... | 46 |
| 3.3.2 | Aprimoramento dos programas assistências já existentes..... | 47 |
| 3.3.3 | Uniformização dos Laudos Periciais..... | 48 |
| 3.3.4 | O caráter perpétuo da Medida de Segurança..... | 49 |
| 3.3.5 | Fiscalização do Ministério Público..... | 50 |
| 3.3.6 | Conclusões Finais..... | 52 |
| | CONCLUSÃO..... | 53 |
| | REFERÊNCIAS..... | 55 |

INTRODUÇÃO

A medida de segurança, aplicada no Direito Penal Brasileiro aos indivíduos que sofrem de transtorno mental, apresentando comprometimento da compreensão do caráter típico e antijurídico de sua ação ou omissão, ou que apresentam comprometimento de sua capacidade de autodeterminação diante de seu entendimento, sendo estes considerados inimputáveis ou semi-imputáveis, tem como finalidade precípua o tratamento dessas pessoas, objetivando sua reinserção social.

Hoje em dia, apesar de alguns projetos terem sido bastante relevantes e alcançado resultados positivos, o instituto da medida de segurança e a forma como vem sendo aplicada encontra-se vastamente deteriorada. O quadro atual é bastante negativo: hospitais psiquiátricos sem a menor capacidade de operar da forma devida, profissionais despreparados, uma população de doentes mentais que deveriam receber o tratamento a que se propõe o instituto, mas que se encontram jogadas a mercê da própria sorte.

O descaso com essas pessoas começa desde o momento da detecção do transtorno mental, a forma precária e muitas vezes displicente como são feitos os exames de periculosidade só agravam mais a situação desses doentes que, no mais das vezes, precisam de um tratamento o mais urgente possível.

As leis brasileiras nesse setor têm avançado consideravelmente, mas ainda há descaso com a implantação de medidas efetivas que tornem a aplicação desse instituto eficaz.

Quem está internado, sob custódia do Estado, espera no mínimo um tratamento para sua doença (que, via de regra, o levou a estar ali). Acontece que, na maior parte dos casos, essas pessoas não recebem o tratamento a que ficam submetidas.

Esse fato acarreta um efeito cascata, como por exemplo, pessoas que ficam internadas mais tempo do que deveriam, pessoas que tem seu quadro psicótico agravado uma vez que não recebem a medicação necessária para o tratamento, etc. Essa série de fatos acabam por lesar o direito constitucional dessas pessoas, mais especificamente seu direito à liberdade e à saúde.

Muito se espera da atuação Estatal a respeito, mas pouco se tem obtido. Há um descompasso entre o que se espera e o que se propõe. As finalidades a que se dispõe instituído, na grande maioria das vezes não passam do campo teórico, e pouco se tem feito a respeito.

Não se tem conseguido sequer o tratamento efetivo dos pacientes, que dirá a sua reinserção social. O resultado são pessoas marginalizadas da sociedade, que penam dia após dia suas loucuras e que, apesar de não poderem ser consideradas “criminosas” são tratadas como se assim fossem.

A sociedade, desde os tempos passados, sempre cultivou olhares preconceituosos sobre essas pessoas, por vezes pautados no medo, por vezes no puro preconceito. Não bem vistas, sempre foram escanteadas e incriminadas por algo que decorre de sua própria cabeça. O Estado, através de seu papel protetor deve reinserir essas pessoas à sociedade, dissipando o preconceito e a visão excludente que se tem.

É com o intuito de mostrar que cabe ao Estado como um todo, não apenas ao Poder Judiciário, tutelar o direito dessas pessoas que foi feito o presente trabalho. Com a finalidade de estudar o papel do Estado diante do instituto da medida de segurança, no oferecimento do tratamento adequado e na reinserção social desses indivíduos, serão explorados diversos pontos que podem contribuir com a efetivação da medida de segurança.

Por fim, será abordado os programas desenvolvidos por alguns Estados brasileiros com buscas a amenizar a carência desse setor, programas estes que tiveram resultados positivos além de destaque internacional, que podem e devem ser ampliados por todo o País.

A relevância desse tema se dá porque há projetos, como dito acima, que correspondem ao que a lei preconiza ao estabelecer a medida de segurança, mas que não tem ganhado tanto espaço quanto deveria, seja porque há pouca divulgação, seja porque não há interesse dos órgãos competentes em solucionar esse problema.

CAPÍTULO I

ASPECTOS GERAIS SOBRE MEDIDA DE SEGURANÇA

1.1 BREVE HISTÓRICO

A relação entre crime e doença mental, sendo essa última um atributo do infrator da lei, surge na Grécia e em Roma. Na Grécia Antiga a visão que se tinha sobre a alienação era de que se tratava de um desequilíbrio humano comandado pelos deuses. Já em Roma, o alienado era visto como uma pessoa incapaz *sui juris* e lhe atribuíam um curador para a proteção de seu patrimônio.¹

O conceito de medida de segurança por doença mental surge no chamado período moderno do Direito Penal, conhecido também como época humanitária do Direito do século XVIII, por influência do iluminismo que pregou a reforma das leis e da administração da Justiça Penal.²

A primeira instituição com a finalidade de custodiar os ditos doentes mentais que tivessem cometido algum ilícito penal foi construída na Inglaterra, em 1860. Foi chamado de *Criminal Lunatic Asylum Act*.³

Porém a primeira sistematização sobre o aludido tema só ocorreu no ano de 1893, com a elaboração do Código Penal Suíço, idealizado por Karl Stoss sob o título de “Penas e Medidas de Segurança”. Surgiu como uma resposta jurídico-penal sancionatória e tinha por finalidade a recuperação dos indivíduos considerados “perigosos”. Nesse contexto, o conceito de periculosidade abrangia não apenas aqueles que apresentavam transtornos mentais, mas também os indivíduos que entravam em conflito com a lei, ainda que não apresentassem essa particularidade.⁴

¹ COHEN, Cláudio. **Bases históricas da relação entre transtorno mental e crime**. In Medida de Segurança: uma questão de Saúde e Ética. (org.): Quirino Cordeiro e Mauro Gomes Aranha de Lima. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2013.

² COHEN, Cláudio. **Bases históricas da relação entre transtorno mental e crime**. In Medida de Segurança: uma questão de Saúde e Ética. (org.): Quirino Cordeiro e Mauro Gomes Aranha de Lima. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2013.

³ COHEN, Cláudio. **Bases históricas da relação entre transtorno mental e crime**. In Medida de Segurança: uma questão de Saúde e Ética. (org.): Quirino Cordeiro e Mauro Gomes Aranha de Lima. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2013.

⁴ COHEN, Cláudio. **Bases históricas da relação entre transtorno mental e crime**. In Medida de Segurança: uma questão de Saúde e Ética. (org.): Quirino Cordeiro e Mauro Gomes Aranha de Lima. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2013.

Foi o Código Penal Italiano, em 1930, que trouxe uma legislação completa sobre o tema. Esse código consagrou o sistema dualístico, também chamado de duplo binário, que serviu de inspiração para o Código Penal Brasileiro de 1940.⁵

No século XVII, foram criados os hospitais para os indivíduos com comportamentos não aceitos socialmente. Deste modo, essas pessoas, tais como: doentes mentais, criminosos, mendigos, prostitutas, e vários outros, foram excluídas do convívio social. Assim, a loucura passou a ser vista como uma doença concernente ao âmbito da medicina, apesar de ainda não haver elementos suficientes que pudessem defini-la.⁶

Foi na Idade Moderna, em meados do século XVIII, que se intensificaram os estudos sobre a doença mental, quando foi possível destacar três principais momentos do desenvolvimento desses estudos.⁷

O primeiro momento foi denominado período da custódia, teve início em 1870 e até hoje tem grande importância. A doença mental era vista como um fator biológico, de modo que apenas os médicos seriam capazes de realizar o tratamento adequado. Dessa forma, esse período foi caracterizado pela política de proteção e retirada do convívio social do doente mental. Recaiu, portanto para o Estado a função de protegê-lo, retirando-o do convívio social.⁸

No segundo período de estudos, iniciado em 1930, descobriu-se a possibilidade do tratamento da doença mental, que se baseava “na necessidade de mediação através da relação entre o profissional de saúde, o paciente e as instituições envolvidas no tratamento”⁹. O

tratamento biológico passou a ser realizado por médicos, que faziam uso de fármacos¹⁰ e eletro convulsoterapia^{11, 12}

⁵ MARAFANTI, Ísis; PINHEIRO, Maria Carolina Pedalino; RIBEIRO, Rafael Bernardon; CORDEIRO, Quirino. **Aspectos históricos da medida de segurança e sua evolução no direito penal brasileiro**. In Medida de Segurança: uma questão de Saúde e Ética. (org.): Quirino Cordeiro e Mauro Gomes Aranha de Lima. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2013.

⁶ COHEN, Cláudio. **Bases históricas da relação entre transtorno mental e crime**. In Medida de Segurança: uma questão de Saúde e Ética. (org.): Quirino Cordeiro e Mauro Gomes Aranha de Lima. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2013.

⁷ COHEN, Cláudio. **Bases históricas da relação entre transtorno mental e crime**. In Medida de Segurança: uma questão de Saúde e Ética. (org.): Quirino Cordeiro e Mauro Gomes Aranha de Lima. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2013.

⁸ COHEN, Cláudio. **Bases históricas da relação entre transtorno mental e crime**. In Medida de Segurança: uma questão de Saúde e Ética. (org.): Quirino Cordeiro e Mauro Gomes Aranha de Lima. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2013.

⁹ COHEN, Cláudio. **Bases históricas da relação entre transtorno mental e crime**. In Medida de Segurança: uma questão de Saúde e Ética. (org.): Quirino Cordeiro e Mauro Gomes Aranha de Lima. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2013.

¹⁰ Substância principal da formulação do medicamento, responsável pelo efeito terapêutico. Composto químico obtido por extração, purificação, síntese ou semi-síntese. Disponível em: <www.anvisa.gov.br>. Acesso em 14/09/2014.

O terceiro período iniciou-se a partir de 1950. Denominado de saúde mental, nesse momento a doença mental passou a ser compreendida como o resultado de fatores biológicos, psicológicos e sociais, sendo chamado de biopsicossocial. É nesse momento que surge a idéia de que quando existir a necessidade da reclusão do doente mental, deverá ser breve, havendo a necessidade de sua reinserção social. Nas palavras de Cohen “ a função do Estado passará a ser a de regulamentar os direitos e deveres dos doentes mentais e dos profissionais que atuam nessa área”.¹³

1.2 A MEDIDA DE SEGURANÇA NO BRASIL

No Brasil as primeiras considerações a respeito das medidas de caráter preventivo e curativo começam a aparecer a partir do Código do Império de 1830. Tal código denominava doente mental como “louco de todo o gênero”. As pessoas assim consideradas deveriam ser recolhidas em estabelecimento apropriado ou deveriam ser entregues para a sua respectiva família, se assim determinasse o juiz.¹⁴

Código Criminal do Império do Brasil – Art. 10:

Também não se julgarão criminosos:

§1.º Os menores de quatorze anos. §2º Os loucos de todo gênero, salvo se tiverem lúcidos intervalos e nelles commetterem o crime.

Art. 12: Os loucos que tiverem commettido crimes serão recolhidos ás casas para eles destinadas, ou entregues ás suas famílias, como ao juiz parece mais conveniente¹⁵.

Determinava também que o doente mental não seria julgado criminoso, salvo se tivesse cometido o fato em intervalo lúcido. Desse modo, já começam a surgir as primeiras características do que hoje chamamos de medida de segurança.¹⁶

¹¹ É o tratamento mais eficiente para as depressões graves, em comparação com todas as outras modalidades terapêuticas. Disponível em <www.neurociencias.org.br>. Acesso em 14/09/2014.

¹² COHEN, Cláudio. **Bases históricas da relação entre transtorno mental e crime**. In Medida de Segurança: uma questão de Saúde e Ética. (org.): Quirino Cordeiro e Mauro Gomes Aranha de Lima. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2013.

¹³ COHEN, Cláudio. **Bases históricas da relação entre transtorno mental e crime**. In Medida de Segurança: uma questão de Saúde e Ética. (org.): Quirino Cordeiro e Mauro Gomes Aranha de Lima. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2013.

¹⁴ MARAFANTI, Ísis; PINHEIRO, Maria Carolina Pedalino; RIBEIRO, Rafael Bernardon; CORDEIRO, Quirino. **Aspectos históricos da medida de segurança e sua evolução no direito penal brasileiro**. In Medida de Segurança: uma questão de Saúde e Ética. (org.): Quirino Cordeiro e Mauro Gomes Aranha de Lima. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2013.

¹⁵ MARAFANTI, Ísis; PINHEIRO, Maria Carolina Pedalino; RIBEIRO, Rafael Bernardon; CORDEIRO, Quirino. **Aspectos históricos da medida de segurança e sua evolução no direito penal brasileiro**. In Medida de Segurança: uma questão de Saúde e Ética. (org.): Quirino Cordeiro e Mauro Gomes Aranha de Lima. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2013.

Em 1852, houve a inauguração do primeiro asilo para doentes mentais no Brasil. Localizado no Rio de Janeiro, o Hospício Dom Pedro II foi a concretização do que determinava o Código Penal Imperial, assim os juízes passaram a ter para onde encaminhar os “loucos infratores”. Se antes os doentes mentais eram destinados de maneira desordenada, sem qualquer critério, às prisões comuns e aos porões da Santa Casa, tinham agora um local adequado e estruturado, onde receberiam o tratamento compatível com sua doença.¹⁷

O Código Penal dos Estados Unidos do Brasil, em 1890, tirava do juiz a conveniência de optar se o incapaz seria recolhido em hospital próprio ou se entregue para a sua família, e passou a adotar o critério do estado mental do incapaz para definir sua destinação.¹⁸

Em 1940, o Código Penal Brasileiro passa a adotar o critério biopsicológico para responsabilização penal:

Art. 22.: É isento de pena o agente que, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter criminoso do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento¹⁹.

Desse modo, identificou-se a junção do critério biológico (que adota a idade como fator determinante da inimputabilidade penal), com o critério psicológico, que condicionava a responsabilidade penal à sanidade mental do agente, declarando a irresponsabilidade do agente, quando, ao tempo da conduta ele estava privado da faculdade de apreciar a criminalidade de seu ato.²⁰

¹⁶ MARAFANTI, Ísis; PINHEIRO, Maria Carolina Pedalino; RIBEIRO, Rafael Bernardon; CORDEIRO, Quirino. **Aspectos históricos da medida de segurança e sua evolução no direito penal brasileiro.** In Medida de Segurança: uma questão de Saúde e Ética. (org.): Quirino Cordeiro e Mauro Gomes Aranha de Lima. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2013.

¹⁷ RIGONATTI, Luiz Felipe; RIBEIRO, Rafael Bernardon; RIGONATTI, Sérgio Paulo; CORDEIRO, Quirino. **O papel do hospital de custódia e tratamento psiquiátrico: previsão legal e realidade.** In Medida de Segurança: uma questão de Saúde e Ética. (org.): Quirino Cordeiro e Mauro Gomes Aranha de Lima. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2013.

¹⁸ MARAFANTI, Ísis; PINHEIRO, Maria Carolina Pedalino; RIBEIRO, Rafael Bernardon; CORDEIRO, Quirino. **Aspectos históricos da medida de segurança e sua evolução no direito penal brasileiro.** In Medida de Segurança: uma questão de Saúde e Ética. (org.): Quirino Cordeiro e Mauro Gomes Aranha de Lima. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2013.

