



# PUC

**DEPARTAMENTO DE  
DIREITO**

---

**UM ALARME À TEMERÁRIA  
EXECUÇÃO PENAL  
DA MEDIDA DE SEGURANÇA CRIMINAL**

**por**

**JANAIRA FERREIRA**

**ORIENTADOR: CARLOS RAYMUNDO CARDOSO**

**2005.1**

---

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO DE

JANEIRO

RUA MARQUÊS DE SÃO VICENTE, 225 - CEP 22453-900

RIO DE JANEIRO - BRASIL

# **UM ALARME À TEMERÁRIA EXECUÇÃO PENAL DA MEDIDA DE SEGURANÇA CRIMINAL**

**por**

**JANAIRA FERREIRA**

Monografia apresentada ao  
Departamento de Direito da  
Pontifícia Universidade  
Católica do Rio de Janeiro  
(PUC-Rio) para a obtenção  
do Título de Bacharel em  
Direito.

**Orientador: Carlos  
Raymundo Cardoso**

**2005.1**

**A**  
**minha família,**  
**razão da minha vida e**  
**a Márcia Mesquita Barros, pelos**  
**caminhos ensinados.**

**Agradeço ao Professor Carlos Raymundo, pelas sugestões e incentivo, ao Dr. José Roberto e sua esposa Ângela, pelo estímulo decisivo e colaboração técnica e a toda equipe do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Henrique Roxo, pela importante contribuição.**

## **RESUMO**

Este trabalho pretende alarmar a sociedade e especialmente, aos aplicadores do Direito, que a medida de segurança criminal de internação terapêutica em Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, trata-se de uma “pena corporal” vez que indubitavelmente existe uma efetiva intervenção do Estado à liberdade do delinqüente-doente.

E pensando na inserção da sociedade brasileira num Estado Democrático de Direito e conseqüentemente na sua fiel proposta de ter “Cidadãos Livres”, pugna-se contra a “ Institucionalização de Prisão Perpétua dos Loucos Infratores” , através de uma Execução Penal utilitarista nos moldes dos direitos fundamentais e princípios constitucionais vigentes na Constituição Federal de 1988 .

*“Nós nada somos sobre a terra, se  
não formos escravos de uma causa,  
aquela dos povos, aquela da justiça e  
da liberdade.”*

**FRANTZ FANON**

## SUMÁRIO

Introdução .....	10
I – A Medida de Segurança Criminal no Código Penal de 1984 e na Lei de Execução Penal. ....	14
II – Desconstruindo Mitos – Pressupostos reais da Medida de Segurança Criminal.....	21
III – Pressuposto objetivo ilícito-típico .....	25
III, a) Doente Mental suscetível à medida de segurança privativa de liberdade é efetivamente condenado pela prática de fato ilícito e típico – Absolvição Imprópria ou Improriedade de aviltante condenação? .....	25
III, b) Pressuposto objetivo inviabiliza ao delinqüente-doente a sua condição de Paciente psiquiátrico voluntário. ....	33
III, c) Delineamento do fim retributivo e preventivo da medida de segurança criminal, contextualizada numa política de controle social.....	37
IV – Pressuposto subjetivo da Periculosidade Criminal .....	44
IV, a) Cessação da Periculosidade Criminal na legitimação da “Institucionalização da Prisão Perpétua”. ....	49
V – Da busca por uma Execução Penal utilitarista da medida de segurança criminal. ....	54

V, a) Progressividade na medida de segurança criminal através da aplicabilidade e estímulo da Desinternação Progressiva.....	55
V, b) A responsabilidade afetiva da família no processo de Desinternação. ....	61
V, b,1) A essencialidade das Residências Terapêuticas e dos Centros de Atendimento Psicossocial (CAPS) como antídotos ao abandono familiar sofrido pelos delinquentes doentes .....	68
V, c) Limitação máxima de duração da medida de segurança criminal face aos Princípios Constitucionais: .....	73
V, c, 1) Do Princípio da Legalidade .....	74
V, c, 2) Do Princípio da Proporcionalidade .....	76
V, c, 3) Do Princípio da Dignidade da Pessoa Humana .....	78
V, c, 4) Da limitação máxima de duração da medida de segurança criminal no Projeto de Lei que altera a Parte Geral do Decreto –Lei n.º 2818, de 07 de dezembro de 1940 – Código Penal .....	81
VI – Projeto de Atenção Integral ao Paciente Judiciário Portador de Sofrimento Mental (PAI-PJ): um ideal de aplicação da medida de segurança criminal no país .....	85
VII – Casos Clínicos .....	88
VIII – A psicopatia e a inviabilidade de um tratamento terapêutico psicossocial .....	94



