

MEDIDA DE SEGURANÇA: (IN)COMPATIBILIDADES NO CONTEXTO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA

Quintila Garcia Santos
Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Israel Maria dos Santos Segundo
Universidade Federal do Rio Grande do Norte

RESUMO: Este estudo teve como objetivo geral analisar a (in)compatibilidade do instituto da medida de segurança com o ordenamento jurídico pátrio, notadamente no contexto do movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), sendo os objetivos específicos: averiguar a (in)constitucionalidade da medida de segurança; verificar a (in)compatibilidade dessa medida com a reforma psiquiátrica e identificar estratégias e/ou propostas voltadas para o saneamento da problemática, tudo em conformidade com a literatura disponível concernente à discussão ora ventilada. Dos 17 estudos selecionados para compor os resultados, apenas o de Jacobina (2008) aborda com mais profundidade a questão da constitucionalidade da medida de segurança. A maioria não discorre sobre a inconstitucionalidade ou a incompatibilidade do instituto em si com o ordenamento jurídico, mas, principalmente, acerca de seu modo de execução no âmbito dos hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico (HCTPs) e sobre a questão da duração indeterminada dessa sanção, aspectos esses que, na visão dos autores, estão em descompasso com o Direito Sanitário, com a RPB e com a própria Constituição.

PALAVRAS-CHAVE: Direito Penal. Medida de segurança. Direito Sanitário. Reforma psiquiátrica. Hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico.

Introdução

A loucura é temática de interesse interdisciplinar, notadamente das ciências humanas e da saúde. Seu conceito ainda não atingiu um denominador comum entre as diversas ciências, é pouco pacífico e encontra-se em processo de construção. Tal fenômeno atinge a esfera vivencial do indivíduo no âmbito privado e nas suas relações sociais.

O Direito, enquanto conjunto de normas que disciplina coercitivamente as condutas humanas com vistas à pacífica convivência em sociedade, também se preocupa com a loucura, sobremaneira com seu aspecto “desordenador”.

No ordenamento jurídico pátrio, é possível identificar, em diversos institutos normativos, referências aos termos “transtorno mental” ou “doença mental”, a exemplo do Código Civil, do Código Penal, da lei penal adjetiva e da legislação sanitária.

No âmbito do Direito Civil, a higidez mental tem relevância enquanto um dos critérios utilizados para a determinação dos conceitos de capacidade e incapacidade civil. Da mesma forma, na seara penal, enquanto critério para determinar a imputabilidade ou a inimputabilidade do sujeito que pratica condutas tipificadas como crime pela lei penal.

O Direito Sanitário, por sua vez, preocupa-se com a determinação das diretrizes terapêuticas e com a garantia de uma rede de serviços apta a fornecer a adequada assistência ao sujeito portador de transtorno mental. Trata-se de medidas em compasso com o atual

paradigma adotado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), o qual concebe a ideia de saúde em uma acepção ampla, diferentemente do conceito vigente no modelo médico-hospitalocêntrico clássico, que compreendia saúde apenas enquanto ausência de doença.

É importante ressaltar que os direitos e garantias fundamentais previstos constitucionalmente também devem ser assegurados aos sujeitos portadores de transtorno mental.

Sabe-se que o indivíduo considerado inimputável, embora possa praticar condutas típicas, não comete crime por falta do requisito da culpabilidade, na medida em que, para configurar crime, o fato precisa ser típico, antijurídico e culpável.

Quando, ao final do processo penal, resta comprovado que um indivíduo considerado inimputável praticou um fato típico, ele é submetido ao instituto penal da chamada “medida de segurança”, que, teoricamente, não tem cunho repressivo, mas, sim, terapêutico e preventivo.

A medida de segurança fundamenta-se na associação da loucura à periculosidade. Sua execução dá-se, preferencialmente, em estabelecimentos atualmente denominados de “hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico”, anteriormente designados de “manicômios judiciários”. Tais estabelecimentos pertencem ao Sistema Penitenciário, e não ao SUS.

Nesse diapasão, discute-se, no presente estudo, o instituto da medida de segurança no ordenamento jurídico brasileiro, abordando seu descompasso com o Direito Sanitário, especialmente com a concepção de saúde e com o modelo de assistência adotados pelo SUS no contexto do movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), além de suscitar discussões que giram em torno da (in)constitucionalidade de tal medida.

Conforme ensina Jacobina (2006, p. 16), a legislação penal e processual penal adota determinada concepção de loucura e uma forma de lidar com ela. Prevalece, no Direito, uma noção desumanizadora da loucura, fruto do desenvolvimento do racionalismo e do positivismo, diferindo da concepção ideológica da loucura adotada atualmente pela legislação sanitária.

Por outro lado, a RPB prega uma nova concepção da loucura que afaste o portador de transtorno mental (PTM) da lógica segregadora e manicomial. A reforma eclodiu junto com o movimento sanitário na década de 1970 e fundou-se na crise do modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico e nos esforços dos movimentos sociais pelos direitos dos pacientes psiquiátricos. Tais movimentos tinham como objetivo ir além da sanção de novas leis e normas, e provocar um conjunto de mudanças nas políticas governamentais e nos serviços de saúde (BRASIL, 2005, p. 6).

Esse movimento de reforma propõe um processo de desinstitucionalização, que parte da compreensão do PTM enquanto sujeito de sua história, propiciando-lhe a convivência social com intuito de dar sentido à sua existência e favorecendo o respeito à diversidade, uma contraposição à inflexibilidade do modelo hospitalocêntrico (MORENO; ALENCASTRE, 2004, p. 175-176). Nessa perspectiva, vislumbra-se a utilização de práticas de cuidado, de preferência distintas das utilizadas tradicionalmente (reclusão, normatização, contenção, entre outras).

A desinstitucionalização veio a desmontar aparatos administrativos balizados na ideia de separação do doente de sua existência no meio social. Visa a propiciar o respeito aos direitos sociais desse público e a trazer outros sujeitos (profissionais de saúde, familiares e comunidade) para atuarem no processo de escolha de medidas a serem adotadas no cuidado

da pessoa com transtorno mental, contribuindo para o rompimento com uma cultura psiquiátrica fundada nos episódios agudos e críticos da doença mental (PEREIRA, 2003, p. 72).

Para se efetivar a reforma psiquiátrica com êxito, não basta transformar o modelo assistencial ofertado pelo SUS: é necessário atingir outras esferas desse processo social complexo, como a teórico-conceitual, a sociocultural e a jurídico-política, conforme defende Amarante (2007, p. 63-73).

Na esfera jurídica, um dos institutos que aparentemente mais se contrapõe a ideia da RPB é a medida de segurança. Os manicômios judiciais são vistos pelos militantes dessa causa como um dos principais empecilhos para a concretização da reforma, razão pela qual a medida de segurança é alvo de críticas que discutem, inclusive, sua constitucionalidade.

Diante da problemática em tela, emergem diversas questões: a) ainda há lugar, no ordenamento jurídico brasileiro, para a medida de segurança nos moldes como vem sendo executada tradicionalmente?; b) é possível a convivência desse instituto com o modelo de saúde mental que vem sendo implantado com o processo da reforma psiquiátrica brasileira?; c) podem-se compatibilizar essas duas realidades?; e) o que os estudiosos no assunto propõem?

Trata-se de uma discussão praticamente ausente no âmbito da doutrina penalista e da própria jurisprudência.

O desenvolvimento do tema “Direito Penal da loucura vs. reforma psiquiátrica” mostra-se relevante para o aprofundamento da discussão em comento no âmbito do Direito, tanto pelo imperativo de zelar pela coerência do ordenamento jurídico como pela necessidade de adequação dos institutos jurídicos aos movimentos científicos e sociais que denotem progresso na forma de lidar com as mais diversas condições humanas. Dessa forma, consubstancia-se uma evolução dos próprios direitos humanos, não sendo lícito, aos demais ramos do Direito, permanecerem inertes e à margem dessas mudanças.

Assim, este estudo tem por objetivo geral analisar a (in)compatibilidade do instituto da medida de segurança com o ordenamento jurídico pátrio, notadamente no contexto do movimento da reforma psiquiátrica. Já os objetivos específicos são: averiguar a (in)constitucionalidade da medida de segurança; verificar a (in)compatibilidade dessa medida com a RPB e identificar estratégias e/ou propostas voltadas para o saneamento da problemática – tudo em conformidade com a literatura disponível concernente à discussão ora ventilada.

1 A reforma psiquiátrica brasileira

O conceito de loucura perpassa diversas fases, recebendo conotações mágico-religiosas, filosóficas e, mais recentemente, ditas científicas. Na história recente da humanidade, a “desrazão” sobressaiu enquanto conceito de loucura. A partir do século XVIII, com a Revolução Francesa marcando o início da contemporaneidade, a loucura passou a ter a conotação de doença passível de tratamento e cura. Nesse contexto, Philippe Pinel lançou as bases do conhecimento sobre o que chamou de alienação mental, dando origem à ciência psiquiátrica (AMARANTE, 2007, p. 28-30).

A alienação, para Pinel, não seria a perda absoluta da razão, mas um distúrbio no âmbito das paixões do indivíduo capaz de desarmonizar a mente. Nesse entendimento, tal desordem deveria receber tratamento moral no âmbito hospitalar, o qual, por si, já era considerado uma terapia, pois afastava o indivíduo do ambiente social e familiar, supostamente causador do transtorno (AMARANTE, 2007, p. 30-31).