¹⁹ MARAFANTI, Ísis; PINHEIRO, Maria Carolina Pedalino; RIBEIRO, Rafael Bernardon; CORDEIRO, Quirino. **Aspectos históricos da medida de segurança e sua evolução no direito penal brasileiro.** In Medida de Segurança: uma questão de Saúde e Ética. (org.): Quirino Cordeiro e Mauro Gomes Aranha de Lima. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2013.

²⁰ MARAFANTI, Ísis; PINHEIRO, Maria Carolina Pedalino; RIBEIRO, Rafael Bernardon; CORDEIRO, Quirino. **Aspectos históricos da medida de segurança e sua evolução no direito penal brasileiro.** In Medida de Segurança: uma questão de Saúde e Ética. (org.): Quirino Cordeiro e Mauro Gomes Aranha de Lima. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2013.

Além do mais, o agente isento de pena deveria ser internado em manicômio judiciário. “As medidas de segurança passaram a ser divididas em patrimoniais – interdição de estabelecimento ou de sede de sociedade ou associação, e confisco – e pessoais – detentivas ou não detentivas.”²¹

Uma característica bastante marcante do Código Penal de 1940, era a adoção ao sistema do duplo binário, herdado do Código Penal Italiano, que sustentava a idéia de vinculação da pena à culpabilidade, bem como da medida de segurança à periculosidade. De acordo com esse sistema, era permitida a imposição cumulativa da pena e da medida de segurança.²²

Com esse novo código surge a medida de segurança que visa propiciar o tratamento psiquiátrico adequado ao doente mental delincente e ao mesmo tempo manter a paz social.

A Lei nº 7.209, de 11 de julho de 1984, promoveu a reforma da Parte Geral do Código Penal de 1940. Dentre as principais modificações está a adoção ao sistema vicariante em face do sistema do duplo binário. Nesse novo sistema adotado, a pena e a medida de segurança passam a ser aplicadas alternativamente: o inimputável deve ser absolvido *impropriamente* e a ele deve ser aplicada uma medida de segurança. O critério para definir o inimputável permanece o mesmo do Código de 1940, qual seja, o biopsicológico.²³

O Código assegura o princípio da legalidade das medidas de segurança, que não se confunde com a pena, uma vez que ela é imposta por tempo indeterminado, até que cesse o que se considera “estado perigoso” do indivíduo apenado (art. 81). Já a medida de segurança não é dotada de caráter punitivo, ela surge com o principal objetivo de prevenir a reincidência do indivíduo, que será internado, receberá o tratamento adequado até que cesse sua temibilidade e periculosidade.²⁴

²¹ MARAFANTI, Ísis; PINHEIRO, Maria Carolina Pedalino; RIBEIRO, Rafael Bernardon; CORDEIRO, Quirino. **Aspectos históricos da medida de segurança e sua evolução no direito penal brasileiro.** In Medida de Segurança: uma questão de Saúde e Ética. (org.): Quirino Cordeiro e Mauro Gomes Aranha de Lima. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2013.

²² MARAFANTI, Ísis; PINHEIRO, Maria Carolina Pedalino; RIBEIRO, Rafael Bernardon; CORDEIRO, Quirino. **Aspectos históricos da medida de segurança e sua evolução no direito penal brasileiro.** In Medida de Segurança: uma questão de Saúde e Ética. (org.): Quirino Cordeiro e Mauro Gomes Aranha de Lima. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2013.

²³ MARAFANTI, Ísis; PINHEIRO, Maria Carolina Pedalino; RIBEIRO, Rafael Bernardon; CORDEIRO, Quirino. **Aspectos históricos da medida de segurança e sua evolução no direito penal brasileiro.** In Medida de Segurança: uma questão de Saúde e Ética. (org.): Quirino Cordeiro e Mauro Gomes Aranha de Lima. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2013.

²⁴ RAMOS, Breno Montanari. **Aspectos atuais da imputabilidade penal e da medida de segurança no Brasil.** In Medida de Segurança: uma questão de Saúde e Ética. (org.): Quirino Cordeiro e Mauro Gomes Aranha de Lima. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2013.

É certo, porém, que desde o surgimento das medidas de segurança no Brasil, verificou-se que o Estado tem se preocupado com a humanização dos tratamentos prestados aos doentes mentais. As legislações, ainda que lentamente, evoluíram, até prestar um tratamento diferenciado para essas pessoas. Apesar da evolução legislativa, ainda há a necessidade de o Estado colocar em prática essas leis, pois a superlotação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) é algo evidente²⁵. Os doentes mentais passam por tratamentos lastimáveis e, pior, sem poder se defender, já que as estatísticas mostram que muitos doentes estão esquecidos por suas famílias²⁶.

1.2.1 ASPECTOS ATUAIS DA MEDIDA DE SEGURANÇA

Desde 1830, com o Código Penal do Império, o Brasil reconhece as medidas de caráter preventivo e curativo. E desde então o conceito de medidas de segurança foi sendo modificado e aperfeiçoado. Porém, foi através da Lei nº 7.209, de 11 de julho de 1984, que reformou a parte geral do código de 1940, que o conceito de medida de segurança tomou outro rumo, mais específico e aplicável do ponto de vista dos juristas.²⁷

Através da Reforma Penal, a medida de segurança passou a ter a conotação que perdura até os dias atuais.

Fundamentada na periculosidade do agente, tem a finalidade precípua de prevenir a reincidência da ação criminosa, a partir da assistência adequada ao autor, que será custodiado pelo Estado durante seu tratamento. Busca-se com o correto tratamento, a cessação da temibilidade do agente, assim faz-se necessário analisar a periculosidade criminal do indivíduo levando-se em conta não apenas o simples perigo para a sociedade, mas também para a própria pessoa dele.²⁸

²⁵ RIGONATTI, Luiz Felipe; RIBEIRO, Rafael Bernardon; RIGONATTI, Sérgio Paulo; CORDEIRO, Quirino. **O papel do hospital de custódia e tratamento psiquiátrico: previsão legal e realidade.** In Medida de Segurança: uma questão de Saúde e Ética. (org.): Quirino Cordeiro e Mauro Gomes Aranha de Lima. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2013.

²⁶ RIGONATTI, Luiz Felipe; RIBEIRO, Rafael Bernardon; RIGONATTI, Sérgio Paulo; CORDEIRO, Quirino. **O papel do hospital de custódia e tratamento psiquiátrico: previsão legal e realidade.** In Medida de Segurança: uma questão de Saúde e Ética. (org.): Quirino Cordeiro e Mauro Gomes Aranha de Lima. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2013.

²⁷ MARAFANTI, Ísis; PINHEIRO, Maria Carolina Pedalino; RIBEIRO, Rafael Bernardon; CORDEIRO, Quirino. **Aspectos históricos da medida de segurança e sua evolução no direito penal brasileiro.** In Medida de Segurança: uma questão de Saúde e Ética. (org.): Quirino Cordeiro e Mauro Gomes Aranha de Lima. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2013.

²⁸ RAMOS, Breno Montanari. **Aspectos atuais da imputabilidade penal e da medida de segurança no Brasil.** In Medida de Segurança: uma questão de Saúde e Ética. (org.): Quirino Cordeiro e Mauro Gomes Aranha de Lima. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2013.

O atual sistema prevê ao imputável a aplicação da pena, já ao inimputável (aqueles que não são inteiramente capazes de entender o caráter ilícito do fato) caberá a medida de segurança. Sendo o agente semi-imputável (os que não são inteiramente incapazes de entender o caráter ilícito do fato), ficará a cargo do juiz analisar sua condição e reduzir a pena de um a dois terços ou aplicar o regime da medida de segurança.²⁹

A medida de segurança, aplicada aos inimputáveis e semi-imputáveis, é uma forma de sanção penal, tem caráter preventivo e curativo, com objetivo de prevenir a reincidência da ação criminosa, assistindo o autor em seu tratamento. É fundamentada na periculosidade do agente, exteriorizada a partir do delito praticado. O inimputável não sofre juízo de culpabilidade, portanto, em tese, a medida de segurança não será considerada pena. Tem como fito principal prevenir a reincidência sem o caráter punitivo. Nesse caso, o agente terá o tratamento adequado para que cesse sua periculosidade.³⁰

Por periculosidade entende-se como a potencialidade para a prática de ações lesivas, revelando-se na doença mental. Há duas formas de periculosidade: real ou presumida. Real é a que precisa ser constatada pelo juiz, devendo esse investigar o estado mental do agente, é o que acontece nos casos de semi-imputabilidade. Presumida será quando a própria lei a afirma, basta o laudo constatando a doença mental para que seja obrigatória a adoção do regime de medida de segurança, como ocorre dos casos de inimputabilidade.³¹

Há divergências acerca da natureza jurídica da medida de segurança. Segundo Nucci³², a corrente majoritária, defende a medida de segurança como uma espécie de sanção penal, uma vez que foi tirada a liberdade do homem por causa da prática de determinada conduta. Para essa corrente toda privação de liberdade tem caráter penoso, ainda que seu fim seja terapêutico. Leva-se em consideração o efeito gerado. Para a segunda corrente, minoritária, a medida de segurança tem caráter assistencial ou curativo, sendo desnecessário que a elas sejam aplicados os princípios da legalidade e da anterioridade.

Afirma Ramos, que a pena tem como finalidade principal punir o agente infrator e prevenir, de maneira subjetiva, através da conscientização do agente, a reincidência do ilícito. A medida de segurança por sua vez, tem como fito principal prevenir tal reincidência sem o

²⁹ NUCCI, Guilherme de Souza. **Manual de Direito Penal**. 10 ed. Rio de Janeiro, Forense, 2014.

³⁰ RAMOS, Breno Montanari. **Aspectos atuais da imputabilidade penal e da medida de segurança no Brasil**. In Medida de Segurança: uma questão de Saúde e Ética. (org.): Quirino Cordeiro e Mauro Gomes Aranha de Lima. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2013.

³¹ CAPEZ, Fernando. **Curso de Direito Penal**. 16 ed. São Paulo, Saraiva, 2012.

³² NUCCI, Guilherme de Souza. **Manual de Direito Penal**. 10 ed. Rio de Janeiro, Forense, 2014.

caráter punitivo, sendo, portanto, uma prevenção objetiva, de tal modo o agente é submetido a tratamento ambulatorial ou internação, onde será tratado com medicamentos específicos e com o devido acompanhamento médico, em busca de fazer cessar a temibilidade e a periculosidade do agente. Não se pode considerar um tratamento médico e a custódia psiquiátrica como forma de punir o agente, não é esse o objetivo e nem pode ser assim considerados visto que não se trata de “ato penal”. Acontece que os controles formalmente impostos cerceiam a liberdade do sujeito, que fica limitado pela lei e controlado pelo juiz penal.³³

Existem duas espécies de medida de segurança: internação e tratamento ambulatorial. A primeira caracteriza-se por inserir o sentenciado no hospital de custódia e tratamento ou outro estabelecimento adequado, é uma modalidade detentiva, destinando-se aos inimputáveis que cometeram crimes puníveis com reclusão e sendo facultada aos que cometeram crimes cuja pena cominada é de detenção. A segunda espécie é o tratamento ambulatorial, que guarda relação com a pena restritiva de direitos. Aqui o sentenciado deverá, obrigatoriamente, se apresentar, nos dias determinados, para o acompanhamento médico. Destina-se aos inimputáveis e semi-imputáveis cuja pena privativa de liberdade seja de detenção.³⁴

Não haverá medida de segurança quando extinta a punibilidade do réu, uma vez que não há mais pretensão punitiva para o Estado. Ademais, é imprescindível que o agente tenha praticado um fato típico e antijurídico, é, ainda, necessário que o réu seja perigoso, havendo probabilidade de voltar a delinquir, bem como também é indispensável o respeito ao devido processo legal. Há também a possibilidade de o juiz decretar a prisão preventiva, colocando o agente em lugar adequado, se assim considerar necessário. Essa possibilidade veio em contrapartida de não haver mais a medida de segurança preventiva, revogada pela maioria da doutrina, por razões de segurança jurídica.³⁵

A medida de segurança, segundo Nucci, só pode ser executada após o trânsito em julgado da sentença, denominada *absolutória imprópria*, tem essa conotação por considerar que o réu não cometeu delito – para adeptos da teoria tripartite do conceito de crime – não sendo considerado portanto criminoso, merecendo uma sanção penal.³⁶

³³ RAMOS, Breno Montanari. **Aspectos atuais da imputabilidade penal e da medida de segurança no Brasil.** In Medida de Segurança: uma questão de Saúde e Ética. (org.): Quirino Cordeiro e Mauro Gomes Aranha de Lima. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2013.

³⁴ NUCCI, Guilherme de Souza. **Manual de Direito Penal.** 10 ed. Rio de Janeiro, Forense, 2014.

³⁵ NUCCI, Guilherme de Souza. **Manual de Direito Penal.** 10 ed. Rio de Janeiro, Forense, 2014.

³⁶ NUCCI, Guilherme de Souza. **Manual de Direito Penal.** 10 ed. Rio de Janeiro, Forense, 2014.

Preceitua o art. 183 da Lei de Execução Penal³⁷ que sobrevindo, no curso da execução, doença mental, o juiz, de ofício ou a requerimento, poderá determinar a substituição da pena por medida de segurança. Esse artigo deixa margem para observamos duas hipóteses: a primeira onde o condenado sofre a doença mental de maneira não duradoura, sendo aplicado a esse caso o artigo 41 do Código Penal³⁸, ou seja, deve o magistrado transferi-lo para hospital de custódia e tratamento, tem caráter provisório, de maneira que, com sua melhora voltará a cumprir pena no presídio de onde saiu; a segunda hipótese, quando a superveniência de doença mental tem caráter definitivo, sua transferência será também definitiva e haverá a conversão da pena em medida de segurança.

Há a possibilidade da chamada reconversão da medida de segurança, onde uma vez constatada a recuperação do paciente este retorna ao presídio e continuará a cumprir a pena fixada, sendo computado esse período de internação como tempo de cumprimento da pena.³⁹

Para finalizar a análise acerca da aplicação e funcionamento da medida de segurança no atual sistema penal brasileiro, o agente que for colocado em estabelecimento prisional comum, quando na realidade precisa de tratamento adequado e específico poderá valer-se de Habeas Corpus, afirma Nucci, para fazer cessar o constrangimento. É sabido por todos que a medida de segurança é aplicada àqueles apresentam algum transtorno psicológico e que por isso precisam de um tratamento diferenciado e curativo, sendo assim fica claro a incompatibilidade da medida de segurança com o presídio comum já que este não oferece as condições mínimas para tratamento do indivíduo com transtorno mental.⁴⁰

1.2.2 DURAÇÃO DA MEDIDA DE SEGURANÇA

O prazo mínimo será estabelecido pelo magistrado, que fixará de acordo com o grau de perturbação mental do sujeito e pela ameaça de perigo que se mostre iminente, podendo variar entre 1 e 3 anos, já seu prazo máximo não foi estabelecido pelo Código Penal.⁴¹

Esse silêncio acerca do prazo máximo vem sendo alvo de muitas controvérsias. Há entendimentos, baseados na Constituição Federal, de onde se extrai a proibição às penas de

³⁷ BRASIL. Lei nº 7.210 de 11 de julho de 1984. **Institui a Lei de Execução Penal**. 13. ed. atual. e ampl. São Paulo, Saraiva, 2012.

³⁸ BRASIL. Decreto-Lei nº 3.914, de 09 de dezembro de 1941. 13. ed. atual. e ampl. São Paulo, Saraiva, 2012.