Conclusão .....	99
Referências Bibliográficas .....	101
Anexo .....	103

## INTRODUÇÃO

**“O nível de civilização de uma sociedade pode ser aferido pelo modo como essa sociedade cuida de seus doentes mentais.”**

LUCIEN BONAFÉ

O homem é uma unidade indivisível, basicamente constituído por ,pelo menos, três dimensões: **a biológica, a social e a psicológica.**<sup>1</sup>

O homem nasce como uma potencialidade biológica que constitui o seu passado genético, cuja realização e atualização visam reproduzir o tipo da espécie a que pertence.

A partir de seu nascimento, o homem inicia sua existência extra-uterina, reagindo às ações recebidas do interior e do exterior sempre presentes na relação com o mundo dos objetos e das pessoas.

Nessa relação praxica, a herança biológica inter-atua dialeticamente com os dados da herança cultural do meio, que é determinado pelas condições históricas objetivas.

As duas séries de determinismos biológico e social estabelecem entre si um movimento dialético, uma relação construtiva e criadora, fazendo surgir a terceira dimensão determinante, que é a psicológica.

O determinismo psicológico é em si, pois, uma relação criada e criadora. É uma atividade que não possui existência substancial, mas é uma realidade que atua como integradora das experiências e das ações do passado, do presente e do futuro.

A doença mental é um acontecimento específico do ser humano, atingindo-o por ser ele um ser autoconsciente, isto é, por ser dotado de imanência e de transcendência, de ter e saber que tem consciência.

---

<sup>1</sup> LOYELLO, Washington. Para uma Psiquiatria da libertação. Rio de Janeiro: Achiamé, 1983. 77 p.

E em todo acontecimento psicopatológico há sempre desestruturação do ser consciente, e, por isso mesmo, há desintegração de sua temporalidade.<sup>2</sup>

Nos comportamentos patológicos, o homem mostra-se incapaz de emprestar finalidade aos seus atos presentes. Acha-se, num certo sentido, imobilizado, por estar impedido de progressivamente adquirir e reproduzir suas capacidades. Não consegue orientar seu comportamento e se sente orientado; não age, mas a ação lhe é imposta. Experimenta em si uma dicotomia, onde em um pólo se acha o “eu” voluntário, e noutro, as pulsões do passado não elaborado, determinando-o imperiosamente.<sup>3</sup>

Se as doenças mentais têm sempre em sua intimidade a desintegração da temporalidade, é de esperar que a Psiquiatria tenha a preocupação de reintegrar a temporalidade do paciente mental, de reproduzir suas capacidades e, por conseguinte, promover sua humanização.

A psiquiatria clássica, reduzindo o homem à dimensão biológica e tomando como objeto de estudo unicamente a doença mental, desfazia a unidade do fato psiquiátrico, na medida, que abstraía o vínculo existente entre o homem e o meio social.<sup>4</sup>

Ao reduzir o homem à dimensão biológica, a psiquiatria clássica só era capaz de revelar a causalidade externa da doença mental, pois não conseguia apreender as contradições internas e essenciais do desenvolvimento psíquico anormal, oriundas a partir do vínculo do indivíduo humano com o social.

Neste diapasão, a psiquiatria clássica jamais conseguia atingir a humanização do paciente mental, posto que a promoção das relações sociais é o que promove a humanização, a personalização, e até a individualização do homem.

---

<sup>2</sup> Op. cit. n.º 01, 78 p.

<sup>3</sup> Op. cit. n.º 01, 78 p.

<sup>4</sup> Op. cit. n.º 01, 55 p.