Nesse momento, o cuidado com o louco deixou de ser competência da família, como era na sociedade pré-capitalista (MELLO, 2005, p. 391), e passou a ser de profissionais de saúde no hospital. Na vigência desse modelo, o portador de transtorno mental passou a ser afastado da família e da sociedade durante as crises – o que desencadeou o esquecimento, a segregação e a exclusão social do louco (AZEVEDO; MIRANDA; GAUDÊNCIO, 2009, p. 486).

No pós-2ª Guerra Mundial, passou-se a buscar meios de transformar esse campo de assistência, sendo a experiência mais relevante a Reforma Psiquiátrica Italiana (ou Psiquiatria Democrática), liderada por Franco Basaglia, que trabalhou para abolir toda a estrutura manicomial (AMARANTE, 2007, p. 40-41, 55-56).

Mundialmente, crescia a insatisfação com o modelo vigente. As recidivas agudizantes seguidas de internações e da cronificação da doença levaram o modelo manicomial ao descrédito. Por isso, familiares e profissionais da área de saúde, com o apoio dos meios de comunicação de mídia, reivindicaram mudanças urgentes das práticas assistenciais e terapêuticas: tornou-se imperioso descentralizar o tratamento da doença mental para uma concepção de promoção da saúde mental do indivíduo inserido na família e na comunidade (AZEVEDO; MIRANDA, 2009, p. 111).

A RPB somente emergiu no final da década de 1970 a partir do surgimento do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), responsável pela formulação teórica e pela organização de novas práticas (AMARAL; DURMAN, 2004, p. 117). Eclodiu juntamente com o “movimento sanitário”, inscrita num contexto internacional de mudanças pela superação da violência asilar e de crise no modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico. O movimento reformista favoreceu a transformação dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, a defesa da saúde coletiva, a equidade na oferta dos serviços e o protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado (BRASIL, 2005, p. 6).

A reforma tentou romper com uma ciência cujos elementos norteadores são a objetivação do fenômeno da loucura e a patologização dos comportamentos humanos, buscando deslocar o foco do atendimento da patologia para o modo de viver e sentir o sofrimento do sujeito (MELLO, 2005, p. 391).

Assim, a legislação federal brasileira de saúde mental, entre 1991 e 2001, propôs modos de tratamento que visavam a romper com o padrão hospitalocêntrico e a viabilizar a reinserção social e o resgate da cidadania do PTM, ao possibilitar a assistência ambulatorial em hospitais-dia,¹ centros de atenção psicossociais (CAPS), serviços residenciais terapêuticos (SRTs), atendimento de emergências psiquiátricas em unidades de internação em hospitais gerais, entre outros (GUIMARÃES et al., 2010, p. 278).

Antes mesmo da demorada aprovação da Lei nº 10.216/2001, que ficou conhecida como “Lei da Reforma Psiquiátrica”, sete estados e o Distrito Federal já haviam aprovado leis que previam a substituição progressiva da assistência em hospital psiquiátrico de internação pelo tratamento em outros dispositivos e serviços; e o Ministério da Saúde já havia editado 11 portarias, que, em seu conjunto, constituíam um arcabouço normativo importante tanto para o controle dos hospitais psiquiátricos em funcionamento no país quanto para o incentivo à criação de novos dispositivos (TENÓRIO, 2002, p. 51).

Mas somente em 2001, após 12 anos de tramitação, no Congresso Nacional, do Projeto de Lei nº 3.657-A/1989 (autor: deputado Paulo Delgado), a Lei da Reforma Psiquiátrica foi promulgada no país. A aprovação, no entanto, foi de um projeto substitutivo que trouxe modificações importantes no texto do projeto original (BRASIL, 2005, p. 8).

Segundo Jacobina (2008, p. 105-106), a resistência à aprovação da lei na forma como foi proposta no primeiro projeto veio principalmente das correntes mais conservadoras da política nacional, que sofreu pressão do poder econômico dos grandes proprietários de hospitais.

Desse modo, a Lei nº 10.216/2001 redirecionou a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, e dispôs sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais. Todavia, não instituiu mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios, como previa o projeto de lei original (BRASIL, 2005, p. 8).

Assim, a lei supracitada não representou ainda a plena consolidação dos ideais da RPB no mundo jurídico (JACOBINA, 2008, p. 106). Contudo, foi no contexto de sua promulgação e da realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental que a política de saúde mental do governo federal, alinhada com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, passou a se consolidar, ganhando maior sustentação e visibilidade (BRASIL, 2005, p. 8-9).

Dessa forma, impulsionou-se o processo de desinstitucionalização de pessoas internadas em hospitais psiquiátricos, o qual avançou significativamente através da instituição de mecanismos, como o Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria), o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS, o Programa De Volta para Casa e a expansão de serviços como os CAPS e as Residências Terapêuticas,² o que contribuiu para a redução de milhares de leitos em hospitais psiquiátricos e para o fechamento de vários manicômios no país (BRASIL, 2005, p. 9).

Entre todos os dispositivos, os CAPS têm valor estratégico para a RPB, na medida em que são os articuladores dessa rede e da política de saúde mental em um determinado território. Têm como funções: prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando, assim, as internações em hospitais psiquiátricos; promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais através de ações intersectoriais; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação; dar suporte à atenção à saúde mental na rede básica; e organizar a rede de atenção às pessoas com transtornos mentais nos municípios (BRASIL, 2005, p. 25).

De acordo com Amarante (2007, p. 63), a reforma constitui-se pelo entrelaçamento de dimensões simultâneas, que ora se alimentam ora são conflitantes, produzindo pulsações, paradoxos, contradições, consensos e tensões. Entre essas dimensões, estão: a teórico-conceitual, a técnico-assistencial, a jurídico-política e a sociocultural.

Na dimensão teórico-conceitual, é preciso considerar que o saber oriundo da psiquiatria clássica, fundado nas ciências naturais, por si só, não basta mais. Ao elaborar uma política, é necessário contemplar um conjunto de aspectos que, embora alheios à ciência, interferem na formulação de suas estratégias, sejam eles de ordem ideológica, política, ética, cultural, entre outros (AMARANTE, 2007, p. 64-65).

No âmbito assistencial, os serviços devem ser entendidos enquanto dispositivos estratégicos, lugares de acolhimento, cuidado e trocas sociais; serviços que lidam com pessoas, e não somente com doenças, configurando-se ambientes de sociabilidade e de produção de subjetividades, e não de repressão, exclusão, disciplina, controle e vigilância constante, como fora outrora, em um modelo que evidenciava a doença e punha o indivíduo entre parênteses (AMARANTE, 2007, p. 69).

Segundo Amarante (2007, p. 69), outro aspecto importante é a revisão da legislação, pois os códigos penal e civil, além de outras leis, estão repletos de referências nocivas aos sujeitos em sofrimento psíquico e representam obstáculo ao exercício da cidadania. Loucura não pode ser sinônimo de periculosidade, irracionalidade, incapacidade civil e de exercício da cidadania na dimensão jurídico-política.

Nesse contexto, os direitos humanos assumem uma expressão singular na luta pelas inclusões de novos sujeitos de direito e de novos direitos para os sujeitos portadores de transtorno mental, tendo a Lei nº 10.216/2001 dado um passo decisivo nessa direção (AMARANTE, 2007, 69-70).

Contudo não basta aprovar leis: a construção da cidadania diz respeito a um processo social que compreende mudança de mentalidade, de atitudes e de relações sociais, razão pela qual a dimensão sociocultural é estratégica e criativa, reconhecendo enquanto princípio fundamental o envolvimento da sociedade na discussão da Reforma Psiquiátrica (AMARANTE, 2007, p. 71).

2 Breves considerações acerca da medida de segurança

O inimputável em razão de doença mental que pratica uma conduta típica e ilícita deverá ser absolvido por meio de uma sentença absolutória imprópria, sendo-lhe aplicada a medida de segurança (MS). Já o semi-imputável que pratica conduta típica, ilícita e culpável deverá ser condenado, podendo sua pena ser reduzida de um a dois terços, por ser menor o juízo de reprovação que recai sobre sua conduta. Ao semi-imputável, só será aplicada a MS quando, após a condenação, necessitar de especial tratamento curativo (GRECO, 2012, p. 670-671).

Anatureza jurídica da medida de segurança é discutida doutrinariamente, existindo duas correntes principais acerca da questão. A primeira, defendida pela maioria dos doutrinadores (Mirabete, Nucci, Damásio de Jesus, Bruno Moraes Ribeiro, entre outros),

entende que a medida de segurança é modalidade de sanção penal, aplicando-se a ela todos os princípios da pena; ao passo que a segunda corrente, minoritária, defendida por Luiz Vicente Cernicchiaro e Assis Toledo, apregoa que a medida de segurança é um instituto meramente terapêutico, que visa a fornecer tratamento e recuperação ao indivíduo que não possui higidez mental (ALMEIDA, 2012, p. 4).

Para Delmanto (2010, p. 360), as medidas de segurança são sanções penais que, por vezes, assumem caráter mais gravoso do que as penas propriamente ditas, em razão da severíssima restrição à liberdade do indivíduo internado. Essas medidas são impostas em decorrência do poder de coação estatal (*jus puniendi*), devido à prática comprovada de fato penalmente típico e antijurídico por uma pessoa considerada imputável ou semi-imputável. Tal comprovação demanda o devido processo legal, sendo lastreada em provas lícitas e idôneas (DELMANTO, 2010, p. 360).