³⁹ NUCCI, Guilherme de Souza. **Manual de Direito Penal**. 10 ed. Rio de Janeiro, Forense, 2014.

⁴⁰ NUCCI, Guilherme de Souza. **Manual de Direito Penal**. 10 ed. Rio de Janeiro, Forense, 2014.

⁴¹ VELLOSO, Renato Ribeiro; RIBEIRO, Hewdy Lobo; FILHO, Antônio Cabral; RIBEIRO, Rafael Bernardon; CORDEIRO, Quirino. **Medida de segurança e a possibilidade de reclusão perpétua**. In Medida de Segurança: uma questão de Saúde e Ética. (org.): Quirino Cordeiro e Mauro Gomes Aranha de Lima. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2013.

caráter perpétuo, sendo elas limitadas ao máximo de 30 anos de cumprimento, que pretendem aplicar esse conceito de forma análoga às medidas de segurança. Há uma corrente que defende que a pena máxima cominada que irá subsistir para aplicação da medida de segurança é a cominada ao crime praticado. Já o art. 97 do CP preconiza que o prazo da medida de segurança é indeterminado, de maneira que só cessa com o desaparecimento da periculosidade do agente.⁴²

É esse aspecto da duração por tempo indeterminado que trazem várias divergências acerca desse instituto. Há questões que abordam que a medida de segurança não é uma penalidade e portanto é cabível que o sujeito tenha privada de maneira perpétua a sua liberdade. Outras que defendem que esse sistema não respeita o princípio da presunção de inocência, já que o agente continua internado pela possibilidade de condutas futuras e não mais pelas já praticadas.⁴³

Diante de tantos impasses, o Supremo Tribunal Federal (STF) se manifestou entendendo que a duração da medida de segurança deve ser guiada a partir das garantias constitucionais, tendo, então, duração máxima de 30 anos.⁴⁴

1.2.3 PROCEDIMENTO

A internação psiquiátrica através da medida de segurança será feita após a realização de uma perícia médica, é o chamado exame de cessação de periculosidade. Essa perícia pode ser requerida pelo juiz, pelo Ministério Público ou pelos advogados de defesa. Deve ser realizado anualmente, mas nada impede que seja requerida a qualquer tempo.

⁴² VELLOSO, Renato Ribeiro; RIBEIRO, Hewdy Lobo; FILHO, Antônio Cabral; RIBEIRO, Rafael Bernardon; CORDEIRO, Quirino. **Medida de segurança e a possibilidade de reclusão perpétua**. In Medida de Segurança: uma questão de Saúde e Ética. (org.): Quirino Cordeiro e Mauro Gomes Aranha de Lima. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2013.

⁴³ VELLOSO, Renato Ribeiro; RIBEIRO, Hewdy Lobo; FILHO, Antônio Cabral; RIBEIRO, Rafael Bernardon; CORDEIRO, Quirino. **Medida de segurança e a possibilidade de reclusão perpétua**. In Medida de Segurança: uma questão de Saúde e Ética. (org.): Quirino Cordeiro e Mauro Gomes Aranha de Lima. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2013.

⁴⁴ VELLOSO, Renato Ribeiro; RIBEIRO, Hewdy Lobo; FILHO, Antônio Cabral; RIBEIRO, Rafael Bernardon; CORDEIRO, Quirino. **Medida de segurança e a possibilidade de reclusão perpétua**. In Medida de Segurança: uma questão de Saúde e Ética. (org.): Quirino Cordeiro e Mauro Gomes Aranha de Lima. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2013.

Segundo observa Ribeiro e Cordeiro⁴⁵, não há uma padronização dessa forma de avaliação, o que existe é uma autonomia tanto na elaboração quanto na interpretação dos dados colhidos. O resultado são laudos muitas vezes confusos e prolixos, que não mencionam de maneira objetiva as respostas. Se busca com o exame informar ao juiz se o indivíduo está apto ao convívio social, isso analisando a situação médica que se encontra o sujeito.

Também há a superveniência de doença mental (SDM), que se caracteriza quando o indivíduo, após a prática do ato criminoso, apresenta um transtorno mental. Pode ocorrer enquanto o réu aguarda julgamento ou quando já está cumprindo pena. O exame para constatar a superveniência de doença mental é de grande relevância, devendo sempre ser realizado quando constatado alterações comportamentais que possam significar um transtorno mental. Quanto mais rápido o diagnóstico maiores as chances de tratar o indivíduo, pois a incapacidade psíquica torna inconveniente e perigosa à permanência do condenado em estabelecimento prisional.⁴⁶

Ainda afirma Higa e Cordeiro⁴⁷ que, na maioria das vezes, constata-se a ocorrência de superveniência de doença mental dentro do estabelecimento prisional, dessa maneira é difícil sua percepção porque nem sempre há nesses lugares profissionais especializados em detectar esses transtornos.

Se ocorrer a SDM ainda na fase de instrução processual o juiz ordenará, de ofício ou a requerimento do Ministério Público, do defensor, do curador, do ascendente, descendente, irmão ou cônjuge do acusado, que seja realizado exame médico-legal, conforme consta no art. 149, § 2º do Código de Processo Penal. Suspenderá o processo por tempo indeterminado e procederá a internação do acusado em HCTP até que ele tenha se recuperado.⁴⁸

Porém, se o réu perde a sanidade mental durante a execução da pena, será realizado o exame e a pena privativa de liberdade poderá ser substituída por medida de segurança, conforme consta o art. 183 da Lei de Execuções Penais.⁴⁹

⁴⁵ RIBEIRO, Rafael Bernardon; CORDEIRO, Quirino. **Avaliação de risco do paciente em medida de segurança**. In Medida de Segurança: uma questão de Saúde e Ética. (org.): Quirino Cordeiro e Mauro Gomes Aranha de Lima. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2013.

⁴⁶ HIGA, Karine Keiko Leitão; CORDEIRO, Quirino. **Superveniência de doença mental e medida de segurança**. In Medida de Segurança: uma questão de Saúde e Ética. (org.): Quirino Cordeiro e Mauro Gomes Aranha de Lima. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2013.

⁴⁷ HIGA, Karine Keiko Leitão; CORDEIRO, Quirino. **Superveniência de doença mental e medida de segurança**. In Medida de Segurança: uma questão de Saúde e Ética. (org.): Quirino Cordeiro e Mauro Gomes Aranha de Lima. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2013.

⁴⁸ MIRABETE, Julio Fabrini. **Execução Penal**. São Paulo, Atlas, 2004.

⁴⁹ MIRABETE, Julio Fabrini. **Execução Penal**. São Paulo, Atlas, 2004.

Terminado o prazo de duração da pena do réu internado, deve o juiz expedir o alvará de soltura.

CAPÍTULO II

O ATUAL SISTEMA DE MEDIDA DE SEGURANÇA NO BRASIL

2.1 BREVE SÍNTESE DA LEGISLAÇÃO APLICÁVEL AOS DOENTES MENTAIS INFRATORES.

O atual Código Penal Brasileiro (CPB), reformado pela lei nº 7.209, de 11 de julho de 1984, em seu capítulo VII, título VI, trata “Das Medidas de Segurança”. A princípio, vale destacar que a medida de segurança ficou restrita apenas aos doentes mentais que fossem considerados penalmente inimputáveis ou semi-imputáveis. O que se pode observar é que dessa forma a medida ficou vinculada à periculosidade social gerada por esses indivíduos, levando à sua estigmatização, como afirma Cohen.⁵⁰

Dispõe o referido diploma que tais medidas visam eliminar a periculosidade do agente e deverá durar pelo tempo que esta persistir, como se pode extrair do §1º do art. 97, do CPB, onde afirma que “a internação, ou tratamento ambulatorial, será por tempo indeterminado, perdurando enquanto não for averiguada, mediante perícia médica, a cessação de periculosidade. O prazo mínimo deverá ser de 1 (um) a 3 (três) anos.”⁵¹ Dessa maneira, analisando a letra fria da lei, não se afasta a hipótese da medida de segurança se prolongar por toda a vida do agente, já que não há prazo máximo estipulado pela lei, apenas havendo prazo mínimo.

O referido artigo, em seu §2º, ao se referir a perícia médica, afirma esta irá verificar se a periculosidade do agente cessou, devendo ser repetida periodicamente. Em ato contínuo, o resultado do exame deve ser remetido ao juiz, o qual de posse das informações ali descritas analisará a situação do indivíduo. Se restar comprovada a cessação da periculosidade, a medida de segurança será revogada, e o indivíduo será desinternado (nos casos de internamento) ou liberado (na hipótese de tratamento ambulatorial).⁵²

Tais medidas tem caráter provisório, aplicando-se as condições pertinentes do livramento condicional. A desinternação acima referida será condicional pelo prazo de um

⁵⁰ COHEN, Cláudio. **Bases históricas da relação entre transtorno mental e crime.** In Medida de Segurança: uma questão de Saúde e Ética. (org.): Quirino Cordeiro e Mauro Gomes Aranha de Lima. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2013.

⁵¹ BRASIL. Decreto-Lei nº 3914, de 9 de dezembro de 1941. 13. ed. atual. e ampl. São Paulo, Saraiva, 2012.

⁵² RAMOS, Breno Montanari. **Aspectos atuais da imputabilidade penal e da medida de segurança no Brasil.** In Medida de Segurança: uma questão de Saúde e Ética. (org.): Quirino Cordeiro e Mauro Gomes Aranha de Lima. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2013.

ano, devendo o agente ficar sob observação. Se nesse período praticar fato que indique a persistência de sua periculosidade, deverá ser restabelecida a situação anterior do agente. No entanto, se no mesmo período o liberado não praticar fato que indique persistência da periculosidade, estará definitivamente encerrada a medida de segurança.⁵³

De acordo com o artigo 98 do mesmo diploma, nos casos de semi-imputabilidade, desde que o condenado necessite de tratamento curativo especial, o juiz poderá substituir a aplicação da pena por medida de segurança. Observa-se que, primeiro é necessário que haja determinação da pena privativa de liberdade, para só então ser feita a substituição pela medida de segurança. Desse modo, como há uma correlação entre a pena e a medida de segurança, extinta a punibilidade, o doente mental não irá permanecer em medida de segurança nem poderá se impor tal instituto. Veja-se que pouco importa o estado em que se encontra o sujeito. Ademais, o prazo prescricional é o mesmo da pena que seria imposta ao ilícito praticado.⁵⁴

Por fim, o CPB estabelece que o internado tem o direito de ser recolhido em estabelecimento adequado e ser submetido a tratamento. O tratamento a que se refere é aquele específico para a atual situação do doente mental, dado a gravidade em que se encontra, utilizando-se dos meios que forem necessários para alcançar tal fim, qual seja, a cessação da periculosidade, bem como sua reinserção social.

Por sua vez, o Código de Processo Penal⁵⁵ (CPP) ao dispor sobre o aludido tema, também dedica alguns de seus artigos para tratar do procedimento dispensado aos portadores de doença mental.

A Lei de Execuções Penais (LEP), nº 7.210, de 11 de julho de 1984, também traz garantias ao internado, em seu bojo afirma que a ele será assegurado o direito a assistência material, jurídica, a saúde, educacional, social e religiosa, tendo por finalidade amparar e preparar o internado para o retorno à “liberdade”. Dispõe ainda os procedimentos acerca do exame de cessação da periculosidade e do procedimento da desinternação.

Foi a Lei 10.216, de 6 de abril de 2001, também conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, que trouxe grandes mudanças para esse cenário, uma vez que foi através dessa lei que houve uma reorientação dos cuidados dispensados às pessoas portadoras de doença mental. A referida lei instaurou o modelo ambulatorial, extinguindo os manicômios, que já

⁵³ NUCCI, Guilherme de Souza. **Manual de Direito Penal**. 10 ed. Rio de Janeiro, Forense, 2014.

⁵⁴ RAMOS, Breno Montanari. **Aspectos atuais da imputabilidade penal e da medida de segurança no Brasil**. In Medida de Segurança: uma questão de Saúde e Ética. (org.): Quirino Cordeiro e Mauro Gomes Aranha de Lima. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2013.

⁵⁵ BRASIL. Decreto-Lei nº 3.689 de 03 de outubro de 1941. 13. ed. atual. e ampl. São Paulo, Saraiva, 2012.

estavam mais que defasados. Dispõe, ainda, acerca dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, oferecendo a estas o modelo assistencial. Em seu artigo 1º estabelece que as proteções e garantias desta lei serão aplicadas a todas pessoas acometidas de transtorno mental, excluindo qualquer tipo de discriminação.

Muito importante, ao menos na teoria, é o artigo 2º da referida lei, que traz em seu parágrafo único os direitos assegurados não só ao internado como também a sua família, tais como “ser tratado 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”⁵⁶. Observa-se, com isso, a intenção do legislador de conferir um maior amparo a essas pessoas, de modo que elas recebam a devida assistência não apenas durante e no local do seu tratamento, mas também no âmbito social, para que ao serem reinseridas no convívio social não sejam segregadas nem discriminadas.

Estabelece ainda, o que é o ponto principal do presente trabalho, ser de responsabilidade do Estado desenvolver políticas de saúde mental, promover ações e dar assistência aos doentes mentais. Além do mais dispõe que a internação é o meio subsidiário, só devendo ocorrer quando os demais recursos se mostrarem insuficientes, devendo primar pela reinserção social do paciente em seu meio e oferecer assistência integral. Veja-se:

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.⁵⁷

Em seu art. 9º esclarece a forma de internação compulsória, sendo esta “determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários”⁵⁸. De tal modo, fica claro que a determinação deverá ocorrer diante de laudo psiquiátrico que especifique o atual estado do paciente. Como afirma Caetano

⁵⁶ BRASIL. Lei 10.216, de 6 de abril de 2001. 13. ed. atual. e ampl. São Paulo, Saraiva, 2012.

⁵⁷ BRASIL. Lei 10.216, de 6 de abril de 2001. 13. ed. atual. e ampl. São Paulo, Saraiva, 2012.

⁵⁸ BRASIL. Lei 10.216, de 6 de abril de 2001. 13. ed. atual. e ampl. São Paulo, Saraiva, 2012.

Lagrasta Neto⁵⁹, é uma situação urgente, de perigo à sociedade e ao doente mental, ocorre que nem sempre o magistrado encontra apoio pericial imediato na rede pública, muito menos comum são essas pessoas portadoras de doenças mentais terem condições financeiras para subsidiar tal exame, de forma que inviabiliza o correto cumprimento de tal dispositivo.

Vale ressaltar que a lei em comento derogou o Código Penal e a Lei de Execução Penal, no que concerne ao tratamento referente à medida de segurança. Por ser a lei 10.216/01 especial, posterior e cuidar do mesmo tema, prevalece sobre àquelas.

Há que se falar também na Resolução n° 4/2010 do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária do Ministério da Justiça, que recomendou:

A adoção da política anti-manicomial no que tange à atenção aos pacientes judiciários e à execução da medida de segurança; a abordagem à pessoa com doença mental na condição de autor do fato, réu ou sentenciado em processo criminal, deve ser objeto de atendimento por programa específico de atenção destinado a acompanhar o paciente judiciário nas diversas fases processuais.⁶⁰

A resolução n° 113/2010 do Conselho Nacional de Justiça, em seu art. 17, também trata do tema, declarando “o juiz competente para a execução da medida de segurança, sempre que possível buscará implementar políticas antimanicomiais, conforme sistemática da Lei n° 10.216 de 06 de abril de 2001”.⁶¹

Diante do exposto, observa-se que a legislação brasileira normatiza a aplicação do instituto da medida de segurança de maneira que o sujeito que sofre de transtorno mental seja devidamente tratado e reinserido socialmente, não admitindo nenhuma forma de discriminação para com essas pessoas. Ao menos na teoria, tem-se todo um aparato que propicia os devidos cuidados a esses indivíduos. Porém, muitos são os que divergem sobre tal instituto estar sendo aplicado da maneira como prega a legislação.