Não por mero acaso, a psiquiatria se viu forçada a encarar a existência do social, fazendo surgir uma outra versão, hoje conhecida como “psiquiatria social”, que a grosso modo apresenta três direções principais:

1. uma direção que considera como objeto o estudo dos meios e dos recursos que as instituições psiquiátricas podem utilizar para combater e prevenir a doença mental;
2. um segundo sentido é o estudo dos métodos do tratamento psiquiátrico através das relações sociais, buscando a RESSOCIALIZAÇÃO do paciente mental, por meio das comunidades terapêuticas, do trabalho coletivo;
3. e, finalmente, aquela direção que procura definir e determinar a dimensão sócio-cultural das doenças mentais.<sup>5</sup>

Considerando o primeiro enfoque, a política de saúde mental para deixar de ser uma falácia e passar a ser definitivamente eficiente necessitaria de alterar as estruturas básicas da sociedade, criando uma série de instituições verdadeiramente compromissadas com as pessoas portadoras de transtorno mental.

O segundo enfoque representa muito mais uma prática, uma técnica, do que uma simples ciência psiquiátrica, com o escopo de atingir o fim último de reabilitação e ressocialização do paciente mental.

Já o terceiro enfoque, no qual se estuda a importância e o valor da etiologia das doenças mentais, contém uma verdade indiscutível que se expressa na unidade indissolúvel do indivíduo humano com o social.

O desenvolvimento da psiquiatria social foi possibilitada pela introdução das drogas tranqüilizantes no arsenal terapêutico.

O Comitê de Saúde da O.M.S. estabeleceu três elementos básicos para a constituição da atmosfera terapêutica no hospital:<sup>6</sup>

---

<sup>5</sup> Op. cit. n.º 01. 54p.

<sup>6</sup> Op. cit. n.º 01, 61 p.

1. preservação e respeito à personalidade do paciente mental;
2. confiança no paciente mental;
3. atividade e trabalho

Frisa-se que a medida de internação imposta ao paciente mental já é, por si mesma, um desrespeito à sua pessoa e representa um reforço aos sentimentos de rejeição e de desvalorização.

A psiquiatria social que visa desenvolver uma terapia através da coletivização no interior dos hospitais, para facilitar as relações inter-humanas dos pacientes mentais e, por conseguinte, alcançar seu fato psiquiátrico, de maneira nenhuma deve desrespeitar a sua individualidade e personalidade.

Outro elemento dessa atmosfera é considerar que o paciente mental é digno de confiança até que seu comportamento demonstre o contrário. Deve-se presumir que eles mantêm capacidade necessária para um grau considerável de responsabilidade e iniciativa.

Nesse sentido, a presença da equipe psiquiátrica no hospital será capaz de totalizar as dimensões do fato psiquiátrico e identificar no paciente mental as verdadeiras determinantes de seu estado psicopatológico.

E o terceiro elemento necessário à atmosfera terapêutica hospitalar seria o regular planejamento do dia do paciente com o desenvolvimento de atividades sócio-terapêuticas.

A ociosidade é, sem dúvida, o câncer do hospital psiquiátrico, pois acarreta a regressão do paciente e sua conseqüente cronificação.

Mas a grande lição da psiquiatria social é sem dúvida a idéia de que a internação num hospital representa um mero momento no sistema assistencial, mantendo sempre que possível o paciente mental integrado no seu meio social através de uma **política de desinstitucionalização psiquiátrica.**

Nessa perspectiva, a **Lei Federal n.º 10.216**, de 06 de fevereiro de 2001 e a **portaria do Ministério da Saúde 336/GM**, de 19 de fevereiro de 2002, prevêm a criação de uma rede extra-hospitalar composta por **Centros de Apoio Psicossocial (CAPS) e residências terapêuticas coletivas para pacientes oriundos de longas internações hospitalares**.

Por todo exposto, adstrito aos avanços terapêuticos trazidos pela psiquiatria social, este trabalho propõe a adoção legal desta tendência de desinstitucionalização psiquiátrica na aplicação da medida de segurança criminal vigente no Código Penal de 1984 e na Lei de Execução Penal.

Cumprе ressaltar, contudo, que existe certo número de indivíduos cuja doença e o estado regressivo já não permitem a utilização desse tipo de psicoterapia, exigindo, outrossim, uma psiquiatria institucional mais adequada, como no caso da psicopatia crônica em que a ciência médica ainda não encontrou condições farmacológicas e psicanalítica de controle.

## **I – A Medida de Segurança Criminal no Código Penal de 1984 e na Lei de Execução Penal**

Primeiramente, cumpre destacar a estrutura jurídica das denominações adotadas para os diferentes graus de incapacidade psiquiátrica no direito pátrio.