Zaffaroni e Pierangeli (2008, p. 111-112) afirmam que essas medidas são materialmente administrativas e formalmente penais. Ressaltam que, juridicamente, não podem ser chamadas de sanções, ainda que, na prática, o sistema penal as distorça, atribuindo-lhes, eventualmente, essa função. Os autores entendem que o fundamento da MS não é a periculosidade em sentido jurídico-penal (relevante probabilidade de que o sujeito cometa crimes), mas sim no sentido corrente da palavra (perigo de autolesão).

Apesar disso, os autores (2008, p. 112) reconhecem que a natureza materialmente administrativa dessas medidas não pode levar a ignorar que, na prática, podem ser sentidas como penas, dada a gravíssima limitação à liberdade que implicam. Alertam também que a “forma penal” as torna ainda mais severas e controladas que uma internação comum, devendo cessar essas medidas em algum momento para se evitar uma indeterminação absoluta que se traduza em uma intervenção penal perpétua.

Observa-se que a lei penal substantiva prevê duas espécies de medida de segurança: a internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico (reclusão) ou, na falta, em outro estabelecimento adequado; e a sujeição a tratamento ambulatorial (detenção).

Rogério Greco (2012, p. 665-666), reconhecendo a existência do movimento que visa a evitar a internação dos pacientes portadores de doença mental e fundamentado na Lei nº 10.216, defende que o juiz, ao absolver o agente, aplicando-lhe a MS, deverá, em sua decisão, optar pelo tratamento que mais se adapte ao caso (internação ou acompanhamento ambulatorial). Para o autor, essa é uma faculdade do julgador independentemente da disposição do art. 97 do Código Penal (CP), não importando se o delito é punido com reclusão ou detenção.

O CP fixa o prazo mínimo de um a três anos para a duração das medidas de segurança, mas não estabelece o máximo. Contudo, os tribunais superiores vêm entendendo não ser possível que a execução dessas medidas se estenda por mais de 30 anos.

O estabelecimento penal destinado ao cumprimento da medida de segurança é o hospital de custódia e tratamento psiquiátrico (HCTP), aplicando-se a ele, no que couber, as disposições referentes aos requisitos básicos necessários a assegurar o cumprimento da medida de segurança, de forma a garantir a efetividade do princípio da dignidade da pessoa humana (TÁVORA; ALENCAR, 2013, p. 1.301).

De acordo com Delmanto et. al. (2010, p. 361), os HCTPs não passariam de novo nome dado aos famosos e desacreditados manicômios judiciários brasileiros. Embora alguns julgados aludam a diferença que existiria entre os novos e os antigos estabelecimentos, na prática, continuaria tudo igual. Os hospitais para loucos infratores resistiram à RPB, tendo alguns, até mesmo, sido inaugurados após a Lei nº 10.216/2001 (DINIZ, 2013, p. 13).

A cessação da periculosidade deve ser averiguada no fim do prazo mínimo de duração da medida de segurança, pelo exame das condições pessoais do agente. Contudo, em qualquer tempo, ainda no decorrer do prazo mínimo de duração da medida poderá o juiz da execução, diante de requerimento fundamentado do Ministério Público ou do interessado, seu procurador ou defensor, ordenar o exame para que se verifique a cessação da periculosidade, conforme disposto nos artigos 175 e 176 da Lei de Execução Penal (LEP).

2.1 Da (in)compatibilidade da medida de segurança com o ordenamento jurídico pátrio no contexto da RPB

Dos trabalhos a serem utilizados para a discussão dessa categoria, apenas o estudo de Jacobina (2008) aborda com mais profundidade a questão da constitucionalidade da medida de segurança. A maioria não discorre sobre a inconstitucionalidade ou a incompatibilidade do instituto em si com o ordenamento jurídico, mas, principalmente, acerca de seu modo de execução no âmbito dos HCTPs e sobre a questão da duração indeterminada dessa sanção – aspectos que estão em descompasso com o Direito Sanitário, com a RPB e com a própria CF88.

Paulo Vasconcelos Jacobina (2008), em *Direito Penal da Loucura: Medida de Segurança e Reforma Psiquiátrica*, defende a tese da inconstitucionalidade da medida de segurança e discorre acerca da incompatibilidade desse instituto do Direito Penal com o Direito Sanitário e com a legislação da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Para Jacobina (2008, p. 126), perante os princípios de cidadania, da dignidade da pessoa humana, do Sistema Único de Saúde e da subjetividade e pessoalidade da culpa, é muito difícil, senão impossível, vislumbrar fundamento constitucional para a medida de segurança. Assim, estribado nos incisos LIV, XLV e LVII do art. 5º da Constituição, assevera que:

Estabelecer [...] a constitucionalidade de um direito penal dirigido ao imputável, baseado na periculosidade social (juízo para o futuro) e não na culpabilidade (juízo para o passado), é muito complicado, do ponto de vista da afinação com a Constituição vigente. Submetê-lo a processo penal para aplicar-lhe uma medida de segurança é, da mesma forma, complicadíssimo. Onde encontrar a culpa de quem é legalmente irresponsável? Como garantir o devido processo penal a quem não pode sequer entender seus termos? Como garantir a pessoalidade (a pena não deve passar da pessoa do condenado) se o louco deve ser absolvido e depois apenado? (JACOBINA, 2008, p. 98)

Segundo o referido autor, nenhuma pena pode ser imposta a quem venha a ser absolvido, por falta de previsão constitucional.

Peres e Nery Filho também constatam a ambiguidade que marca o estatuto jurídico do PTM no Brasil; estatuto que, pautado na “estratégia da periculosidade”, justifica a punição como tratamento e fundamenta a prevenção em um ato passado. Esses autores entendem ser frágil o fundamento da MS e descortinam a incoerência estampada no CP:

Ao contrário do que foi proposto por Magalhães Drummond, o código de 1940 não adotou a distinção entre imputabilidade moral e penal. A responsabilidade penal continuava fundada na responsabilidade moral, com base na doutrina do livre-arbítrio. A princípio, percebemos certa incoerência nos procedimentos adotados no novo código, que, se por um lado pautava-se na doutrina clássica e aceitava o pressuposto da vontade livre, por outro, pautava-se nas ideias da escola positiva e concebia, em casos de loucura, por exemplo, o crime como determinado por causas biológicas que comprometiam a vontade e o entendimento. [...]

Em que se diferenciam, então, periculosidade e capacidade de delinquir? Esta questão mostra-se fundamental para compreendermos o dispositivo que se instaura em torno dos loucos-criminosos, que são paradoxalmente absolvidos e submetidos a uma sanção penal indeterminada em sua duração, justamente por ser tal procedimento fundamentado na periculosidade. (PERES; NERY FILHO, 2002, p. 343-349)

Além disso, os autores esclarecem que o nascimento do instituto da MS no Brasil não está ligado à finalidade terapêutica, mas à necessidade de dar respostas penais aos delitos perpetrados por PTMs, informando que a MS veio para suprir a anomalia do CP de 1890, que, ao isentá-los de pena, não previa nenhuma medida, deixando-os a cargo da assistência a alienados (PERES; NERY FILHO, 2002, p. 345).

Nessa perspectiva, Jacobina (2008, p. 99) critica a medida de segurança, afirmando tratar-se de um sancionamento de natureza penal disfarçado de sanção terapêutica em um contexto em que a própria comunidade científica e o SUS vêm negando o caráter terapêutico da internação. Restaria evidente ser tal medida estritamente punitiva e de problemática constitucionalidade, tendo em vista que se consubstanciaria em verdadeira responsabilização penal objetiva, o que, como se sabe, é veementemente rechaçado no ordenamento jurídico pátrio.

Para Correia, Lima e Alves (2007, p. 1998), a medida de segurança configura-se pena de caráter aflagante, que, além de desrespeitar os direitos constitucionais por não garantir condições mínimas de vida e por isolar os internos, tem aptidão para romper laços sociofamiliares, dada a indeterminação do tempo de internação.

Outrossim, Jacobina (2008, p. 113), citando o relatório final do Seminário Nacional para a Reorientação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, menciona que as noções nas quais se baliza a aplicação da medida de segurança ferem os princípios constitucionais da reserva legal e da proporcionalidade da pena, apontando para a necessidade de formulação de novos paradigmas jurídicos.

No tocante ao prazo de duração da MS, é importante consignar que os tribunais superiores já se posicionaram no sentido de que não pode se estender por mais de 30 anos:³ há inclusive decisões do STJ em que se adota o entendimento de que a medida de segurança não pode se prolongar por período superior ao da pena máxima abstratamente cominada ao delito.⁴ O STJ alude ainda, em outro julgado, a responsabilidade do Estado na garantia dos direitos constitucionais e da continuidade do tratamento do PTM infrator nos termos da Lei da Reforma Psiquiátrica, após cumprida a medida de segurança.⁵

Embora demonstrem certo avanço, esses julgados ainda não são capazes de sanar toda a problemática e todas as contradições que giram em torno da MS. Esta continua, eminentemente, assumindo caráter mais gravoso que o da própria pena; e a legislação penal permanece privando os PTMs de garantias e benefícios penais e processuais penais assegurados a todos os outros indivíduos que cometem algum delito.

Dessa forma, o louco infrator, mesmo em caso de crimes de menor potencial ofensivo, é, através do instituto da MS, introduzido em um sistema carcerário ineficiente e incapaz de assegurar os mínimos direitos inerentes a todo ser humano.