Passa-se, a partir de então, a um enfoque mais eloquente da problemática atinente ao tema, objeto deste trabalho.

⁵⁹ LAGRASTA, Caetano Neto. **Desmedida de segurança – A Lei 10.216/01 e o Direito Penal Brasileiro**. In Medida de Segurança: uma questão de Saúde e Ética. (org.): Quirino Cordeiro e Mauro Gomes Aranha de Lima. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2013.

⁶⁰ CORDEIRO, Quirino; MORANA, Hilda Clotilde Penteador. **Saúde mental e o plano nacional de política criminal e penitenciária**. Disponível em <www.polbr.med.br>. Acessado em 27/08/2014.

⁶¹ LAGRASTA, Caetano Neto. **Desmedida de segurança – A Lei 10.216/01 e o Direito Penal Brasileiro**. In Medida de Segurança: uma questão de Saúde e Ética. (org.): Quirino Cordeiro e Mauro Gomes Aranha de Lima. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2013.

2.2 A REALIDADE DOS ESTABELECIMENTOS DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO BRASILEIROS

As medidas de segurança podem ser aplicadas com ou sem restrição da liberdade do doente mental, mas em ambos os casos são acompanhadas pelos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátricos (HTCP) e pelas Alas de Tratamento Psiquiátrico (ATP). Ambos são os Estabelecimentos de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (ECTP), instituições inicialmente denominadas de manicômios judiciários que foram criadas no Brasil na década de 1920, como já dito no capítulo anterior.

Ao tratar dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, a Lei de Execução Penal, em seu art. 99 estabelece que:

Art. 99. O Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico destina-se aos inimputáveis e semi-imputáveis referidos no artigo 26 e seu parágrafo único do Código Penal.

Parágrafo único. Aplica-se ao hospital, no que couber, o disposto no parágrafo único, do artigo 88, desta Lei.⁶²

Veja-se o que diz o artigo 88 supracitado:

Art. 88. O condenado será alojado em cela individual que conterà dormitório, aparelho sanitário e lavatório.

Parágrafo único. São requisitos básicos da unidade celular:

- a) salubridade do ambiente pela concorrência dos fatores de aeração, insolação e condicionamento térmico adequado à existência humana;
- b) área mínima de 6,00m² (seis metros quadrados).⁶³

Pelo disposto acima, observa-se que a lei estabelece as disposições acerca de como deve ser a estrutura física desses estabelecimentos, destinados a receber as pessoas em medida de segurança que se encontram em restrição de liberdade, com o fim de tratamento psiquiátrico.

Apesar do amparo legal, a realidade dos hospitais psiquiátricos é bem outra. Como será exposto adiante, hoje em dia esses estabelecimentos estão sucateados, com instalações precárias e aparelhagem na grande maioria das vezes obsoletas, os HTCPs hoje não contam com as garantias defendidas pela legislação.

O primeiro censo nacional de indivíduos internados em estabelecimento de custódia e tratamento psiquiátrico ocorreu em 2011, até então não havia sido realizado no Brasil

⁶² BRASIL. Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984. 13. ed. atual. e ampl. São Paulo, Saraiva, 2012.

⁶³ BRASIL. Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984. 13. ed. atual. e ampl. São Paulo, Saraiva, 2012.

nenhum levantamento acerca da população que vivia sobre o aparato do instituto da medida de segurança. Como afirma Diniz ao falar sobre tal censo, passaram-se 90 anos até que o Estado tivesse interesse em saber o retrato da população nacional que está “amparada” nesse instituto. A pesquisa foi encomendada pelo Departamento Penitenciário Nacional (Depen), por meio do convênio 073/2009.⁶⁴

A publicação dos dados desse censo ocorreu em 2013, através da obra *A Custódia e o Tratamento Psiquiátrico no Brasil*, de Débora Diniz.⁶⁵

Em sua obra, Diniz mostra os dados impressionantes que o censo revelou. Chegou-se a um total de 23 hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico espalhados pelo território brasileiro, mais 3 alas de tratamento psiquiátrico.⁶⁶

Constatou-se, também, que nem todos os estados possuíam estabelecimentos para esse fim. Os estados do Acre, Amapá, Goiás, Mato Grosso do Sul, Roraima, Tocantins e Maranhão não possuíam hospital psiquiátrico para o fim de internamento dos doentes mentais, dessa maneira Diniz afirma que não foi possível identificar a localização das pessoas que se estavam em regime de medida de segurança, subtende-se que essas pessoas deviam estar jogadas ao descaso em presídios e estabelecimentos não específicos.⁶⁷

Foram contados 3.989 pessoas que se encontravam, a época, em medida de segurança, distribuídos em 19 estados e no Distrito Federal. 3.989 indivíduos, entre os quais 2.839 estavam em medida de segurança, 117 estavam em medida de segurança por conversão de pena e 1.033 estavam em situação de internação temporária.⁶⁸

Na visão de Diniz⁶⁹, o que mais impressiona não é o Estado estar alheio a essas pessoas por quase um século, mas sim o direito à liberdade violado, seja pela indeterminação do tempo da medida de segurança, seja pelo asilamento compulsório. Essas pessoas estão a mercê do Estado, esperando ações imediatas.

A localização de tais estabelecimentos pode até variar, o que permanece idêntico é a situação em que se encontram.

⁶⁴ DINIZ, Débora. **A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil: censo 2011**. Brasília, Letras Livres : Editora Universidade de Brasília, 2013.

⁶⁵ DINIZ, Débora. **A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil: censo 2011**. Brasília, Letras Livres : Editora Universidade de Brasília, 2013.

⁶⁶ DINIZ, Débora. **A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil: censo 2011**. Brasília, Letras Livres : Editora Universidade de Brasília, 2013.

⁶⁷ DINIZ, Débora. **A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil: censo 2011**. Brasília, Letras Livres : Editora Universidade de Brasília, 2013.

⁶⁸ DINIZ, Débora. **A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil: censo 2011**. Brasília, Letras Livres : Editora Universidade de Brasília, 2013.

⁶⁹ DINIZ, Débora. **A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil: censo 2011**. Brasília, Letras Livres : Editora Universidade de Brasília, 2013.

Afirma Diniz⁷⁰ que “tal censo se localiza na interseção entre o conhecimento penal e o conhecimento psiquiátrico”. Para ela, é nessa intersecção que os equívocos do tratamento do “louco infrator” se tornam evidentes.

A cada quatro pessoas internadas, pelo menos uma não deveria mais estar internada, “seja porque havia decisão judicial para desinternação, seja porque a medida de segurança estava extinta, seja porque sequer existia processo judicial que justificasse tal internação, ou até mesmo já tinham recebido o benefício judicial da alta ou da desinternação progressiva.”⁷¹

Essas informações são bastante preocupantes, esses indivíduos encontram-se asilados quando tem o direito de estar em liberdade, ora a liberdade é princípio constitucional, portanto indisponível.

Mais preocupante ainda é que um terço dos indivíduos, à época um total de 1.194 pessoas, estavam com seus laudos psiquiátricos atrasados, ou seja, não há como saber se a internação ainda se fazia necessária, se já havia cessado sua periculosidade.⁷² Esses indivíduos estavam apartados da sociedade de maneira ilegal.

Os números continuam a impressionar: do total de indivíduos internados em medida de segurança nos estabelecimentos de custódia psiquiátrica, 606 encontram-se asilados há mais tempo do que a pena máxima em abstrato para a infração cometida, e ainda 18 estão há mais de 30 anos.⁷³

Esses indivíduos estavam vivendo, e muitos ainda continuam a viver, uma situação inaceitável não apenas por ter sido violado o princípio da dignidade da pessoa humana, mas também porque essa situação afronta diretamente a Constituição Federal, que prevê que as penas, em nenhuma circunstância, se excederão ao limite de 30 anos.

Para 1.866 pessoas (47%), a internação não se fundamenta por critérios legais e psiquiátricos. Nas palavras de Diniz⁷⁴: “São indivíduos cujo direito a estar no mundo vem sendo cotidianamente violado”.

⁷⁰ DINIZ, Débora. **A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil: censo 2011**. Brasília, Letras Livres : Editora Universidade de Brasília, 2013.

⁷¹ DINIZ, Débora. **A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil: censo 2011**. Brasília, Letras Livres : Editora Universidade de Brasília, 2013.

⁷² DINIZ, Débora. **A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil: censo 2011**. Brasília, Letras Livres : Editora Universidade de Brasília, 2013.

⁷³ DINIZ, Débora. **A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil: censo 2011**. Brasília, Letras Livres : Editora Universidade de Brasília, 2013.

⁷⁴ DINIZ, Débora. **A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil: censo 2011**. Brasília, Letras Livres : Editora Universidade de Brasília, 2013.

Ademais, chegou-se a conclusão que a população é majoritariamente masculina, negra, de baixa escolaridade e com periférica inserção no mundo do trabalho, em geral, cometeram infração penal contra uma pessoa de sua rede familiar ou doméstica.⁷⁵

Da população que esta internada temporariamente, 22% (ou seja, 228 indivíduos) haviam sido transferidos de presídios ou penitenciárias e estavam internados compulsoriamente por decisão judicial para realizar tratamento psiquiátrico, sejam porque a doença ocorreu depois da infração, seja porque a doença foi superveniente à condenação e persiste, sendo a sentença condenatória convertida em medida de segurança.⁷⁶ Fato é que, esses sujeitos estiveram, sabe-se lá por quanto tempo, custodiados em um local inadequado às suas necessidades.

Segundo Diniz: 41% dos exames de cessação de periculosidade estão em atraso, o tempo médio que esses indivíduos ficam à espera de um laudo psiquiátrico é de dez meses, muito embora o próprio Código de Processo Penal, em seu artigo 150, §1º determine que o prazo é de no máximo 45 dias. O prazo de espera para realização do exame de cessação da periculosidade chega a inacreditáveis 32 meses.⁷⁷

Os números obtidos através desse censo mostram o que 90 anos de descaso para com esses indivíduos geraram. Esses números assustadores ainda não mostram a total realidade dos estabelecimentos psiquiátricos, são demonstrativos “apenas” de como vive essa população. Se for levar em consideração o estado físico, estrutural, desses estabelecimentos é certo que ter-se-iam mais números catastróficos.

Segundo Diniz “O direito a estar no mundo é um direito humano, e o mais diretamente violado pelo regime de asilamento compulsório e pelo tempo indeterminado imposto pela medida de segurança no Brasil.”⁷⁸

Diniz aponta que o tratamento desses doentes permanece sob a lógica do asilamento e da apartação social, uma sequestração justificada, sobretudo, pela periculosidade.

Ela continua a afirmar:

O diagnóstico psiquiátrico não é determinante para a infração penal cometida pelo louco. O que há são indivíduos em sofrimento mental que,

⁷⁵ DINIZ, Débora. **A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil: censo 2011**. Brasília, Letras Livres : Editora Universidade de Brasília, 2013.

⁷⁶ DINIZ, Débora. **A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil: censo 2011**. Brasília, Letras Livres : Editora Universidade de Brasília, 2013.

⁷⁷ DINIZ, Débora. **A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil: censo 2011**. Brasília, Letras Livres : Editora Universidade de Brasília, 2013.

⁷⁸ DINIZ, Débora. **A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil: censo 2011**. Brasília, Letras Livres : Editora Universidade de Brasília, 2013.

em algum momento da vida, por razões que não fomos capazes de identificar pela pesquisa documental em dossiês, cometem infrações penais.⁷⁹

A ABP⁸⁰ – Associação Brasileira de Psiquiatria – em visita a alguns Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátricos brasileiros constatou uma estrutura e gerenciamento aquém do mínimo desejado, o funcionamento dessas instituições deixam a desejar e sequer oferecem o necessário ao paciente em tratamento. Sua estrutura arquitetônica em nada se assemelha ao contexto hospitalar que visa à reinserção social, qual seja aquela definida no artigo 88 da Lei de Execução Penal, anteriormente citada. Constatou, também, que em todas as unidades visitadas observou-se um número excessivo de pacientes e também a escassez de profissionais.

Os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, afirma a ABP:

hoje em dia, guardam grandes semelhanças com presídios, mais do que com hospitais. Tal sistema falha na reintegração destes indivíduos e passam a ter uma conotação punitiva. A medida de segurança é mais considerada um sentença de prisão perpétua do que um tratamento curativo. Ainda muito se questiona sobre tal sistema ser administrado pelo judiciário ao invés do sistema de Saúde, visto que se trata de um hospital.⁸¹

2.3 PORQUE O INSTITUTO DA MEDIDA DE SEGURANÇA NO BRASIL NÃO TEM OBTIDO RESULTADOS POSITIVOS?

O grande dilema a ser elucidado é colocar em liberdade doentes mentais que praticaram infrações graves, porém não tiveram o correto tratamento e muito menos a devida reinserção social, estão abandonados pela família e não tem para onde ir a não ser vagar pelas ruas. Essa questão vem gerando controvérsias no mundo jurídico. Mesmo os que condenam o caráter perpétuo que possivelmente a medida de segurança poderia chegar, não deixam de levar em consideração o atual estado dos hospitais, que deveriam fornecer um tratamento digno mas, no mais das vezes, oferecem um serviço aquém do esperado. Muitos não

⁷⁹ DINIZ, Débora. A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil: censo 2011. Brasília, Letras Livres : Editora Universidade de Brasília, 2013.

⁸⁰ DIAS, João Carlos; FILHO, Elias Abdalla; MORANA, Hilda Clotilde Penteadó; CORONEL, Luiz Carlos Illafons; CHALUB, Miguel; MORAES, Talvane Marins. **Hospitais de Custódia no Brasil**. Disponível em: <www.abpbrasil.org.br/comunicado/arquivo/comunicado-104/MANUAL_FORENSE-18_10_Joao_2.pdf> . Acessado em 07 de maio de 2014.

⁸¹ DIAS, João Carlos; FILHO, Elias Abdalla; MORANA, Hilda Clotilde Penteadó; CORONEL, Luiz Carlos Illafons; CHALUB, Miguel; MORAES, Talvane Marins. **Hospitais de Custódia no Brasil**. Disponível em: <www.abpbrasil.org.br/comunicado/arquivo/comunicado-104/MANUAL_FORENSE-18_10_Joao_2.pdf>. Acessado em 07 de maio de 2014.

entendem como então querer cobrar resultados se sequer são oferecidos os meios básicos para que se possa atingi-los.⁸²

A pergunta que se faz é, de fato, qual o papel do Hospital de Custódia e Tratamento? E como julgar e penalizar aquele que age contra a sua vontade, não consegue se determinar perante seus atos ou é incapaz de entender que o ato que pratica é ilícito? É nesse contexto que a psiquiatria forense surge, para tentar responder perguntas como essas, interligando o direito à medicina.