Segundo Pereira (2013, p. 242), essa medida, tal como vem sendo executada, é uma forma de eugenia social em que o interno se submete ao regime penal, e não terapêutico, tornando-se refém de sua própria enfermidade e abdicando, em razão dela, dos direitos da personalidade, não lhe sendo facultado consentir acerca dos tratamentos que lhe são destinados. Além disso, a medida de segurança possibilita torturas e maus-tratos psicofísicos e morais.

Jacobina (2008, p.99) ressalta ainda a contradição existente entre a MS e os princípios constitucionais que lastreiam o Sistema Único de Saúde e o Direito Sanitário brasileiro.

Nesse sentido, Viana e Souza (2012, p. 173) expõem que a legislação sanitária evoluiu de uma concepção de isolamento do PTM para uma de respeito à dignidade humana e de inserção social desses sujeitos. No entanto, na legislação penal, o tratamento fundado no isolamento continua prevalecendo, ignorando-se a possibilidade de tratamento em regime ambulatorial.

Os autores (2012, p. 171) entendem que a concepção biologicista que orienta o Código Penal na abordagem sobre os PTMs que cometeram delitos impõe dupla penalização a esses sujeitos, em desacordo com os atuais princípios constitucionais e de forma discriminatória. Acrescentam ainda a impossibilidade imposta pelo sistema penal de estender ao louco infrator os benefícios previstos na Lei nº 9.099/1995 (Lei dos Juizados Especiais) para delitos de menor potencial ofensivo.

Para Martinho Silva (2010, p. 663), a existência de estabelecimentos, no âmbito do sistema penitenciário, voltados ao tratamento daqueles que cometem crimes mas são penalmente inimputáveis, configura-se um impasse para o SUS, pois permite que instituições de saúde sejam criadas à revelia da lógica da integralidade e da intersetorialidade.

Correia, Lima e Alves (2007, p. 1997), Jacobina (2008, p. 119), Carrara (2010, p. 18), Reis (2010, p. 14), Mello (2010, p. 111), Santana, Chianca e Cardoso (2011, p.18) e Pereira (2013, p. 242) ressaltam a ambiguidade apresentada pelos manicômios judiciais, atualmente denominados de HCTPs.

De acordo com Correia, Lima e Alves (2007, p. 1997), essas instituições, desde a sua origem, apresentam uma estrutura ambígua e contraditória: enquanto instituições prisionais, sustentavam-se na premissa de que o indivíduo, ainda que com transtorno mental, deveria pagar pelos seus crimes; e, enquanto instituições de custódia, buscavam satisfazer as interpretações patologizantes e biodeterminantes do indivíduo, revelando, com grades e intervenções psiquiátricas, a dupla exclusão que sofrem as pessoas com transtorno mental autoras de delitos.

Jacobina assim conceitua os manicômios judiciais:

[...] ainda são hospitais no sentido medieval do termo - centros não medicalizados de segregação da miséria humana. E agora a lei está apontando no sentido de sua medicalização, em uma época em que a reforma psiquiátrica está destruindo o próprio modelo hospitalocêntrico de tratamento da loucura. Isso demonstra bem o sentido verdadeiro da legislação - simplesmente segregadora. (JACOBINA, 2008, p. 119)

Em estudo acerca do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Heitor Carrilho, no Rio de Janeiro, Carrara (2010, p. 18) observa que a ambivalência da instituição, de defeito constitucional, pode ser detectada em vários níveis, marcando desde a legislação que lhe dá suporte até a identidade autoatribuída dos internos e das equipes de profissionais do estabelecimento. Destaca tal instituição parecer híbrida, contraditória, de difícil definição e incapaz de atingir os objetivos terapêuticos a que se propunha.

Santana, Chianca e Cardoso (2011, p. 18) afirmam que o HCTP têm características tanto de presídio quanto de asilo. Reis (2010, p. 14) aborda a ambiguidade e a instabilidade gerada por esses manicômios na atual política de saúde mental brasileira.

Segundo Pereira (2013, p. 242), os PTMs infratores são esquecidos dentro dos manicômios, que, apesar de serem denominados de HCTPs, são verdadeiras prisões que sequer oferecem tratamento de saúde aos internos, ao apresentarem uma situação caótica e desprezarem a dignidade dos pacientes.

Melo conclui que:

Neste lugar híbrido, entre a cruz e a espada, entre o saber do direito e o saber médico e de outras disciplinas da área da saúde e da assistência social, o louco infrator, o manicômio judiciário e a medida de segurança permanecem como escravos de dois senhores, tendo que atender às propostas e às regras de discursos diferentes, legitimando absurdos inaceitáveis, como a permanência de um paciente institucionalizado durante 11 anos por ter quebrado uma janela e chutado o cunhado. O paciente internado no HCTP, ao menos no Rio Grande do Sul, por um lado, não tem os recursos de um serviço de saúde; por outro, não tem as garantias processuais dos presos comuns. Absolvidos, são condenados a um destino incerto, onde muitas vezes tem que pagar, não só pelo delito praticado, mas pelas falhas do estado na assistência à saúde mental, pelas carências do estado e da comunidade. (MELO, 2010, p. 111)

A literatura aponta que tais instituições manicomialis, sob a fachada médica das instituições psiquiátricas, empreendem, na verdade, uma prática secular de contenção, moralização e disciplinarização de indivíduos tidos como socialmente desviantes (CARRARA, 2010, p. 18).

Assim, Correia, Lima e Alves (2007, p. 1996), Jacobina (2008, p. 120), Carrara (2010, p. 18), Reis (2010, p. 14) e Santana, Chianca e Cardoso (2011, p. 18) utilizam o conceito de “instituições totais”,⁶ definido por Goffman (2001 apud JACOBINA, 2008) para caracterizar esses estabelecimentos.

Diante dessa realidade, os estudiosos destacam o avanço trazido pela Lei nº 10.216/2001 no trato dado à matéria da loucura, uma vez que as orientações desse texto legal subvertem a lógica das instituições totais, ao inovarem em diversos procedimentos e ao estabelecerem os direitos dos PTMs (CORREIA; LIMA; ALVES, 2007, p. 1999).

No entanto, para Pereira (2013, p. 239-249), embora a referida lei tutele o atendimento humanitário a pessoa portadora de transtorno mental, relega esse tratamento digno ao louco infrator, aos quais se aplicam os defectíveis dogmas do CP e da LEP.

Em posicionamento contrário, Correia, Lima e Alves (2010, p. 1.999), Jacobina (2008, p. 106-112), Haroldo Silva (2010, p. 113) e Sampaio (2010, p. 33) entendem que a Lei da Reforma Psiquiátrica aplica-se aos PTMs que praticaram fato tipificado como crime.

Segundo Correia, Lima e Alves (2010, p. 1.999), apesar de a lei não se referir explicitamente à questão da internação decorrente da prática de delito por PTM, tal tipo de internamento está incluso na internação compulsória (por determinação judicial) disciplinada por esse diploma legal.

No mesmo sentido, Sampaio (2010, p. 33) afirma que, embora a problemática dos HCTPs não tenha sido tratada com clareza, tais instituições estão devidamente incluídas nas disposições legais da Lei nº 10.216/2001, artigos 3º e 5º.

Para Haroldo Silva (2010, p. 113), em face da referida lei, impõe-se uma nova interpretação das regras atinentes às medidas de segurança tanto no CP quanto na LEP, que foram parcialmente derogados por ela. Desse modo, quando houver indicação para internação, esta deve obedecer aos estritos limites da citada lei, perdendo força a figura da periculosidade como fundamento para a aplicação da MS.

De acordo com Jacobina (2008, p. 106-111), as orientações do SUS, suas diretrizes e os princípios específicos previstos na Lei nº 10.216 têm aplicabilidade integral e imediata aos manicômios judiciais, bem como à relação entre o mundo jurídico e o PTM infrator, pois tal instituto normativo não fez distinção entre os PTMs criminosos e não criminosos.

Jacobina (2008, p. 109), ao fazer uma análise hermenêutica acerca do conflito aparente de norma no tempo, concluiu que, embora os dispositivos incompatíveis não tenham sido expressamente revogados pela lei nova, isso não significa que não estejam derogados, haja vista que tal revogação atende aos princípios da unidade e da coerência do ordenamento jurídico.

Ademais, acatando-se a tese da inconstitucionalidade do instituto da MS, defendida por Jacobina (2008), esvaziar-se-ia a celeuma referente ao conflito de normas e, conseqüentemente, aplicar-se-ia, indubitavelmente, de forma integral e equânime a vigente política de saúde mental do SUS ao PTM infrator.

2.2 Das alternativas para o saneamento da problemática que gira em torno da medida de segurança no Brasil

Foram identificadas propostas e/ou experiências voltadas a mudanças de paradigma no que se refere ao instituto da medida de segurança em 10 estudos. Desses, 40% lançavam propostas ou relatavam experiências que buscavam amenizar os impactos causados pelo cumprimento da medida, mas não propunham o fim da medida nem a extinção dos HCTPs; 40% defendiam a execução da medida na rede de serviços do SUS; e 20%, o fim do instituto da medida de segurança.

Do primeiro grupo de soluções propostas (estratégias que não se voltam à extinção do HCTP, nem da MS), exibidas em quatro estudos, uma consiste na criação de um CAPS judiciário (CAPSj) para dar suporte à execução da medida (OLIVEIRA; ARRAES, 2011); uma, na alta progressiva (MARAFIGA; COELHO; TEODORO, 2009); outra, em alternativas para a desinternação de pacientes internados há muito tempo (MELLO, 2010); e a aplicação das ideias oriundas dos encontros nacionais dos HCTPs (SAMPAIO, 2010).

A ideia do CAPSj não defende o fim dos HCTPs: a proposta incentiva a liberação dos pacientes que não tenham necessidade de se manter internados no referido estabelecimento, possibilitando que a custódia no âmbito dos HCTPs ocorra apenas por um período mínimo (OLIVEIRA; ARRAES, 2011, p. 454).

O serviço em questão seguiria as normas já estabelecidas pelo Ministério da Saúde para os tipos de CAPS já existentes, assistiria detentos com transtornos mentais severos e persistentes e poderia ser instalado em todo o território nacional. A proposta visa a garantir a acessibilidade da assistência, o acolhimento ao PTM em uma perspectiva psicossocial; o aperfeiçoamento, a humanização do atendimento psiquiátrico; e o estabelecimento de medidas que viabilizem o acesso aos serviços de saúde aos presidiários adoecidos psiquicamente (OLIVEIRA; ARRAES, 2011, p. 451).

A alta progressiva, por sua vez, é uma prática de desospitalização gradual que ocorre no Instituto Psiquiátrico Forense em Porto Alegre. Trata-se de uma concessão da autoridade judiciária aos internos que cumprem medida de segurança no manicômio judiciário. Nessa prática, os pacientes beneficiados passam a sair do estabelecimento esporadicamente, mediante solicitação das equipes terapêuticas via laudos de verificação da periculosidade. O tempo das saídas pode variar (simples passeios, fins de semana com a família, saídas diárias semanais ou períodos maiores) (MARAFIGA; COELHO; TEODORO, 2009, p. 80).

Para a continuidade do benefício, é necessário que o paciente apresente manejo de situações adversas que venham a ocorrer fora do HCTP. A passagem da alta progressiva para a liberdade plena do indivíduo ocorre mediante a apresentação de boa evolução psiquiátrica, caracterizada pela ausência de sintomas psicóticos agudos por um longo e regular período. Não há um tempo rígido estabelecido para essa finalidade, tendo a experiência indicado um prazo médio de, aproximadamente, dois anos em regime de observação e tratamento externo para a análise da estabilização do paciente e da readaptação à vida social (MARAFIGA; COELHO; TEODORO, 2009, p. 83-84).

O estudo de Mello (2010, p. 106) apresenta o Projeto Qorpo Santo, também desenvolvido em Porto Alegre, no Instituto Psiquiátrico Forense Maurício Cardoso. A iniciativa consiste em “um projeto coletivo e interinstitucional que se propõe a construir alternativas de desinternação e de reinserção na comunidade para os pacientes longamente internados, em cumprimento de Medida de Segurança”.

O projeto contempla uma série de ações voltadas não só ao fim do regime de internação, mas, também, à inclusão do paciente em outros serviços de saúde e nos demais recursos do território, uma proposta que inclui a promoção da autonomia do paciente, o resgate de sua palavra, a sua responsabilização por seus atos e escolhas e o seu reconhecimento como cidadão (MELLO, 2010, p. 106-107).

Sampaio (2010) apresenta propostas advindas do I, do II e do III Encontro Nacional dos Hospitais de Custódia. No primeiro encontro, ocorrido em 1996 em Vitória, destacaram-se as seguintes propostas:

- a) criação da Vara de Execuções Criminais Privativa de medida de segurança;
- b) autonomia do tratamento com inclusão de saídas terapêuticas, alta progressiva, trabalho externo, hospital noite, etc.;
- c) credenciamento dos Hospitais de Custódia junto ao SUS;
- d) pareceres multiprofissionais;
- e) mudança nos códigos civil e penal no que tange às medidas de segurança (SAMPAIO, 2010, p. 31).

No segundo encontro, realizado em Maceió em 1998, lançaram-se como alternativas: “a) alteração da medida de segurança para medida de tratamento; b) criação de cursos específicos de capacitação para as equipes multidisciplinares; c) credenciamento dos Hospitais de Custódia pelo SUS” (SAMPAIO, 2010, p. 31). Por fim, no terceiro, em 1999, em São Paulo, foi proposto:

- a) que o Hospital de Custódia deve ser espaço de acolhimento e não de abandono;
- b) na área jurídica deveria haver a criação de vara específica para medida de tratamento, a exclusão da periculosidade presumida e a fixação de prazos mínimos e máximos para a medida de segurança, vislumbrando o anteprojeto da Comissão Especial da Reforma da Lei das Execuções Penais;
- c) os portadores de transtornos mentais deveriam ter direito à visita íntima;
- d) integração definitiva de todos os hospitais de custódia ao SUS (SAMPAIO, 2010, p. 32-33)

Esse primeiro grupo de propostas expõe uma preocupação louvável com a situação dos internos no âmbito dos manicômios judiciais e trazem ideias para amenizá-las e tentar garantir, ao menos minimamente, uma finalidade terapêutica e condições mais humanas na execução da MS. No entanto, mostra-se muito limitado no contexto da RPB, que se pauta na promoção da cidadania do PTM, na proposição de uma rede de serviços voltada à atenção integral desse público e na superação de todo o aparato manicomial. Portanto, não são suficientes a criação de um serviço e estratégias isoladas de adequação de manicômios, embora algumas das propostas citadas, se implantadas, possam trazer avanços interessantes na execução da medida. Tais alternativas não são capazes, por si só, de sanar toda a contradição em que se funda a MS e, principalmente, essas instituições manicomiais atualmente denominadas de HCTPs.

O segundo conjunto de alternativas aponta para a execução da MS na rede de serviços de saúde existente no SUS, dispensando a figura do HCTP. Nessa perspectiva, dois estudos (BARROS-BRISSET, 2010a; BARROS-BRISSET, 2010b) apresentam a experiência do Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário (PAI-PJ), adotado pelo Tribunal de Justiça de Minas Gerais (TJMG), e dois abordam o Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (Paili) de Goiás, que nasceu inspirado no PAI-PJ/TJMG (SILVA, H., 2010; SILVA, M., 2010).

De acordo com Barros-Brisset (2010a, p. 85), não adianta melhorar a estrutura interna do manicômio, pois não há como humanizar o tratamento na internação. Para a autora, é necessário abrir as portas dessas instituições, pois a humanidade está incluída na vida que palpita fora dos campos de exclusão.

O PAI-PJ/TJMG, que vem sendo executado em Belo Horizonte, é um projeto piloto que “articula as ações dos operadores do direito com os equipamentos da rede pública municipal em saúde mental e da assistência social, tendo por orientação a singularidade clínica, social e jurídica do sujeito portador de sofrimento mental” (BARROS-BRISSET, 2010a, p. 84).

O programa firmou-se por meio de uma parceria entre TJMG, o Projeto de Saúde Mental do Município de Belo Horizonte, o Ministério Público, a Defensoria Pública, o Centro Universitário Newton Paiva e outros recursos institucionais disponíveis no município (BARROS-BRISSET, 2010b, p. 122).

A finalidade do PAI-PJ é a oferta do acompanhamento integral ao paciente judiciário portador de sofrimento mental em todas as fases do processo criminal. A sua execução é propiciada pelo trabalho de uma equipe multidisciplinar - composta por psicólogos judiciais, assistentes sociais judiciais, assistentes jurídicos e estagiários em Psicologia - que faz a conexão entre o TJMG com a rede de saúde e outros dispositivos. Essa equipe secretaria cada caso na sua relação com a vida na cidade e atua como um serviço auxiliar do juiz, subsidiando a decisão judicial e juntando aos autos os relatórios oriundos do trabalho com os diversos parceiros fora do sistema jurídico (trabalhadores da saúde mental, de organizações e entidades sociais, familiares, entre outros) (BARROS-BRISSET, 2010a, p. 122-123).

Barros-Brisset explica como se dá a operacionalização do programa:

[...] quando chega um caso, ainda no início do processo criminal, acolhemos, escutamos e encaminhamos para a rede pública de saúde para seu tratamento, levantamos as possibilidades de ampliação dos laços de sociabilidade na rede de assistência social da cidade, orientamos o sujeito em relação às consequências jurídicas de seu processo que terá que responder. O processo segue seu curso, caminha ao lado. O juiz e promotor acompanham a trajetória do sujeito através do acompanhamento cotidiano do PAI-PJ. Se a perícia indicar sua insanidade mental, o sujeito receberá uma medida de internação ou ambulatorial, de acordo com o crime que cometeu. Continuamos acompanhando as respostas do sujeito à resposta jurídica, ao seu tratamento e sua relação com a cidade. Recebeu uma medida ambulatorial: tratamento na rede pública de saúde. Se for uma medida de internação: rede pública de saúde, também! (BARROS-BRISSET, 2010, p. 87)

Registre-se ainda que Barros-Brisset (2010b, p. 123-124) não defende o fim da MS: entende que a questão do louco infrator deve passar pelo Direito Penal e que responder pelo delito praticado também é uma forma de inclusão social, uma condição humanizante e um exercício da cidadania, que aponta para a responsabilidade e a capacidade do sujeito de se reconhecer como parte de um registro normativo que serve para todos.

Embora não lancem propostas de modo concreto, Santana, Chianca e Cardoso (2011, p. 26-27) compartilham desse pensamento e parecem simpatizar-se com a ideia do PAI-PJ/TJMG.