Adotar ao instituto da medida de segurança implica também na reforma e construção de todo um aparato que propicie a aplicação e o desenvolvimento desse instituto. Hospitais destinados a sua execução, aparelhagem interna, medicamentos e pessoas especializadas para o tratamento desses doentes formam a base desse sistema e sem essas condições mínimas não seria possível a aplicação da medida de segurança de maneira útil ao doente e a sociedade. Dessa maneira, o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico é um hospital-presídio que tem como finalidade garantir a custódia do internado e seu tratamento, não se afastando da coerção à liberdade de locomoção do internado que é presumidamente perigoso em decorrência da lei.⁸³

Sua estrutura e divisões seguem, ou, ao menos na teoria, deveriam seguir, os padrões da medicina psiquiátrica. O estabelecimento deve apresentar características hospitalares, deve contar também com aparelhagem adequada para o tratamento das diversas formas e gravidade de transtorno mental. Além do mais, devem obedecer as garantias mínimas de salubridade do ambiente, área física de cada aposento, dando a esses doentes as condições necessárias para melhora ou restabelecimento.⁸⁴

No entanto a realidade é a precariedade e desassistência pelos quais passam esses indivíduos. Hoje, o panorama dos hospitais de custódia e tratamento é bastante confuso: percebe-se um aumento exponencial de doentes mentais infratores gerando a superlotação dos poucos e precários hospitais psiquiátricos. Além do mais, a assistência e tratamento estão longe do que seria considerado adequado e eficaz, muitos não recebem o tratamento

⁸² VELLOSO, Renato Ribeiro; RIBEIRO, Hewdy Lobo; FILHO, Antônio Cabral; RIBEIRO, Rafael Bernardon; CORDEIRO, Quirino. **Medida de segurança e a possibilidade de reclusão perpétua.** In Medida de Segurança: uma questão de Saúde e Ética. (org.): Quirino Cordeiro e Mauro Gomes Aranha de Lima. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2013.

⁸³ RIGONATTI, Luiz Felipe; RIBEIRO, Rafael Bernardon; RIGONATTI, Sérgio Paulo; CORDEIRO, Quirino. **O papel do hospital de custódia e tratamento psiquiátrico: previsão legal e realidade.** In Medida de Segurança: uma questão de Saúde e Ética. (org.): Quirino Cordeiro e Mauro Gomes Aranha de Lima. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2013.

⁸⁴ MIRABETE, Julio Fabrini. **Execução Penal.** São Paulo, Atlas, 2004.

necessário e outros tantos esperam meses para realização do exame de cessação de periculosidade, como restou demonstrado no censo anteriormente mencionado.⁸⁵

Apesar da inexistência de pena nesse instituto, Carrara⁸⁶ observa que os próprios internos dos hospitais psiquiátricos consideram-se presos, devido à estrutura do sistema e do estranhamento entre a equipe de saúde e a “carcerária”.

Isso sem contar naqueles doentes mentais desamparados, sem acesso a tratamento psiquiátrico adequado, espalhados pela sociedade que acabam sendo presos pelo comportamento delituoso decorrente da própria cabeça e que enchem as prisões, transformando-as em manicômios dos tempos modernos. Por isso se torna de grande necessidade a melhora urgente no sistema da medida de segurança e também nas políticas direcionadas a este instituto. É necessário que haja uma precoce identificação desses indivíduos com transtornos mentais dentre a população carcerária e que a eles sejam oferecidos os serviços de saúde, os quais já são garantidos por lei.⁸⁷

A lei nº 10.216/01 é explícita ao reconhecer que a pessoa portadora de transtorno mental deve ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades. Ocorre que, como bem afirma Taborda, Telles e Costa⁸⁸, não se cumpre a lei. Há um descompasso entre o que se pretende e o que é feito.

O possível aspecto indeterminado, no que tange ao tempo de duração da medida de segurança, também foi fonte de polêmicas. Quanto a isso o Supremo Tribunal Federal manifestou-se do seguinte modo:

“A interpretação sistemática e teleológica dos artigos, 75, 97 e 183, os dois primeiros do Código Penal e o ultimo da Lei de Execuções Penais, deve fazer-se considerada a garantia constitucional abolidora das prisões perpetuas. A medida de segurança fica jungida ao período máximo de trinta anos”.⁸⁹

⁸⁵ RIGONATTI, Luiz Felipe; RIBEIRO, Rafael Bernardon; RIGONATTI, Sérgio Paulo; CORDEIRO, Quirino. **O papel do hospital de custódia e tratamento psiquiátrico: previsão legal e realidade.** In Medida de Segurança: uma questão de Saúde e Ética. (org.): Quirino Cordeiro e Mauro Gomes Aranha de Lima. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2013.

⁸⁶ CARRARA, Sérgio Luis. **A história esquecida: os manicômios judiciais no Brasil.** Rev. Bras. Crescimento e Desenvolvimento Hum. 2010; 20(1): 16-29.

⁸⁷ TABORDA, José Geraldo Vernet; TELLES, Lisieux E. de Borba; COSTA, Gabriela de Moraes. **A reforma da atenção psiquiátrica e a criminalização do doente mental.** In Medida de Segurança: uma questão de Saúde e Ética. (org.): Quirino Cordeiro e Mauro Gomes Aranha de Lima. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2013.

⁸⁸ TABORDA, José Geraldo Vernet; TELLES, Lisieux E. de Borba; COSTA, Gabriela de Moraes. **A reforma da atenção psiquiátrica e a criminalização do doente mental.** In Medida de Segurança: uma questão de Saúde e Ética. (org.): Quirino Cordeiro e Mauro Gomes Aranha de Lima. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2013.

⁸⁹ Habeas Corpus 84.219, relator ministro Marcos Aurélio, julgamento em 16-8-2005, Primeira Turma, DJ de 23-09-2005.

Hoje, embora não se aceite o caráter perpétuo da medida de segurança, não existem limites legislativos para se coibir discrepâncias em sua aplicação. Tal instituto é negligenciado pelos aplicadores do direito, gerando insegurança e injustiça para os doentes mentais e para a sociedade como um todo. A grande verdade é que esse sistema, no Brasil, perpetua a doença, em vez de promover a saúde. O censo já mencionado só corrobora com essa afirmação. O que há é uma desatenção no que se refere as políticas públicas dispensadas as necessidades dessa população, que gera desrespeito ao direito mais importante de um indivíduo: os direitos fundamentais constitucionais.

O Estado Democrático de Direito consagrado na Constituição da República federativa do Brasil de 1988, que tem a dignidade da pessoa humana como um de seus fundamentos, garante a todos os brasileiros a inviolabilidade da liberdade e a concessão de *habeas corpus* sempre que houver violência ou ameaça de constrangimento ilegal à liberdade de locomoção. Ora, diante de tudo que já foi dito, não restam dúvidas de que essas pessoas sofrem constantemente abuso desse direito dito indisponível. Não pode, simplesmente, a forma como tem sido tratado o instituto da medida de segurança, dispor da liberdade dessa população que é duplamente estigmatizada, qual seja, a de loucos e de infratores.

De fato o que ocorre é que há uma necessidade urgente de mudanças no perfil dos hospitais de custódia para que passem a ser, de fato, mais hospitalares, havendo maior interação, com equipes multidisciplinares e pautados nos princípios do SUS. Esse conjunto de fatores agregado a uma melhor infraestrutura, mais moderna e capacitada, facilitaria a reabilitação psiquiátrica e a reinserção social, além do mais também diminuiria as chances de reincidência. Essa nova conotação de hospital psiquiátrico modificará a visão popular discriminatória do doente mental infrator.⁹⁰

As dificuldades enfrentadas, não só pelo doente mental, mas também por sua família, são inúmeras e pouco tem sido feito pelo Estado para atenuar-lhes o sofrimento. Pessoas que passam anos internadas esperando uma atuação do Estado a seu favor, como ficou constatado no censo anteriormente referido.

Os pacientes que cumprem a medida de segurança nesses hospitais, em grande maioria por falta de opção social, acabam permanecendo abrigados, mesmo após serem

⁹⁰ VELLOSO, Renato Ribeiro; RIBEIRO, Hewdy Lobo; FILHO, Antônio Cabral; RIBEIRO, Rafael Bernardon; CORDEIRO, Quirino. **Medida de segurança e a possibilidade de reclusão perpétua.** In Medida de Segurança: uma questão de Saúde e Ética. (org.): Quirino Cordeiro e Mauro Gomes Aranha de Lima. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2013.

liberados pelo exame de verificação de Cessação de Periculosidade, o que, de fato, acaba superlotando a instituição. Deve-se levar em consideração que se liberados de forma irresponsável, sem que tenha sido devidamente tratado, a direção pode ser acusada de abandono de incapaz. Essas duas situações peculiares formam a grande celeuma que permeia o instituto da medida de segurança.⁹¹

A medida de segurança deve ser orientada e conduzida por um sistema de tratamento psiquiátrico que propicie aos indivíduos portadores de doenças mentais acesso aos recursos necessários para sua melhora e reinserção social. Não há como chegar a esse resultado sem que se tome providências imediatas, que apresente correções e melhore o atual sistema. É direito constitucional, garantido a todos, indiscriminadamente, o acesso a um sistema de saúde de qualidade e, diante do exposto, vemos que o Brasil está longe de atingir essa média.

Não é um problema simples de ser resolvido, tampouco é encarado com relevância por parte das autoridades responsáveis. Somente ao melhorar a estrutura dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, fornecendo o aparato tecnológico e profissional adequado, aliado a políticas públicas que visem a reinserção desses indivíduos, que o sistema de medida de segurança será devidamente aplicado, alcançando o fim desejado e garantindo o direito desses indivíduos esquecidos e marginalizados.

Entende-se que ainda há muito por fazer para que esses indivíduos em medida de segurança sejam tratados dentro das diretrizes da Lei 10.216/01, havendo necessidade para seu cumprimento, o exercício permanente de atenção, de reflexão e, sobretudo, de capacitação dos atores envolvidos, incluindo não apenas a esfera da saúde, mas também a da justiça. Enquanto não houver mudança desse paradigma e a conscientização para a assistência aos pacientes em medida de segurança dentro das diretrizes da referida Lei, entende-se que se continuará caminhando na contra-mão da história.⁹²

⁹¹ DIAS, João Carlos; FILHO, Elias Abdalla; MORANA, Hilda Clotilde Penteadó; CORONEL, Luiz Carlos Illafons; CHALUB, Miguel; MORAES, Talvane Marins. **Hospitais de Custódia no Brasil**. Disponível em: <www.abpbrasil.org.br/comunicado/arquivo/comunicado-104/MANUAL_FORENSE-18_10_Joao_2.pdf> . Acessado em 07 de maio de 2014.

Diante do exposto, é imperioso concluir pela necessidade de aperfeiçoamento da ideia central da reforma psiquiátrica brasileira. É a partir da construção de uma rede de serviços, capazes de compreender a complexidade da assistência, para que possa ser garantido o direito à saúde dos portadores de transtorno mental, conforme princípio constitucional. Mesmo com todas as conquistas advindas do movimento da reforma psiquiátrica tem ainda se mostrado um trabalho desafiador.

⁹² RAMOS, Breno Montanari. **Aspectos atuais da imputabilidade penal e da medida de segurança no Brasil.** In Medida de Segurança: uma questão de Saúde e Ética. (org.): Quirino Cordeiro e Mauro Gomes Aranha de Lima. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2013.

CAPITULO III

O PAPEL DO ESTADO NO TRATAMENTO E REINserÇÃO SOCIAL DO DOENTE MENTAL

3.1 O PODER PÚBLICO COMO AGENTE PROTETOR DOS INDIVIDUOS PORTADORES DE TRANSTORNO MENTAL

3.1.1 REFORMA PSIQUIÁTRICA: UM CONTEXTO DE LUTAS A FAVOR DA DESCONSTRUÇÃO DOS MANICÔMIOS.

Em 1970, surgia no Brasil, mais precisamente no Estado de São Paulo, os primeiros passos de uma mobilização em busca da melhoria na assistência aos portadores de doenças mentais. Chamada de “Reforma Psiquiátrica” e iniciada por um pequeno grupo de médicos da área da saúde pública, esse movimento que ao passar dos anos ganhou força, objetivava implantar um sistema de tratamento clínico da doença mental, eliminando gradualmente a [internação](#) em hospitais psiquiátricos, uma vez que estes tinham se tornado uma forma de [exclusão social](#). Seriam assim, tais hospitais, substituídos por uma rede de serviços territoriais de atenção psicossocial, visando a integração da pessoa que sofre de transtornos mentais à comunidade.⁹³

Alguns grandes movimentos deflagrados pela reforma psiquiátrica trouxeram grandes avanços nesse setor. Pode-se destacar a I Conferência Nacional de Saúde Mental (I CNSM), no ano de 1987, ocorreu no Rio de Janeiro e propiciou um debate mais profundo sobre a necessidade da criação de serviços extra-hospitalares, uma vez que o modelo hospitalocêntrico não mais atendia as necessidades à época.⁹⁴

No mesmo ano ocorreu o II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental que também teve grande influência, dessa vez na cidade de Bauru, em São Paulo, introduziu no Brasil o lema “Por uma sociedade sem manicômios” e instituiu o Dia Nacional da Luta Antimanicomial, comemorado no dia 18 de maio. Tendo sido tal congresso o precursor de

⁹³ AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho Amarante. **Saúde Mental, Desinstitucionalização e Novas Estratégias de Cuidado**. In Políticas e sistema de saúde no Brasil. (org.): Lígia Giovanella, Sarah Escorel, Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato et al. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2012.

⁹⁴ AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho Amarante. **Saúde Mental, Desinstitucionalização e Novas Estratégias de Cuidado**. In Políticas e sistema de saúde no Brasil. (org.): Lígia Giovanella, Sarah Escorel, Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato et al. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2012.

uma visão mais ampla sobre a desconstrução do modelo centrado na hospitalização, defendia além do modelo técnico-assistencial psiquiátrico uma transformação na sociedade.⁹⁵

Foi em 1993, que surgiu, a partir dos acontecimentos citados, o Movimento Nacional de Luta Antimanicomial, que perdura até os dias atuais e tem uma extrema importância no processo de reforma psiquiátrica.⁹⁶

3.1.2 SERVIÇOS SUBSTITUTIVOS: GRANDES EXEMPLOS DE AÇÕES BEM SUCEDIDAS

No ano de 1987, mesmo ano que ocorreu a I CNSM – movimento anteriormente referido – houve outro marco histórico, a criação do primeiro serviço de atenção psicossocial do país. Ocorrido na cidade de São Paulo, o Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira foi o primeiro serviço que ia além do sistema manicomial, dispensando uma atenção especial aos pacientes em estados mais graves, trazia propostas de inserção comunitária dessas pessoas.⁹⁷

Esse sistema ficou popularmente conhecido como “CAPS” e a partir de então se tornou referência no âmbito da reforma psiquiátrica, onde passou a realizar um dos mais importantes trabalhos assistenciais.⁹⁸

Em 1989, ocorreu a intervenção realizada pela Prefeitura de Santos, no estado de São Paulo, em um hospital psiquiátrico privado conveniado ao SUS. Foi nesse momento que surgiram os denominados serviços substitutivos, marcados pela diversidade de estratégias para melhor tratamento e atenção aos pacientes, baseado nos princípios da reforma psiquiátrica. Foram criados Núcleos de Atenção Psicossocial, serviços de emergência psiquiátrica, projetos culturais, uma residência para ex-internos do hospital que não

⁹⁵ AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho Amarante. **Saúde Mental, Desinstitucionalização e Novas Estratégias de Cuidado.** In Políticas e sistema de saúde no Brasil. (org.): Lígia Giovanella, Sarah Escorel, Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato et al. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2012.

⁹⁶ AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho Amarante. **Saúde Mental, Desinstitucionalização e Novas Estratégias de Cuidado.** In Políticas e sistema de saúde no Brasil. (org.): Lígia Giovanella, Sarah Escorel, Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato et al. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2012.