O Paili-GO, que nasceu inspirado no PAI-PJ/MG, constitui-se uma proposta muito semelhante a este. Diferencia-se, principalmente, pelo fato de, embora o processo de execução da MS continue jurisdicionalizado, não ser o juiz quem determina o tratamento a ser dispensado ao paciente, mas sim o médico, atendendo à exigência da Lei nº 10.216, de laudo médico circunstanciado como pressuposto para a internação psiquiátrica (SILVA, H., 2010, p. 114).

Martinho Silva expõe resumidamente o funcionamento e o modo de operacionalização do Paili:

Sobre o funcionamento do Paili-GO, começa com o encaminhamento das pessoas sentenciadas a medida de segurança pelos juízes, seguido de estudo de casos e, dependendo da análise da equipe, encaminhamento para tratamento ambulatorial (Centro de Atenção Psicossocial/CAPS, Ambulatório de Psiquiatria, Hospital-Dia, Programa de Saúde da Família, entre outros) ou para internação em clínicas psiquiátricas conveniadas ao SUS. Ou seja, o Paili-GO, a partir da sentença de medida de segurança pela instância judiciária estadual, realiza um projeto terapêutico para a pessoa e encaminha para o recurso terapêutico adequado à situação: acompanhamento em liberdade ou reclusão, tratamento ambulatorial ou hospitalar, no primeiro caso na rede pública de saúde mental e, no segundo caso, exclusivamente na rede privada conveniada ao SUS. O PAILI-GO também efetiva o requerimento de benefícios sociais (Programa de Volta para Casa e Benefício de Prestação Continuada, entre outros), acompanha todo o tratamento do usuário realizando atendimentos para orientações jurídicas/psicossociais e visitas domiciliares, até a cessação do seu vínculo com a Justiça. O programa tem como parceiros o Ministério Público, o Tribunal de Justiça, as Secretarias Municipais de Saúde, a Secretaria de Segurança Pública do Estado de Goiás e algumas clínicas psiquiátricas conveniadas com o SUS. Funciona de segunda a sexta, das 8 às 18 horas. Trata-se de um programa que medeia, supervisiona e articula, mais do que um órgão responsável pelo atendimento direto da pessoa em medida de segurança. (SILVA, M., 2010, p. 670)

Haroldo Silva (2010, p. 114) argumenta que “se a medida de segurança não tem caráter punitivo - e de direito não tem - a sua feição terapêutica deve preponderar”.

O PAI-PJ e o Paili-GO configuram grande avanço na forma de execução da MS e, decerto, guardam compatibilidade com os ideais da RPB, notadamente por dispensar a figura do manicômio, por lançar mão da rede de saúde do SUS e por buscar o resgate da cidadania do PTM. Porém, não parecem ainda dar resposta à crítica ontológica feita por Jacobina (2008) à medida em questão, que não debate apenas sua incongruência com o Direito Sanitário, mas seus próprios fundamentos, ao discutir o sentido de sua existência no âmbito do Direito Penal e sua própria constitucionalidade, a princípio, independentemente do modo de execução.

Na terceira classe de soluções propostas, estão as que pugnam pelo fim do instituto da MS, defendidas por Correia, Lima e Alves (2007) e por Jacobina (2008).

Correia, Lima e Alves (2007, p. 1.998) propõem que os PTMs infratores sejam julgados pelos seus delitos e, se condenados, recebam uma pena. Havendo necessidade de tratamento psiquiátrico, segundo as autoras, esse deve ser ofertado conforme as características e necessidades individuais do apenado. Para as autoras (2007, p. 2.000), os dispositivos do Código Penal brasileiro que criaram a inimputabilidade e a MS estão ultrapassados e inadequados.

Jacobina (2008, p. 136-137) defende o fim da MS, mas não a total irresponsabilização do PTM infrator. Contudo, não explica, em seu trabalho, como deve ser o sistema de responsabilização. Esclarece apenas que tal solução não deve passar pelo DIREITO penal e que precisa ser edificada a partir de um debate multidisciplinar, amplo e democrático.

Existe um discurso coerente na defesa do fim da MS e na proposição de que, caso isso ocorra, deve emergir um novo sistema de responsabilização pensado à luz da complexidade da problemática, de modo interdisciplinar, multilateral e democrático.

Por outro lado, em razão da própria cultura jurídica brasileira, parece complicado vislumbrar esse sistema de responsabilização que exclui o Direito Penal aprioristicamente. Todavia, não se pode olvidar que é temerário defender a aplicação de penas sem ponderar as peculiaridades que giram em torno da doença mental.

Considerações finais

Este trabalho apresentou discussões que giram em torno da (in)compatibilidade do instituto da medida de segurança com o ordenamento jurídico brasileiro, sobretudo no contexto do processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Somente um dos estudos selecionados para compor os resultados, o de Jacobina (2008), discutiu com mais profundidade a constitucionalidade da medida de segurança em si, ao defender a tese da inconstitucionalidade e expor diversas interfaces da contradição que tal instituto representa para o ordenamento jurídico pátrio, principalmente com a Constituição, com o Direito Sanitário e com a Lei da Reforma Psiquiátrica.

A maioria dos trabalhos preocupou-se mais com o modo de execução da MS, apontando a patente contradição entre a internação nos manicômios judiciais e a Reforma Psiquiátrica, bem como a violação dos direitos humanos evidenciada no âmbito desses estabelecimentos de características asilares.

No contexto dessa problemática, emergiram nos estudos algumas propostas. Dentre elas, parte direcionava para alternativas de amenização dos impactos causados pelo cumprimento da medida no HCTP, parte pregava a execução da MS no âmbito do SUS e outras, a minoria, defendiam o fim do referido instituto. Algumas das soluções apresentadas configuram experiências exitosas que já vêm sendo desenvolvidas, em alguns estados do país, pautadas nos ideais da RPB.

Consignou-se que a MS é um instituto de bases jurídicas frágeis e que se encontra em completo descompasso com o ordenamento jurídico pátrio pelo modo como vem sendo executado hodiernamente, notadamente no que se refere à internação no âmbito dos HCTPs, instituições que caminham na contramão da RPB.

Outrossim, essa medida, tal como está disciplinada, acaba se tornando mais punitiva que a pena propriamente dita, degenerando o indivíduo biopsicossocialmente. O próprio Direito Sanitário vem considerando as práticas manicomialmente inadequadas e sem caráter terapêutico, além de propor que, através das políticas de saúde, se tente devolver a cidadania do PTM e desconstruir a ideia de periculosidade que, ao longo da história, se atrelou a loucura e que fundamenta a MS no Direito Penal.

Observa-se que a maioria dos estudiosos no assunto não está buscando propriamente isentar o PTM infrator de sua responsabilidade. Ao contrário, milita em defesa do resgate da cidadania desses infratores, com os direitos e deveres a esta inerentes, criticando, muitas vezes, as ideias de incapacidade, irresponsabilidade e inimputabilidade.

Contudo, um sistema de responsabilização do louco infrator que extirpe a MS ainda parece difícil de visualizar: demanda-se um debate criativo, interinstitucional e multidisciplinar para se obter uma solução plausível que leve em consideração a complexidade da situação e a singularidade do sujeito portador de transtorno mental.

SAFETY MEASURE: (IN)COMPATIBILITIES IN THE CONTEXT OF THE BRAZILIAN PSYCHIATRIC REFORM

ABSTRACT: This study is aimed to analyze (in)compatibility of the Institution of the Safety Measure towards the national legal system, noticeably in the context of the Psychiatric Reform. It also has the following objectives: to determine the (un)constitutionality of the measure; check the (in) compatibility of this measure with the Brazilian Psychiatric Reform and identify strategies and/or proposals focused on remedy the issue; all in accordance with the available literature concerning the current discussion. Out of the 17 studies selected to compose the results, only Jacobina (2008) discusses the issue of the constitutionality of the security measure more deeply. The most do not address the unconstitutionality of the institution itself or its incompatibility with the legal system. Otherwise, those studies only concern about the implementation of Custody Hospitals and Psychiatric Treatment and the issue of indefinite lasting of this sanction, aspects which, in the authors' view, are at odds with the Health Law, with the Brazilian Psychiatric Reform and the Constitution itself.

KEYWORDS: Criminal Law. Security measure. Health Law. Psychiatric reform. Custody hospitals and psychiatric treatment.

Referências

ALMEIDA, Francieli Batista. Direito Penal da Loucura: a questão da imputabilidade penal por doença mental e a aplicação das medidas de segurança no ordenamento jurídico brasileiro. *Jus Navigandi*, ano 17, Teresina, 10 abr. 2012. Disponível em: <<http://jus.com.br/artigos/21476/direito-penal-da-loucura/1>>. Acesso em: 20 ago. 2013.

AMARAL, Pollyanna Cristini Gris; DURMAN, Solânia. O que pensa a família sobre o atendimento oferecido pela psiquiatria. *Acta Scientiarum. Health Sciences*, v. 26, n. 1, p. 113-119, Maringá, 2004. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/view/1629/1064>>. Acesso em: 12 ago. 2013.

AMARANTE, Paulo. *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

AZEVEDO, Dulcian Medeiros de; MIRANDA, Francisco Arnaldo Nunes de. The family and substitute services in mental health: a clipping of the Brazilian literature in nursing. *Rev. Enferm. UFPE on line*. V.3, n.1, p. 93-98, Recife, 2009. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/269/pdf_842>. Acesso em: 15 ago. 2013.

AZEVEDO, Dulcian Medeiros de; MIRANDA, Francisco Arnaldo Nunes de; GAUDÊNCIO, Mércia Maria de Paiva. Percepções de familiares sobre o portador de sofrimento psíquico institucionalizado. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm*, v. 13, n. 3, p. 485-91, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n3/v13n3a05.pdf>>. Acesso em: 12 ago. 2013.

BARROS-BRISSET, Fernanda Otoni de. Rede é um monte de buracos, amarrados com barbante. *Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.*, v. 20, n. 1, p. 83-89, São Paulo, 2010a. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v20n1/16.pdf>>. Acesso em: 30 ago. 2013.

_____. Um dispositivo conector: relato da experiência do PAI-PJ/TJMG, uma política de atenção integral ao louco infrator, em belo horizonte. *Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.*, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 116-128, 2010b. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v20n1/16.pdf>>. Acesso em: 30 ago. 2013.

BRASIL. *Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940*. Código Penal. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848.htm>. Acesso em: 20 ago. 2013.

_____. *Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984*. Institui a Lei de Execução Penal. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7210.htm>. Acesso em: 20 ago. 2013.

_____. *Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001*. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>. Acesso em: 25 ago. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Supremo Tribunal Federal. *Recurso Ordinário em Habeas Corpus nº 100.383/AP*. Relator: min. Luiz Fux, data de julgamento: 18/10/2011, 1ª Turma, DJE: 4/11/2011.

_____. Superior Tribunal de Justiça. *Habeas Corpus nº 174.342/RS*. Relator: ministro Sebastião Reis Jr., Data de julgamento: 11/10/2011, 6ª Turma, DJE: 14/11/2011.

_____. Superior Tribunal de Justiça. *Habeas Corpus nº 87007/RJ*. Relator: Ministro Arnaldo Esteves Lima. Data de Julgamento: 13/8/2009, 5ª Turma, DJE: 14/9/2009.

BRAVO, Omar Alejandro. As prisões da loucura, a loucura das prisões. *Psicologia & sociedade*, Porto Alegre, v. 19, n. 2, p. 34-41, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v19n2/a05v19n2.pdf>>. Acesso em: 30 ago. 2013.

CARRARA, Sérgio Luis. A história esquecida: os manicômios judiciais no Brasil. *Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.*, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 16-29, 2010. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v20n1/04.pdf>>. Acesso em: 30 ago. 2013.

CORREIA, Ludmila Cerqueira; LIMA, Isabel Maria Sampaio Oliveira; ALVES, Vânia Sampaio. Direitos das pessoas com transtorno mental autoras de delitos. *Cad. saúde pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, p. 1.995-2.012, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n9/02.pdf>>. Acesso em: 30 ago. 2013.

DELMANTO, Celso et al. *Código Penal comentado*. 8. ed. São Paulo: Saraiva, 2010.

DINIZ, Debora. *A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil*: censo 2011. Brasília: Letras Livres; Unb, 2013.

GRECO, Rogério. *Curso de Direito Penal*: parte geral. 14. ed. Rio de Janeiro: Impetus, 2012.

GUIMARÃES, Andréa Noeremberg et. al. O tratamento ao portador de transtorno mental: um diálogo com a legislação federal brasileira (1935-2001). *Texto Contexto Enferm.*, Florianópolis, v. 19, n. 2, p. 274-282, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n2/08.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2013.

JACOBINA, Paulo Vasconcelos. Direito Penal da Loucura: medida de segurança e reforma psiquiátrica. *Boletim dos Procuradores da República*, Brasília, ano VI, nº 70, 2006. Disponível em: <http://www.anpr.org.br/files/boletim_70.pdf>. Acesso em: 9 ago. 2013.

JACOBINA, Paulo Vasconcelos. *Direito Penal da Loucura: medida de segurança e reforma psiquiátrica*. Brasília: ESMPU, 2008. Disponível em: <<http://escola.mpu.mp.br/linha-editorial/outras-publicacoes/Direito%20Penal%20da%20Loucura%20%20EBOOK.pdf>>. Acesso em: 25 jul. 2013.

MARAFIGA, Caroline Velasquez; COELHO, Elizabete Rodrigues; TEODORO, Maycoln Leôni Martins. A alta progressiva como meio de reinserção social do paciente do manicômio judiciário. *Mental, Barbacena*, v. 7, n. 12, p. 77-95, 2009. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/mental/v7n12/v7n12a05.pdf>>. Acesso em: 30 ago. 2013.

MELLO, Adriana Pinto de. Entre a cruz e a espada. *Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.*, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 106-111, 2010. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v20n1/14.pdf>>. Acesso em: 30 ago. 2013.

MELLO, Rosâne. A construção do cuidado à família e a consolidação da reforma psiquiátrica. *Rev. Enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, v. 13, n.3, p. 390-395, 2005. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v13n3/v13n3a15.pdf>>. Acesso em: 1º ago. 2013.

MORENO, Vânia; ALENCASTRE, Márcia Bucchi. A família do portador de sofrimento psíquico e os serviços de saúde mental: estudo de caso. *Acta Scientiarum. Health Sciences*, Maringá, v. 26, n. 1, p. 175-181, 2004. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/view/1653/1071>>. Acesso em: 1º ago. 2013.

OLIVEIRA, Nelson Rocha de; ARRAES, Raquel Maria Batista. CAPS Judiciário: opção necessária para uma justiça saudável. *Psicol. Argum.*, Curitiba, v. 29, n. 67, p. 447-455, 2011. Disponível em: <<http://www2.pucpr.br/reol/index.php/pa?dd1=5790&dd99=view>>. Acesso em: 30 ago. 2013.

PEREIRA, Maria Alice Ornellas. Representação da doença mental pela família do paciente. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, Botucatu, v. 7, n. 12, p. 71-82, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v7n12/v7n12a05.pdf>>. Acesso em: 1º ago. 2013.

PEREIRA, Sarah Caroline de Deus. A criminalização da loucura no modelo jurídico-terapêutico-punitivo-prisional dos hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico. *Revista da Seção Judiciária do Rio de Janeiro*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 37, p. 239-249, ago. 2013. Disponível em: <<http://www.jfrj.jus.br/revistasjrj>>. Acesso em: 30 ago. 2013.

PERES, Maria Fernanda Tourinho; NERY FILHO, Antônio. A doença mental no direito penal brasileiro: inimputabilidade, irresponsabilidade, periculosidade e medida de segurança. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 335-355, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v9n2/a06v9n2.pdf>>. Acesso em: 30 ago. 2013.

REIS, Alberto Olavo Advíncula. Saúde Mental, Democracia e Responsabilidade. *Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.*, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 11-15, 2010. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v20n1/03.pdf>>. Acesso em: 30 ago. 2013.

SAMPAIO, Paulo César. Passagens. *Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.*, v. 20, São Paulo, n. 1, p. 30-35, 2010. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v20n1/05.pdf>>. Acesso em: 30 ago. 2013.

SANTANA, Ana Flávia Ferreira de Almeida; CHIANCA, Tânia Couto Machado; CARDOSO, Clareci Silva. Direito e saúde mental: percurso histórico com vistas à superação da exclusão. *Psicologia em revista*, Belo Horizonte, v. 17, n. 1, p. 16-31, 2011. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/per/v17n1/v17n1a04.pdf>>. Acesso em: 30 ago. 2013.

SILVA, Haroldo Caetano da. Reforma psiquiátrica nas medidas de segurança: a experiência Goiana PAILL. *Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.*, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 112-115, 2010. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v20n1/15.pdf>>. Acesso em: 30 ago. 2013.

SILVA, Martinho Braga Batista e. O desafio colocado pelas pessoas em medida de segurança no âmbito do Sistema Único de Saúde: a experiência do PAILL-GO. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 653-682, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v20n2/a17v20n2.pdf>>. Acesso em: 30 ago. 2013.

TÁVORA, Nestor; ALENCAR, Rosmar Rodrigues. *Curso de Direito Processual Penal*. 8. ed. Salvador: Jus Podivm, 2013.

TENÓRIO, Fernando. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 25-59, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v9n1/a03v9n1.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2013.

VIANA, Itana; SOUZA, Luis Eugenio de. Como são tratados os doentes mentais infratores? Periculosidade, medida de segurança e reforma psiquiátrica. *Rev. direito sanit.*, São Paulo, v. 12, n. 3, p. 161-176, 2011-2012. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/694/704>>. Acesso em: 30 ago. 2013.

ZAFFARONI, Eugenio Raúl; PIERANGELI, José Henrique. *Manual de Direito Penal brasileiro*. 7. ed. São Paulo: RT, 2008. V. 1: parte geral.

Recebido em 25/3, aprovado em 9/4, aceito em 11/7/2014. Versão atualizada e revisada do trabalho de conclusão de curso de Quintila Garcia Santos, *A Medida de Segurança no Contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira*, apresentado na Faculdade de Direito da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (Centro de Ensino Superior do Seridó, Campus Caicó) em novembro de 2013. Orientador: Israel Maria dos Santos Segundo.

Quintila Garcia Santos é bacharela em Direito pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (Centro de Ensino Superior do Seridó, Campus Caicó); enfermeira (licenciada e bacharela) graduada pela Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (Campus Caicó). Faculdade de Direito, Graduação. Caicó, Rio Grande do Norte, Brasil. E-mail: quintilagarcia@yahoo.com.br.