⁹⁷ AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho Amarante. **Saúde Mental, Desinstitucionalização e Novas Estratégias de Cuidado.** In Políticas e sistema de saúde no Brasil. (org.): Lígia Giovanella, Sarah Escorel, Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato et al. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2012.

⁹⁸ AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho Amarante. **Saúde Mental, Desinstitucionalização e Novas Estratégias de Cuidado.** In Políticas e sistema de saúde no Brasil. (org.): Lígia Giovanella, Sarah Escorel, Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato et al. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2012.

possuíssem condições próprias de moradia e uma cooperativa de trabalho, no intuito de gerar renda para os usuários.⁹⁹

Percebe-se como o dinamismo dessa nova visão de tratamento dos doentes mentais proporciona a essas pessoas um melhor convívio em sociedade, formas menos árduas de tratamento e menos discriminatórias.¹⁰⁰

Outra importante experiência aconteceu na capital do Estado de São Paulo, no início dos anos 90, onde foram criados centros de convivência, programas de atenção psicossocial, cooperativas de trabalho para pacientes dentre outros serviços.¹⁰¹

Desta maneira, percebe-se que o tratamento da doença mental nada tem a ver com a internação segregadora em hospitais psiquiátricos. Muito pelo contrário, as experiências mostram que políticas públicas voltadas ao tratamento desses doentes, inserindo-os na sociedade, pode trazer resultados positivos, muito mais até que as velhas internações em hospitais psiquiátricos, que não surtem efeito algum.¹⁰²

Foi essa política nacional de saúde mental brasileira que ganhou destaque, sendo reconhecida por organizações internacionais como a Organização Mundial da Saúde (OMS).¹⁰³

Em 2000, através da portaria nº 106/2000, foram criados os “serviços residenciais terapêuticos”, destinados aos egressos de longas internações, a fim de acolher aqueles que ao saírem das unidades de tratamento não tinham para onde ir. Essa ação, financiada pelo SUS, representou mais um avanço na assistência aos doentes mentais, nos dizeres de Paulo Amarante: “Observados os riscos e as possíveis dificuldades daí advindas, as residências de egressos de hospitais psiquiátricos vem representando um ponto de grande avanço no

⁹⁹ AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho Amarante. **Saúde Mental, Desinstitucionalização e Novas Estratégias de Cuidado.** In Políticas e sistema de saúde no Brasil. (org.): Lígia Giovanella, Sarah Escorel, Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato et al. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2012.

¹⁰⁰ AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho Amarante. **Saúde Mental, Desinstitucionalização e Novas Estratégias de Cuidado.** In Políticas e sistema de saúde no Brasil. (org.): Lígia Giovanella, Sarah Escorel, Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato et al. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2012.

¹⁰¹ AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho Amarante. **Saúde Mental, Desinstitucionalização e Novas Estratégias de Cuidado.** In Políticas e sistema de saúde no Brasil. (org.): Lígia Giovanella, Sarah Escorel, Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato et al. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2012.

¹⁰² AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho Amarante. **Saúde Mental, Desinstitucionalização e Novas Estratégias de Cuidado.** In Políticas e sistema de saúde no Brasil. (org.): Lígia Giovanella, Sarah Escorel, Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato et al. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2012.

¹⁰³ AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho Amarante. **Saúde Mental, Desinstitucionalização e Novas Estratégias de Cuidado.** In Políticas e sistema de saúde no Brasil. (org.): Lígia Giovanella, Sarah Escorel, Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato et al. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2012.

processo de reforma psiquiátrica, um recurso ímpar no processo de desinstitucionalização”. No ano de 2011, 596 residências abrigaram cerca de três mil egressos.¹⁰⁴

Em 2003 houve a criação do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, que resultou de uma ação de parceria do Ministério da Saúde com o Poder Judiciário. O plano previa transferir para o SUS a população penitenciária que cumpria medida de segurança.¹⁰⁵

Não pode-se negar que desde então foram criados muitos outros serviços voltados a assistência das pessoas acometidas com a doença mental. Observa-se que essas ações públicas realizadas geraram grandes melhorias no setor da atenção e tratamento dos portadores de transtornos mentais.¹⁰⁶

No âmbito das melhorias, podemos falar no programa já mencionado anteriormente que representou uma grande mudança nesse setor e que merece destaque no que se refere a ações de assistência aos doentes mentais bem sucedidas: o CAPS.

Nas palavras de Paulo Amarante o CAPS é “uma modalidade de serviço criada para atender de forma intensiva as pessoas com um sofrimento psíquico considerado intenso e, em geral, persistente”.¹⁰⁷

É necessário oferecer possibilidades de acesso e de cuidado mais frequentes e permanentes. Assevera Amarante: “Serviços de natureza psicossocial, que na experiência italiana, passaram a ser conhecidos como serviços fortes, devidos a sua alta flexibilidade, mobilidade territorial, oferta diversificada de cuidados e de estratégia assistenciais.”¹⁰⁸

Em 2011, o Brasil teve um total de 1.650 CAPS, apesar de o número em leitos hospitalares diminuir. O objetivo principal dos CAPS é que funcionem em conjunto com outros serviços de saúde, não necessariamente só saúde, mas que também sejam articuladas

¹⁰⁴ AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho Amarante. **Saúde Mental, Desinstitucionalização e Novas Estratégias de Cuidado.** In Políticas e sistema de saúde no Brasil. (org.): Lígia Giovanella, Sarah Escorel, Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato et al. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2012.

¹⁰⁵ RAMOS, Breno Montanari. **Aspectos atuais da imputabilidade penal e da medida de segurança no Brasil.** In Medida de Segurança: uma questão de Saúde e Ética. (org.): Quirino Cordeiro e Mauro Gomes Aranha de Lima. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2013.

¹⁰⁶ AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho Amarante. **Saúde Mental, Desinstitucionalização e Novas Estratégias de Cuidado.** In Políticas e sistema de saúde no Brasil. (org.): Lígia Giovanella, Sarah Escorel, Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato et al. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2012.

¹⁰⁷ AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho Amarante. **Saúde Mental, Desinstitucionalização e Novas Estratégias de Cuidado.** In Políticas e sistema de saúde no Brasil. (org.): Lígia Giovanella, Sarah Escorel, Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato et al. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2012.

¹⁰⁸ AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho Amarante. **Saúde Mental, Desinstitucionalização e Novas Estratégias de Cuidado.** In Políticas e sistema de saúde no Brasil. (org.): Lígia Giovanella, Sarah Escorel, Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato et al. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2012.

junto à educação, cultura e até mesmo ações de iniciativa privada. Em um CAPS são realizadas diversas atividades, uma vez que sua estratégia é a inclusão e integração social, fornecendo atividades culturais, esportivas, trabalho. É esse caráter multidisciplinar que fez dar certo e atingir bons resultados, por que se aproxima dos objetivos da reforma psiquiátrica.¹⁰⁹

A Política Nacional de Saúde Mental, apoiada na lei 10.216/02, busca consolidar um modelo de atenção à saúde mental aberto e de base comunitária. Isto é, que garante a livre circulação das pessoas com transtornos mentais pelos serviços, comunidade e cidade. Este modelo conta com uma rede de serviços e equipamentos variados tais como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os Centros de Convivência e Cultura e os leitos de atenção integral (em Hospitais Gerais, nos CAPS III).¹¹⁰

3.2 AS ATUAIS POLÍTICAS PÚBLICAS DESTINADAS A EFICIÊNCIA DO INSTITUTO DA MEDIDA DE SEGURANÇA

A partir de iniciativas como essas, foram surgindo outros programas, como a criação do SAIPEMS – Sistema de Atenção Integral à Pessoa em Medida de Segurança; PAI-PJ (Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário) que foi implantado em Minas Gerais e, também, o PAILI (Programa de Atenção ao Louco Infrator) de iniciativa do estado de Goiás. Tendo sido, os dois últimos, premiados nacionalmente pelos resultados obtidos, alcançando efetivas mudanças de paradigmas na atenção a essa população.¹¹¹

Outro programa de apoio é o De Volta para Casa, que instituiu o auxílio-reabilitação psicossocial para esses egressos.¹¹²

3.2.1 PAI – PJ MINAS GERAIS

¹⁰⁹ AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho Amarante. **Saúde Mental, Desinstitucionalização e Novas Estratégias de Cuidado**. In Políticas e sistema de saúde no Brasil. (org.): Lígia Giovanella, Sarah Escorel, Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato et al. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2012.

¹¹⁰ Disponível em: www.portalsaude.saude.gov.br. Acesso em 09/10/2014.

¹¹¹ RAMOS, Breno Montanari. **Aspectos atuais da imputabilidade penal e da medida de segurança no Brasil**. In Medida de Segurança: uma questão de Saúde e Ética. (org.): Quirino Cordeiro e Mauro Gomes Aranha de Lima. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2013.

¹¹² AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho Amarante. **Saúde Mental, Desinstitucionalização e Novas Estratégias de Cuidado**. In Políticas e sistema de saúde no Brasil. (org.): Lígia Giovanella, Sarah Escorel, Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato et al. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2012.

A Casa PAI-PJ, implantada através da Portaria-Conjunta n° 25/2001, foi o resultado de uma parceria entre o Estado de Minas Gerais e o Centro Universitário Newton Paiva.

A finalidade dessa instituição é realizar o acompanhamento dos processos criminais em que o réu é, ou apresenta indícios de ser, portador de algum transtorno mental, como também em processos já sentenciados com medida de segurança, e ainda outros tipos de processo, onde a autoridade judicial julgue importante a inclusão do réu/sentenciado na metodologia do PAI-PJ, de modo que o programa irá atuar de maneira auxiliar na aplicação e execução da sentença e na promoção da inserção social do sentenciado.¹¹³

O acompanhamento será feito caso a caso, levando-se sempre em considerando a situação clínica, social, jurídica, e também através de medidas socioeducativas, assistindo o paciente em sua reinserção no âmbito social e familiar.¹¹⁴

De tal modo, nos processos em que for chamado a intervir, o PAI-PJ apresentará um projeto clínico que estabelecerá a forma de tratamento mais adequada de acordo com as peculiaridades de cada caso. Tem a finalidade de fazer um elo entre tratamento, responsabilidade e inserção social, sendo a internação medida efetiva apenas para os casos que apresentem um quadro bastante avançado, onde será realizada não em Hospitais de Custódia e Tratamento, mas na própria rede pública de saúde. Assim, o indivíduo terá um tratamento efetivo e eficaz.¹¹⁵

O programa ainda presta uma assistência aos familiares do doente mental, dando-os orientação básica sobre a importância do apoio familiar na recuperação desses indivíduos.¹¹⁶

A plataforma conta com uma equipe multidisciplinar, composta por psicólogos, assistentes sociais e bacharéis em Direito. Em mais de 10 anos de funcionamento o programa conseguiu promover o acesso desses doentes mentais ao tratamento adequado na rede pública, substituindo o antigo modelo manicomial.¹¹⁷

¹¹³ OTTONI, Fernanda. **Por uma Política de Atenção Integral ao louco infrator**. Disponível em http://ftp.tjmg.jus.br/presidencia/projetonovosrumos/pai_pj/resultados.html. Acessado em 09/10/2014.

¹¹⁴ OTTONI, Fernanda. **Por uma Política de Atenção Integral ao louco infrator**. Disponível em http://ftp.tjmg.jus.br/presidencia/projetonovosrumos/pai_pj/resultados.html. Acessado em 09/10/2014.

¹¹⁵ OTTONI, Fernanda. **Por uma Política de Atenção Integral ao louco infrator**. Disponível em http://ftp.tjmg.jus.br/presidencia/projetonovosrumos/pai_pj/resultados.html. Acessado em 09/10/2014.

¹¹⁶ OTTONI, Fernanda. **Por uma Política de Atenção Integral ao louco infrator**. Disponível em http://ftp.tjmg.jus.br/presidencia/projetonovosrumos/pai_pj/resultados.html. Acessado em 09/10/2014.

¹¹⁷ OTTONI, Fernanda. **Por uma Política de Atenção Integral ao louco infrator**. Disponível em http://ftp.tjmg.jus.br/presidencia/projetonovosrumos/pai_pj/resultados.html. Acessado em 09/10/2014.

O PAI-PJ ganhou destaque nacional e internacional. Serviu de base para um projeto semelhante, dos Ministérios da Justiça e da Saúde, sendo inicialmente implantado em Goiânia/GO, em outubro de 2006, como *Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator* (PAI-LI).

No ano de 2005, o Programa ficou conhecido mundialmente ao participar do II Encontro Franco-Brasileiro de Psicanálise e Direito. Em 2006, foi apresentado no Fórum Social Europeu, realizado na Grécia. Em 2008, as experiências do programa apresentadas no Encontro Internacional sobre a Questão da Periculosidade, na França. E em 2009, o PAI-PJ recebeu o “Prêmio Nacional de Cidadania com Segurança e Direitos Humanos”, na Conferência Nacional de Segurança Pública, realizada em Brasília, alcançando o 1º lugar.¹¹⁸

Vale ressaltar, que os resultados obtidos com a realização do programa mostram que há mudanças na visão arcaica que se tem a respeito do doente mental. Além do mais, o índice de reincidência é praticamente zero, nenhum dos pacientes condenados pela prática de crime violento, atendidos pelo programa, voltou a cometê-lo.¹¹⁹

Dos indivíduos atendidos pela equipe do PAI-PJ, grande parte estão cumprindo medida de segurança em casa, junto de seus familiares, trabalhando ou estudando.¹²⁰

3.2.2 PAILI GOIÁS

O Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI) foi instituído em outubro de 2006, surgiu através de uma parceria que envolve a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES-GO), Secretaria Estadual de Justiça do Estado de Goiás, Ministério Público Estadual, o Tribunal de Justiça do Estado e a Secretarias Municipais daquelas cidades que já aderiram a proposta do Programa.¹²¹

O Programa busca oferecer assistência e tratamento adequado e humanizado aos doentes mentais infratores, fornecendo o atendimento às pessoas portadoras de transtornos

¹¹⁸ OTTONI, Fernanda. **Por uma Política de Atenção Integral ao louco infrator**. Disponível em http://ftp.tjmg.jus.br/presidencia/projetonovosrumos/pai_pj/resultados.html. Acessado em 09/10/2014.

¹¹⁹ OTTONI, Fernanda. **Por uma Política de Atenção Integral ao louco infrator**. Disponível em http://ftp.tjmg.jus.br/presidencia/projetonovosrumos/pai_pj/resultados.html. Acessado em 09/10/2014.

¹²⁰ OTTONI, Fernanda. **Por uma Política de Atenção Integral ao louco infrator**. Disponível em http://ftp.tjmg.jus.br/presidencia/projetonovosrumos/pai_pj/resultados.html. Acessado em 09/10/2014.

¹²¹ SILVA, Haroldo Caetano. **Programa de Atenção ao Louco Infrator (PAILI)**. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/index.php?idMateria=153172>. Acessado em 09/10/2014.

mentais ou que manifestaram sofrimento mental no transcurso da execução penal, submetidas à medida de segurança no Estado de Goiás. O programa conta também com uma equipe multidisciplinar, responsável por fazer uma avaliação jurídica, clínica e psicossocial, observando cada caso a ele submetido, em busca harmonizar a relação do doente mental com a justiça, visando a não reincidência do ato infracional e sua inserção social. Outro objetivo desse programa é a inclusão da família nesse meio, prestando o apoio necessário.¹²²

Também são objetivos do Programa: realizar estudos e discussões caso a caso com a equipe das unidades de saúde responsáveis pelo atendimento; realizar atividades públicas de sensibilização; firmar parceria com instituições afins, dentre outras.¹²³

“O PAILI já é uma realidade no Estado de Goiás e significa o resgate da dignidade e dos direitos humanos fundamentais dos pacientes submetidos à medida de segurança.”¹²⁴

Percebe-se que ambos programas, PAI-PJ e PAILI, possuem a mesma finalidade e, por isso, tem alcançado resultados positivos, como prega a legislação.

3.2.3 DE VOLTA PARA CASA

Instituído por meio da [Lei Federal 10.708](#) de 31 de julho de 2003, o programa prevê o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes que tenham permanecido em longas internações psiquiátricas. Criado para atender o disposto na Lei 10.216, que estabelece para os casos de pacientes que permaneceram internados por longos períodos ou que apresentem um quadro de grave dependência institucional uma política de alta planejada e de reabilitação psicossocial assistida.¹²⁵

Seu objetivo principal é auxiliar o processo de inserção social dessas pessoas, “incentivando a organização de uma rede ampla e diversificada de recursos assistenciais e de

¹²² SILVA, Haroldo Caetano. **Programa de Atenção ao Louco Infrator (PAILI)**. Disponível em: <http://www.saude.go.gov.br/index.php?idMateria=153172>. Acessado em 09/10/2014.

¹²³ SILVA, Haroldo Caetano. **Programa de Atenção ao Louco Infrator (PAILI)**. Disponível em: <http://www.saude.go.gov.br/index.php?idMateria=153172>. Acessado em 09/10/2014.

¹²⁴ SILVA, Haroldo Caetano. **Programa de Atenção ao Louco Infrator (PAILI)**. Disponível em: <http://www.saude.go.gov.br/index.php?idMateria=153172>. Acessado em 09/10/2014.

¹²⁵ SILVA, Haroldo Caetano. **Programa de Atenção ao Louco Infrator (PAILI)**. Disponível em: <http://www.saude.go.gov.br/index.php?idMateria=153172>. Acessado em 09/10/2014.

cuidados, facilitadora do convívio social, capaz de assegurar o bem-estar global e estimular o exercício pleno de seus direitos civis, políticos e de cidadania.”¹²⁶

Esse programa atua em parceria com a Caixa Econômica Federal, conta hoje com mais de 2.600 beneficiários em todo o território nacional, os quais recebem mensalmente em suas próprias contas bancárias o valor de R\$240,00.¹²⁷

Não deixa de ter um caráter indenizatório àqueles que foram submetidos a tratamentos longos e assim permaneceram isolados e privados de seus direitos básicos de cidadania.

Em síntese, pode-se observar que o intuito principal dos programas assistenciais acima mencionados é cumprir o determinado pela lei da reforma psiquiátrica, qual seja um tratamento digno e a reinserção social aliado a desconstrução do modelo manicomial. O devido tratamento aliado a reinserção social do doente mental conferem a essas pessoas o direito que elas possuem e do qual foram, por muito tempo, privadas. No entanto, há que se ressaltar que o problema não se resolve apenas com alguns programas sociais, vai muito além.

3.3 POLÍTICAS DE TRANSFORMAÇÃO DO MODELO DE SAÚDE MENTAL

De todo o conteúdo abordado ao longo deste trabalho, pode-se perceber que há um divergência entre a teoria e a realidade. Os textos legais, que conferem amplos direitos às pessoas acometidas de transtornos mentais, no mais das vezes são desrespeitados. Atualmente os hospitais psiquiátricos encontram-se sucateados, muito aquém do que se espera e do que impõe a lei, sequer são capazes de oferecer o mínimo exigido para o efetivo tratamento dos seus internados, aliado a esse problema temos a superlotação desses locais, falta de medicamento adequado e, como se não bastasse, a total indiferença com que são tratados. Em contrapartida observa-se que existem, ainda poucos e embrionários, programas voltados para fazer valer o texto da lei 10.216/2001 e que buscam amparar essas pessoas que já são comumente esquecidas.

¹²⁶ SILVA, Haroldo Caetano. **Programa de Atenção ao Louco Infrator (PAILI)**. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/index.php?idMateria=153172>. Acessado em 09/10/2014.

¹²⁷ SILVA, Haroldo Caetano. **Programa de Atenção ao Louco Infrator (PAILI)**. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/index.php?idMateria=153172>. Acessado em 09/10/2014.

O que questiona-se é: por que caminha a passos lentos a reforma psiquiátrica e porque não há uma definitiva substituição desses hospitais que já não cumprem o seu papel pelos programas que têm demonstrado grande potencial na assistência ao portadores de doença mental?

Infelizmente a resposta a essa pergunta não é tão simples quanto parece. *A priori* poder-se-ia responder: falta investimento do Estado. Mas não é bem assim, de certo, há falta de investimento estatal sim, mas esse problema vem acompanhado de diversos outros pontos relevantes, como por exemplo, a falta de interesse por parte do Poder Público.

3.3.1 PODER JUDICIÁRIO X REDES DE SAÚDE PÚBLICA

Primeiramente, é preciso desvincular as medidas de segurança do Poder Judiciário e entregá-la aos cuidados das redes de saúde, mais preparadas para alcançar os fins que se busca com a internação. Já que o doente mental é inimputável, portanto não comete crime, e que, como já foi visto anteriormente, a medida de segurança não é considerada pena, então não há justificativa para interná-lo em prisões ditas hospitais psiquiátricos – que conforme as pesquisas comprovam, estão às ruínas – se o que essas pessoas realmente necessitam é de um tratamento adequado.

A realidade é que o Judiciário não possui capacidade técnica para lidar com essa situação. A internação deve ser embasada em conhecimentos científicos, não em mero “achismo” ou laudos complexos que nada dizem a respeito da real situação do indivíduo. Nesse sentido afirma Caetano Lagrasta Neto: “O Poder Judiciário não é formado por membros tecnicamente capacitados e também não está aparelhado, sequer para a elaboração imediata de laudo médico circunstanciado”. Nesses casos, o que deveria ocorrer é uma vez detectado o transtorno mental, acionar a rede de saúde para atuar em apoio ao magistrado, realizando o laudo psiquiátrico, e uma vez aplicada a medida de segurança não deveria mais caber ao Judiciário conduzir o cumprimento de tal instituto. Ao magistrado caberia a função de acompanhamento, no sentido de fiscalizar o cumprimento, mas sem ter em suas mãos o andamento desse instituto, devendo este ficar sob responsabilidade das redes de saúde.¹²⁸

¹²⁸ LAGRASTA, Caetano Neto. **Desmedida de segurança – A Lei 10.216/01 e o Direito Penal Brasileiro**. In Medida de Segurança: uma questão de Saúde e Ética. (org.): Quirino Cordeiro e Mauro Gomes Aranha de Lima. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2013.

O SUS e a rede de atenção à saúde mental devem se responsabilizar pelo tratamento da pessoa submetida à medida de segurança. Em 2008, esse tema já era debatido e foi alvo de discussões em reuniões que aconteceram com objetivo de acompanhar a execução do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, onde foi consensual a opinião de todas as entidades participantes nesse sentido.¹²⁹

3.3.2 APRIMORAMENTO DOS PROGRAMAS ASSISTENCIAIS JÁ EXISTENTES

Uma vez desvinculado o tratamento dos doentes mentais do Judiciário, deve haver uma revisão dos programas já criados no sentido de buscar o seu aperfeiçoamento, para que possam ser aplicados alcançando da maneira mais efetiva seus objetivos. O atendimento deve ser realizado de maneira ampla e completa. Nos programas citados, como PAILI e PAI-PJ, apesar de terem alcançado grandes resultados, já foi constatado que há algumas deficiências a serem corrigidas, tais como aumentar o número de profissionais.

É preciso também, difundir tais programas por todo o país, afim de promover o que está posto em lei, garantir que todas as pessoas acometidas de transtorno mental tenham sim o tratamento adequado consentâneo às suas necessidades. Esses programas, além de já terem comprovado sua eficiência no tratamento e na reinserção social desses indivíduos tem um custo mais barato do que o atual aparato hospitalocêntrico mantido pelo Judiciário.

Há a necessidade de se reunir experiências exitosas que vêm se desenvolvendo Brasil afora, de modo que se possa, finalmente, transformar essa realidade tão inóspita.¹³⁰

Essas pessoas precisam de tratamento, mas também precisam de apoio, não só da família, como também da sociedade. Desse modo é necessário conscientizar a sociedade e quebrar o velho paradigma do doente mental segregado. É necessária uma política voltada para incentivar e preparar a sociedade para receber esses indivíduos, que uma vez tratados ou em tratamento, não oferecem mais riscos. Eles precisam de emprego, de um lar, de lazer. São

¹²⁹ RAMOS, Breno Montanari. **Aspectos atuais da imputabilidade penal e da medida de segurança no Brasil.** In Medida de Segurança: uma questão de Saúde e Ética. (org.): Quirino Cordeiro e Mauro Gomes Aranha de Lima. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2013.

¹³⁰ RAMOS, Breno Montanari. **Aspectos atuais da imputabilidade penal e da medida de segurança no Brasil.** In Medida de Segurança: uma questão de Saúde e Ética. (org.): Quirino Cordeiro e Mauro Gomes Aranha de Lima. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2013.

peessoas que, na grande maioria dos casos podem ter uma vida “normal” se receberem o devido tratamento, não existindo razão para continuarem segregados socialmente.

Não se pode perder de vista que o fim que se espera da medida de segurança é que o indivíduo receba o tratamento e que volte ao convívio social. Tais projetos têm como finalidade permanente a reinserção social do paciente.¹³¹

O projeto terapêutico, que deve ser interdisciplinar e garantir os direitos fundamentais dos portadores de transtornos mentais, as condições mínimas para a assistência digna aos internos, a viabilização nos procedimentos internos e externos da Política Nacional de Humanização do SUS e os meios pelos quais se pretende encaminhar os pacientes para alta e a reinserção social, objetivo final do regime jurídico instituído pela Lei 10.216/2001.

O art. 10 da Lei de Execuções Penais assegura que “a assistência ao preso e ao internado é dever do Estado, objetivando prevenir o crime e orientar o retorno à convivência em sociedade”.

3.3.3 UNIFORMIZAÇÃO DOS LAUDOS PERICIAIS

Outra grande questão envolve os laudos periciais, que são feitos por peritos a serviço da justiça e irão auxiliar os operadores do Direito, no entanto aos peritos cabem apenas o dever de constatar a atual situação do doente mental. A condução do tratamento é dada pelo juiz, que age amparado pela lei.

Os laudos não obedecem a um padrão pré-determinado. Ainda que haja doutrinas que sugiram formatos, o que há é uma grande autonomia, determinada pelo Código de ética, tanto no que se refere à confecção dos laudos, como à interpretação dos dados obtidos através do contato com o indivíduo, sendo os critérios, em grande parte, subjetivos.

Ao passo que se cobram desses peritos laudos dicotômicos, que forneçam uma resposta objetiva sobre o estado em que se encontra a doença mental, sendo o mais direto possível, “periculosidade cessada” ou “periculosidade não cessada”, em contra partida retira qualquer margem para que o perito faça constatações acerca da doença, suprimindo-se a possibilidade de falar em risco e no manejo do risco. Isso resulta em laudos controvertidos,

¹³¹ JÚNIOR, Reynaldo Mapelli; Mapelli, José Antonio Diana. **O Poder Público nas internações psiquiátricas e nos abrigoamento compulsórios – A questão dos inimputáveis.** In Medida de segurança: uma questão de saúde e ética. (org.): Quirino Cordeiro e Mauro Gomes Aranha de Lima. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2013.

que adotam critérios discrepantes, escolas diversas e gera o prolongamento das internações, uma vez que se obedece o princípio do *in dubio pro societate*.

Constata-se assim a necessidade de uniformização desses laudos. Formalizar questões a serem respondidas, itens a serem avaliados, bem como dar espaço ao perito de fazer uma breve síntese da doença, ficando a cargo do magistrado, de posse dessas informações, conduzir o indivíduo ao que considerar adequado e necessário.

3.3.4 O CARÁTER PERPÉTUO DA MEDIDA DE SEGURANÇA

Há que se levar em conta que é de extrema importância a precoce identificação de transtornos mentais na população carcerária, uma vez que facilitaria seu atendimento e encaminhamento aos serviços de saúde mental e minimizaria as chances de a doença atingir níveis mais graves. Essa identificação precoce, poderia ser realizada por uma equipe, que se disponha a observar comportamentos tendenciosos, vinda dos próprios programas de apoio aos doentes mentais, que tem habilidade em detectar as mínimas ações que podem preceder um transtorno mental. Ficar a cargo de agente penitenciário que não tem conhecimento desses comportamentos não traria resultados frutíferos.

O efetivo tratamento contribui para a não perpetuidade da permanência desses indivíduos em medida de segurança, uma vez que é constitucionalmente vedado pena de caráter perpétuo, porém muito tem custado evitar que de fato isso aconteça, como já vimos no capítulo anterior. Embora não se possa aceitar o caráter perpétuo da medida de segurança, não existem limites legislativos para se coibir discrepâncias em sua aplicação. Por não existir em nosso país internação infundável, qualquer decisão judicial neste sentido, ainda que afirme trata-se de abrigo compulsório é inconstitucional.

Deve-se observar que o tratamento obedece a uma ordem cronológica: se inicia no ambulatório, passando depois pela internação voluntária, quando o próprio paciente solicita, e, por fim, em último caso, a internação compulsória. O que não se pode perder de vista, em hipótese alguma, é que o paradigma é o da excepcionalidade da internação psiquiátrica, porém

não é isso que vem acontecendo, muitas vezes porque a doença mental já é detectada em estado avançado, quando a medida compatível é a internação compulsória.¹³²

A medida de segurança vigente hoje no Código Penal, busca restringir a liberdade das pessoas, não se trata de uma condenação propriamente dita, mas acaba por ser uma condenação social e que tem lugar após o crime, mas não em razão dele, uma vez que não busca atribuir culpa ao doente mental infrator da lei, mas sim custodiá-lo. Seu objetivo principal é impedir que a mesma pessoa, portadora de um transtorno mental, possa cometer outro ato penalmente ilícito, trazendo, deste modo, algum tipo de proteção social contra o risco que esse indivíduo possa trazer. De modo que o tratamento é a maneira mais adequada para atingir esse fim.

Como atingir objetivos sem que haja meios suficientes para isto? É esse o problema atual desse instituto, problema que vem sendo abordado ao longo deste trabalho. A medida de segurança acaba por ter indiretamente um caráter perpétuo porque sequer é oferecido o tratamento adequado a esses doentes. O resultado são laudos que constataam nenhum melhora, muitas vezes até o agravamento da situação. A condição precária no qual se encontram os espaços físicos desses hospitais psiquiátricos só agravam esse problema. E como o paciente só será desinternado com a cessação de sua periculosidade, acaba por nunca sair daquele lugar.

3.3.5 FISCALIZAÇÃO DO MINISTÉRIO PÚBLICO

Cumprir destacar que também é de grandiosa relevância a participação do Ministério Público, de modo que atue fiscalizando o regular cumprimento da medida de segurança. Vejamos o que diz Reynaldo Mapelli Junior e José Antonio Diana Mapelli¹³³ sobre o assunto:

A restrição do direito de ir e vir, ainda que ocorra em processo judicial por razões médicas ou de proteção social, somente pode ocorrer em hipóteses excepcionais expressamente previstas em lei, sob a fiscalização do Ministério Público, instituição com especial destaque nesse tema.