Israel Maria dos Santos Segundo é bacharel em Direito pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte; especialista em Direito Administrativo pela Universidade Anhanguera-Uniderp; professor substituto do Departamento de Direito da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (Centro de Ensino Superior do Seridó, Campus Caicó). Faculdade de Direito, Graduação. Caicó, Rio Grande do Norte, Brasil. E-mail: leao.israel10@hotmail.com.

Notas

¹ O hospital-dia foi criado, no Brasil, em um contexto transitório, para substituir o manicômio em um primeiro momento, não estando entre os serviços delineados pela nova política brasileira de saúde mental, de modo que esse serviço tende a se extinguir para dar lugar aos CAPS. De acordo com a Portaria nº 44/2001, do Ministério da Saúde, o regime de hospital-dia trata-se de uma assistência intermediária entre a internação e o atendimento ambulatorial, para a realização de procedimentos clínicos, cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos que requeiram a permanência do paciente na unidade por um período máximo de 12 horas (art. 2º).

- ² “Os Serviços Residenciais Terapêuticos, residências terapêuticas ou simplesmente moradias, são casas localizadas no espaço urbano, constituídas para responder às necessidades de moradia de pessoas portadoras de transtornos mentais graves, egressas de hospitais psiquiátricos ou não. Embora as residências terapêuticas se configurem como equipamentos da saúde, estas casas, implantadas na cidade, devem ser capazes em primeiro lugar de garantir o direito à moradia das pessoas egressas de hospitais psiquiátricos e de auxiliar o morador em seu processo - às vezes difícil - de reintegração na comunidade” (BRASIL, 2005, p. 14).
- ³ “PENAL. RECURSO ORDINÁRIO EM HABEAS CORPUS. MEDIDA DE SEGURANÇA. CUMPRIMENTO DA MEDIDA EM PRAZO SUPERIOR AO DA PENA MÁXIMA COMINADA AO DELITO. PRESCRIÇÃO. INOCORRÊNCIA. INÍCIO DO CUMPRIMENTO. MARCO INTERRUPTIVO. PERICULOSIDADE DO AGENTE. CONTINUIDADE. PRAZO MÁXIMO DA MEDIDA. 30 (TRINTA) ANOS. PRECEDENTES DO STF. DESINTERNAÇÃO PROGRESSIVA. ART. 5º DA LEI 10.216/2001. APLICABILIDADE. ALTA PROGRESSIVA DA MEDIDA DE SEGURANÇA. PRAZO DE 6 (SEIS) MESES. RECURSO PROVIDO EM PARTE. 1. *A prescrição da medida de segurança deve ser calculada pelo máximo da pena cominada ao delito cometido pelo agente, ocorrendo o marco interruptivo do prazo pelo início do cumprimento daquela, sendo certo que deve perdurar enquanto não haja cessado a periculosidade do agente, limitada, contudo, ao período máximo de 30 (trinta) anos, conforme a jurisprudência pacificada do STF.* Precedentes: HC nº 107.432/RS, Relator Min. Ricardo Lewandowski, 1ª Turma, julgamento em 24/5/2011; HC nº 97.621/RS, relator min. Cezar Peluso, Julgamento em 2/6/2009. 2. *In casu:* a) o recorrente, em 6/4/1988, quando contava com 26 (vinte e seis) anos de idade, incidiu na conduta tipificada pelo art. 129, § 1º, incisos I e II, do Código Penal (lesões corporais com incapacidade para o trabalho por mais de 30 dias), sendo reconhecida a sua inimizabilidade, nos termos do *caput* do artigo 26 do CP. b) processada a ação penal, ao recorrente foi aplicada a medida de segurança de internação hospitalar em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico, pelo prazo mínimo de 3 (três) anos, sendo certo que o recorrente foi internado no Instituto Psiquiátrico Forense, onde permanece até a presente data, decorridos mais de 23 (vinte e três) anos desde a sua segregação; c) o recorrente tem apresentado melhoras, tanto que não está mais em regime de internação, mas de alta progressiva, conforme laudo psiquiátrico que atesta seu retorno gradativo ao convívio social. 3. A desinternação progressiva é medida que se impõe, provendo-se em parte o recurso para o restabelecimento da decisão de primeiro grau, que aplicou o art. 5º da Lei 10.216/2001, determinando-se ao Instituto Psiquiátrico Forense que apresente plano de desligamento, em 60 (sessenta) dias, para que as autoridades competentes procedam à “política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida” fora do âmbito do IPF. 4. Recurso provido em parte. (STF, *Recurso em Habeas Corpus nº 100.383/AP*, relator: min. Luiz Fux, data de julgamento: 18/10/2011, 1ª Turma, DJE: 4/11/2011, grifo nosso).
- ⁴ “EXECUÇÃO PENAL. HOMICÍDIO. PACIENTE INIMPUTÁVEL. SENTENÇA ABSOLUTÓRIA IMPRÓPRIA. MEDIDA DE SEGURANÇA. PRAZO. LIMITAÇÃO. MÁXIMO DA PENA ABSTRATAMENTE COMINADA AO DELITO. 1. Levando em conta o preceito segundo o qual “não haverá penas de caráter perpétuo” (art. 5º, XLII, b, da CF) e os princípios da isonomia e da proporcionalidade, a Sexta Turma adotou o entendimento de que o tempo de duração da medida de segurança não deve ultrapassar o limite máximo da pena abstratamente cominada ao delito praticado. 2. No caso, o paciente iniciou o cumprimento da segunda internação em 11/2/1985, pela prática do delito previsto no art. 121, *caput*, do Código Penal, cuja pena máxima é de 20 anos. À época do indulto concedido na origem (2/7/2009), cuja decisão está pendente de análise pelo Tribunal *a quo*, já tinham decorrido mais de 24 anos de segregação social, patente, portanto, o constrangimento ilegal. 3. Ordem concedida para declarar o término do cumprimento da medida de segurança imposta ao paciente” (STJ, *Habeas Corpus nº 174.342/RS*, relator: ministro Sebastião Reis Jr., data de julgamento: 11/10/2011, 6ª Turma, DJE: 14/11/2011, grifo nosso).
- ⁵ “HABEAS CORPUS. PROCESSUAL PENAL. MEDIDA DE SEGURANÇA EM CURSO HÁ MAIS DE 44 ANOS EM HOSPITAL PSQUIÁTRICO PENITENCIÁRIO. PACIENTE POSSUIDOR DE TRANSTORNO MENTAL DE CARÁTER DEGENERATIVO COM LAUDO ATESTANDO CONDIÇÕES PARA SUA DESINTERNAÇÃO. RESPONSABILIDADE DO ESTADO QUANTO À GARANTIA DOS DIREITOS CONSTITUCIONAIS E DA CONTINUAÇÃO DO TRATAMENTO MÉDICO. LEI Nº 10.216/2001. ORDEM PARCIALMENTE CONCEDIDA. 1. Embora facilmente perceptível a plausibilidade dos fundamentos do acórdão atacado, que entendeu, a partir do constatado abandono familiar e da longa permanência no

manicômio judiciário, somados à deficiência mental comprovada, que a colocação em liberdade atentaria contra a própria segurança do paciente, é obrigação do Poder Público garantir-lhe o constitucional direito de ir, vir e ficar, bem como o de sua segurança, não podendo, seja por ordem constitucional, seja por obrigação legal, furtar-se a tais deveres. 2. A Lei nº 10.216/01 assegura, entre outros, o direito ao portador de transtorno mental há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário. 3. Ordem parcialmente concedida a fim de garantir a desinternação do paciente com sua transferência para o serviço comunitário de saúde mental (art. 2º, parágrafo único, inciso IX, da Lei 10.216/01), para aplicação da política de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob a responsabilidade da autoridade sanitária estadual e da Superintendência de Saúde da Secretaria de Estado de Administração Penitenciária do Rio de Janeiro - SUSP/SEAP, com a supervisão do Juízo da Vara de Execuções Penais do Rio de Janeiro/RJ, no caso de ausência de supervisão de instância definida pelo Poder Executivo estadual, para continuidade do tratamento. (STJ, *Habeas Corpus* nº 87.007/RJ, relator: ministro Arnaldo Esteves Lima, 5ª Turma, data de julgamento: 13/8/2009, DJE: 14/9/2009).

⁶ “Toda instituição conquista parte do tempo e do interesse dos seus participantes e lhes dá algo de um mundo; em resumo, toda instituição tem tendências de ‘fechamento’. Quando resenhamos as diferentes instituições da nossa sociedade ocidental, verificamos que algumas são muito mais ‘fechadas’ que outras. Seu ‘fechamento’ ou seu caráter total é simbolizado pela barreira com relação ao mundo externo e por proibições à saída que muitas vezes estão incluídas no esquema físico - por exemplo, portas fechadas, paredes altas, arames farpados, fossos, água, florestas ou pântanos. A tais estabelecimentos dou o nome de instituições totais” (GOFFMAN, 2001, p. 16 apud JACOBINA, 2008, p. 45-46). A obra de Goffman (apud JACOBINA, 2008, p. 120) demonstra muito bem como essas instituições (que ele agrupa sob a designação de “instituições totais”) realizam um processo de mortificação do eu. Quanto ao interno, ele afirma que “o seu eu é sistematicamente, embora muitas vezes não intencionalmente, mortificado. Começa a passar por algumas mudanças radicais em sua carreira moral, uma carreira composta pelas progressivas mudanças que ocorrem nas crenças que têm a seu respeito e a respeito dos outros que são significativos para ele”.