¹³² JÚNIOR, Reynaldo Mapelli; Mapelli, José Antonio Diana. **O Poder Público nas internações psiquiátricas e nos abrigoamento compulsórios – A questão dos inimputáveis.** In Medida de segurança: uma questão de saúde e ética. (org.): Quirino Cordeiro e Mauro Gomes Aranha de Lima. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2013.

¹³³ JÚNIOR, Reynaldo Mapelli; Mapelli, José Antonio Diana. **O Poder Público nas internações psiquiátricas e nos abrigoamento compulsórios – A questão dos inimputáveis.** In Medida de segurança: uma questão de saúde e ética. (org.): Quirino Cordeiro e Mauro Gomes Aranha de Lima. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2013.

Além do mais, a própria lei estabelece que o Ministério Público deverá ser comunicado quando da imposição de internação e da respectiva alta em setenta e duas horas.¹³⁴

De fato, o *parquet*, é o órgão constitucionalmente escolhido para “defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais indisponíveis”, nada mais justo que a ele seja entregue a fiscalização de tal instituto para que se possam obter resultados mais eficazes na aplicação e no sucesso das medidas de segurança. No mais das vezes, esses internos passam por situações lastimáveis, onde tem seus direitos fundamentais brutalmente feridos, como ficou constatado no capítulo anterior. Faz-se necessário então, uma nova postura, onde os direitos dos portadores de transtornos mentais de qualquer natureza, em tratamento ambulatorial ou em regime de internação, tenham uma atenção especial em seu cumprimento, inclusive no controle das internações psiquiátricas.

Reynaldo Mapelli Junior e José Antonio Diana Mapelli adotam a mesma linha de pensamento, veja-se: “a extrema relevância do papel do Ministério Público na fiscalização da legalidade das medidas de abrigamento compulsório e internação psiquiátrica (...) faz parte da própria razão de ser do Ministério Público”.

Um exemplo é o ocorrido no Estado de São Paulo, onde o Ministério Público instituiu um sistema online para receber as comunicações de internações involuntárias e as altas, o que agilizou os procedimentos e vem permitindo um aperfeiçoamento de suas atividades fiscalizatórias.¹³⁵

É essencial fiscalizar os casos individuais de internação psiquiátrica involuntária e, também, as condições de assistência de saúde mental dos estabelecimentos, a fim de coibir eventuais condutas ilícitas e garantir os direitos fundamentais dos pacientes, muitas vezes por meio de *vistoria in loco*.¹³⁶

¹³⁴ JÚNIOR, Reynaldo Mapelli; Mapelli, José Antonio Diana. **O Poder Público nas internações psiquiátricas e nos abrigamento compulsórios – A questão dos inimputáveis**. In Medida de segurança: uma questão de saúde e ética. (org.): Quirino Cordeiro e Mauro Gomes Aranha de Lima. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2013.

¹³⁵ JÚNIOR, Reynaldo Mapelli; Mapelli, José Antonio Diana. **O Poder Público nas internações psiquiátricas e nos abrigamento compulsórios – A questão dos inimputáveis**. In Medida de segurança: uma questão de saúde e ética. (org.): Quirino Cordeiro e Mauro Gomes Aranha de Lima. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2013.

¹³⁶ JÚNIOR, Reynaldo Mapelli; Mapelli, José Antonio Diana. **O Poder Público nas internações psiquiátricas e nos abrigamento compulsórios – A questão dos inimputáveis**. In Medida de segurança: uma questão de saúde

3.3.6 CONCLUSÕES FINAIS

É preciso criar a consciência da importância da saúde mental, isso é algo que deve ser efetivamente incorporado nas políticas públicas de saúde, pois somente a construção de uma rede de serviços que compreenda todos níveis de complexidade da assistência é que irá garantir o direito à saúde dos portadores de transtornos mentais em sua integralidade, conforme princípio constitucional explicitado na Lei Orgânica da Saúde.¹³⁷

Entende-se que há muito ainda por fazer para que as pessoas em medida de segurança sejam tratadas dentro das diretrizes da Lei 10.216/01. O Poder Público, atuando através das políticas públicas, não deve medir esforços no sentido de alcançar meios para o tratamento dessas pessoas. Há a necessidade de um exercício permanente de atenção, de reflexão e, sobretudo, de capacitação dos atores envolvidos, para isso a justiça à saúde.¹³⁸

É com a harmonização entre os diversos órgãos envolvidos e a participação da sociedade que será obtido êxito no resgate da dignidade e dos direitos humanos fundamentais dos pacientes submetidos à medida de segurança.

“Enquanto não houver definitivamente a mudança de paradigma e a conscientização para a assistência aos pacientes em medida de segurança dentro das diretrizes da referida Lei, entende-se que se continuará caminhando na contramão da história.”¹³⁹

e ética. (org.): Quirino Cordeiro e Mauro Gomes Aranha de Lima. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2013.

¹³⁷ JÚNIOR, Reynaldo Mapelli; Mapelli, José Antonio Diana. **O Poder Público nas internações psiquiátricas e nos abrigamento compulsórios – A questão dos inimputáveis.** In Medida de segurança: uma questão de saúde e ética. (org.): Quirino Cordeiro e Mauro Gomes Aranha de Lima. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2013.

¹³⁸ RAMOS, Breno Montanari. **Aspectos atuais da imputabilidade penal e da medida de segurança no Brasil.** In Medida de Segurança: uma questão de Saúde e Ética. (org.): Quirino Cordeiro e Mauro Gomes Aranha de Lima. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2013.

¹³⁹ RAMOS, Breno Montanari. **Aspectos atuais da imputabilidade penal e da medida de segurança no Brasil.** In Medida de Segurança: uma questão de Saúde e Ética. (org.): Quirino Cordeiro e Mauro Gomes Aranha de Lima. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2013.

CONCLUSÃO

Por todo o exposto, conclui-se que é de extrema importância a organização do Estado para promover políticas públicas eficientes que ofereçam de fato a esses indivíduos o tratamento consentâneo às suas necessidades, promovendo ainda sua reinserção na sociedade.

É importante, pois trata de um tema que não recebe muita ênfase no direito brasileiro, passando por vezes esquecido em meio a tantos outros problemas que o Judiciário enfrenta diariamente. A medida de segurança vem sendo muitas vezes ignorada pelos nossos políticos e legisladores que não tem interesse em solucionar os problemas que vem surgindo nesse sistema, seja por que é dispendioso ou pelo simples fato de não verem tal tema como prioridade.

Os doentes mentais são ignorados, seus direitos são descaradamente desrespeitados, tal fato acarreta diversos problemas sociais: estão soltos por aí pessoas que apresentam um alto grau de periculosidade para a sociedade, pessoas estas que deveriam receber os cuidados do Estado. Este por sua vez ignora a existência dessas pessoas, obrigando a sociedade a conviver perigosamente em meio a pessoas que apresentam transtornos mentais, a beira de cometer crimes que venham a chocar o país inteiro. Soma-se a isso os casos em que estas pessoas estão sob sua custódia, mas o tratamento deixa a desejar e por muitas vezes até agrava a situação dessas pessoas.

Como já foi discutido e mostrado ao logo deste trabalho, no mais das vezes essas pessoas encontram-se segregadas, não recebem sequer o apoio da família, que dirá da sociedade, que carrega consigo um conjunto de preconceitos sobre estas pessoas. Deveriam então receber o tratamento do Estado, o que não acontece. E então, excluídas do mundo social, passam a viver privadas de seus direito mais fundamentais.

Percebe-se então que o tema é muito mais amplo, não envolve apenas o Judiciário, apesar de estar em suas mãos à competência de salvaguardar essas pessoas. A parceria é a essência que irá alcançar melhores resultados. Deve haver uma relação recíproca entre os órgãos do Judiciário e da Saúde Pública, a fim de viabilizar a implantação dos projetos e tornar a aplicação do instituto da medida de segurança de fato eficaz, como deve ser, na qualidade que é garantido por lei.

É necessário sair do campo teórico e por em prática. É necessário aprimorar as técnicas, gerir o pessoal, melhorar – e muito – a infraestrutura dos Hospitais Psiquiátricos. Assim como não basta haver apenas projetos, deve haver fiscalização e haver reeducação da sociedade na postura com que trata essas pessoas, que devem sair tratadas e aptas ao convívio em sociedade.

Não se pode deixar de lado a necessidade da mudança no perfil dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátricos, para que sejam mais hospitalares, facilitando a reabilitação psiquiátrica e diminuindo as chances de reincidência. De modo que ajudaria a modificar a visão popular do doente mental.

Como já esposado, existem projetos que cumprem essa função e que tiveram destaque mundial, que se mostraram capaz de suprir essa demanda já tão devassada e merecem prosperar, serem expandidos para todas as regiões do País, a fim de que atinja todas a pessoas que necessitam desse tratamento.

A verdade é que não se pode negar que esse contexto, de um modo geral, levanta e impõe novos desafios a saúde pública, ao judiciário e a sociedade. O Poder Público como um todo está obrigado a fazer cumprir os direitos fundamentais que constam na Constituição Federal.

Há muito por fazer para que as pessoas em medida de segurança sejam tratadas conforme a Lei 10.216/01 impõe. Há a necessidade de um exercício permanente entre os agentes envolvidos. Sem essa mudança de paradigma e sem a conscientização acerca da doença mental e da assistência aos pacientes nada irá prosperar.

É preciso compromisso político de concretizar políticas públicas voltadas para esses indivíduos. É necessário que o tema seja enfrentado e amplamente debatido, concretizando o que está previsto no texto legal, para que a medida de segurança seja de fato um instituto gerador de justiça.

REFERÊNCIAS

- AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho Amarante. **Saúde Mental, Desinstitucionalização e Novas Estratégias de Cuidado**. In Políticas e sistema de saúde no Brasil. (org.): Lígia Giovanella, Sarah Escorel, Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato et al. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2012.
- COHEN, Cláudio. **Bases históricas da relação entre transtorno mental e crime**. In Medida de Segurança: uma questão de Saúde e Ética. (org.): Quirino Cordeiro e Mauro Gomes Aranha de Lima. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2013.
- BRASIL. **Decreto-Lei nº 3.689 de 03 de outubro de 1941**. 13. ed. atual. e ampl. São Paulo, Saraiva, 2012.
- BRASIL. **Decreto-Lei nº 3.914, de 09 de dezembro de 1941**. 13. ed. atual. e ampl. São Paulo, Saraiva, 2012.
- BRASIL. **Lei nº 7.210 de 11 de julho de 1984**. Institui a Lei de Execução Penal. 13. ed. atual. e ampl. São Paulo, Saraiva, 2012.
- BRASIL. **Lei 10.216, de 6 de abril de 2001**. 13. ed. atual. e ampl. São Paulo, Saraiva, 2012.
- BRASIL. **Supremo Tribunal Federal**. Habeas Corpus 84.219, relator ministro Marcos Aurélio, julgamento em 16-8-2005, Primeira Turma, DJ de 23-09-2005.
- CAPEZ, Fernando. **Curso de Direito Penal**. 16 ed. São Paulo, Saraiva, 2012.
- CARRARA, Sérgio Luis. **A história esquecida: os manicômios judiciários no Brasil**. Rev. Bras. Crescimento e Desenvolvimento Hum. 2010; 20(1): 16-29.
- CORDEIRO, Quirino; MORANA, Hilda Clotilde Penteadó. **Saúde mental e o plano nacional de política criminal e penitenciária**. Disponível em <www.polbr.med.br>. Acessado em 27/08/2014.
- DIAS, João Carlos; FILHO, Elias Abdalla; MORANA, Hilda Clotilde Penteadó; CORONEL, Luiz Carlos Illafons; CHALUB, Miguel; MORAES, Talvane Marins. **Hospitais de Custódia no Brasil**. Disponível em: <www.abpbrasil.org.br/comunicado/arquivo/comunicado-104/MANUAL_FORENSE-18_10_Joao_2.pdf> . Acessado em 07 de maio de 2014.
- DINIZ, Débora. **A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil: censo 2011**. Brasília, Letras Livres : Editora Universidade de Brasília, 2013.
- HIGA, Karine Keiko Leitão; CORDEIRO, Quirino. **Superveniência de doença mental e medida de segurança**. In Medida de Segurança: uma questão de Saúde e Ética. (org.): Quirino Cordeiro e Mauro Gomes Aranha de Lima. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2013.
- JÚNIOR, Reynaldo Mapelli; Mapelli, José Antonio Diana. **O Poder Público nas internações psiquiátricas e nos abrigamento compulsórios – A questão dos inimputáveis**. In Medida de segurança: uma questão de saúde e ética. (org.): Quirino Cordeiro e Mauro Gomes Aranha de Lima. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2013.

LAGRASTA, Caetano Neto. **Desmedida de segurança – A Lei 10.216/01 e o Direito Penal Brasileiro.** In Medida de Segurança: uma questão de Saúde e Ética. (org.): Quirino Cordeiro e Mauro Gomes Aranha de Lima. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2013.

MARAFANTI, Ísis; PINHEIRO, Maria Carolina Pedalino; RIBEIRO, Rafael Bernardon; CORDEIRO, Quirino. **Aspectos históricos da medida de segurança e sua evolução no direito penal brasileiro.** In Medida de Segurança: uma questão de Saúde e Ética. (org.): Quirino Cordeiro e Mauro Gomes Aranha de Lima. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2013.

MIRABETE, Julio Fabrini. **Execução Penal.** São Paulo, Atlas, 2004.

NUCCI, Guilherme de Souza. **Manual de Direito Penal.** 10 ed. Rio de Janeiro, Forense, 2014.

OTTONI, Fernanda. **Por uma Política de Atenção Integral ao louco infrator.** Disponível em <ftp.tjmg.jus.br/presidencia/projetonovosrumos> Acessado em 09/10/2014.

RAMOS, Breno Montanari. **Aspectos atuais da imputabilidade penal e da medida de segurança no Brasil.** In Medida de Segurança: uma questão de Saúde e Ética. (org.): Quirino Cordeiro e Mauro Gomes Aranha de Lima. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2013.

RIBEIRO, Rafael Bernardon; CORDEIRO, Quirino. **Avaliação de risco do paciente em medida de segurança.** In Medida de Segurança: uma questão de Saúde e Ética. (org.): Quirino Cordeiro e Mauro Gomes Aranha de Lima. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2013.

RIGONATTI, Luiz Felipe; RIBEIRO, Rafael Bernardon; RIGONATTI, Sérgio Paulo; CORDEIRO, Quirino. **O papel do hospital de custódia e tratamento psiquiátrico: previsão legal e realidade.** In Medida de Segurança: uma questão de Saúde e Ética. (org.): Quirino Cordeiro e Mauro Gomes Aranha de Lima. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2013.

SILVA, Haroldo Caetano. **Programa de Atenção ao Louco Infrator (PAILD).** Disponível em: <www.saude.go.gov.br>. [Acessado em 09/10/2014.](http://www.saude.go.gov.br)

TABORDA, José Geraldo Vernet; TELLES, Lisieux E. de Borba; COSTA, Gabriela de Moraes. **A reforma da atenção psiquiátrica e a criminalização do doente mental.** In Medida de Segurança: uma questão de Saúde e Ética. (org.): Quirino Cordeiro e Mauro Gomes Aranha de Lima. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2013.

VELLOSO, Renato Ribeiro; RIBEIRO, Hewdy Lobo; FILHO, Antônio Cabral; RIBEIRO, Rafael Bernardon; CORDEIRO, Quirino. **Medida de segurança e a possibilidade de reclusão perpétua.** In Medida de Segurança: uma questão de Saúde e Ética. (org.): Quirino Cordeiro e Mauro Gomes Aranha de Lima. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2013.