Os **inimputáveis**, definidos no art. 26, *caput*, do Código Penal, constituem os indivíduos portadores de doença mental ou de desenvolvimento mental incompleto ou retardado que ao tempo da ação ou omissão, são inteiramente incapazes de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.

E os **semi-imputáveis**, definidos no parágrafo único do art. 26, configuram os agentes, que em virtude de perturbação de saúde mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, não possuem ao tempo da ação ou da omissão, a inteira capacidade de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.

“Denominados de fronteirões, os semi-imputáveis encontram-se numa zona intermediária da higidez mental e da plena insanidade, ocupando faixa cinzenta os estados atenuados, insipientes e residuais de psicoses, certos graus de oligofrenias e, em grande parte, as chamadas personalidades psicopáticas e os transtornos mentais transitórios. Embora capazes de entender o caráter ilícito do fato, não possuem integral aptidão sobre seus atos, tendo como consequência a possibilidade do juiz optar entre concretizar a pena com redução quantitativa ou aplicar a medida de segurança criminal, configurando-se o Sistema Vicariante enunciado pelo legislador de 1984.” (FERRARI, 2001, p.59).

Com o desiderato de conferir maior autenticidade do sistema penal nos moldes de um Direito Penal Moderno, o Código Penal de 1984, em superação aos paradigmas do Código Penal de 1940, extinguiu a medida de segurança para o imputável e instituiu o Sistema Vicariante para os semi-imputáveis.

Hoje, o julgador assumiu a importante responsabilidade de considerar o delinqüente imputável ou inimputável através de uma minuciosa análise do exame de sanidade mental.

Assim, caso o juiz entenda que o delinqüente é absolutamente imputável, fica cabível apenas a sanção-pena.

Por outro lado, entendendo o juiz tratar-se de um inimputável, exclusiva será a aplicação da medida de segurança criminal, não admitindo mais a legislação a cumulatividade da pena com a medida de segurança.

Esse é o ditame sacramentado na **Exposição de Motivos do atual Código Penal – *in verbis*:**

“A medida de segurança de caráter meramente preventivo e assistencial, ficará reservada aos inimputáveis. Isso, em resumo, significa: culpabilidade –pena; periculosidade – medida de segurança. **Ao réu perigoso e culpável não há razão para aplicar o que tem sido na prática, uma fração de pena eufemisticamente denominada medida de segurança.**”

O grande avanço trazido pelo Código Penal de 1984 foi sem dúvida a suspensão do duplo binário, vez que reconhecendo a medida de segurança como uma espécie de sanção punitiva pelos seus efeitos e implicações à liberdade do delinqüente doente, não mais permite que um indivíduo sofra duas formas de reações penais em pleno vigor de um Estado Democrático de Direito, como bem elucida **René Ariel Dotti** (1982:58): “o sujeito não poderia mais ser destinatário de duas reações penais, aplicadas sucessivamente.”

Salienta-se, destarte, que instituindo o sistema vicariante para os semi-imputáveis, coube novamente ao juiz a responsabilidade de aplicar aos fronteiriços pena com redução quantitativa ou medida de segurança criminal, tendo em vista às condições psíquicas do indivíduo ao tempo da ação ou omissão.

Assim, a medida terapêutica penal perdeu sua função de complemento da pena, permanecendo apenas como medida de substituição judicial se tratando de um semi-imputável.

Outro aspecto revolucionário do Código Penal de 1984 foi a evidente revitalização do **princípio da legalidade na medida de segurança criminal**, não mais se admitindo a presunção de periculosidade do agente por atos anti-sociais e enunciando, como pressupostos obrigatórios para a aplicação da medida profilática, tanto a periculosidade criminal como a prática de um ilícito típico – art. 97 e art. 98 do Código Penal.

A Lei de Execução Penal também foi fundamental na legalidade da aplicação da medida terapêutica penal ao louco infrator, ao estabelecer o **princípio da jurisdicionalidade**, que determina somente a aplicabilidade da medida de segurança criminal detentiva ou privativa, pela regular expedição da Guia de Execução, após o transito em julgado da sentença de absolvição imprópria do delinqüente doente. Não mais se admite a internação do indivíduo em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, ou a sua submissão ao tratamento ambulatorial, sem a devida providência



jurisdicional, materializada na expedição da Guia de Execução – art. 171 c/c art. 172 da Lei de Execução Penal.

Essa simples Guia de Execução consolida-se numa garantia conferida ao inimputável ou semi-imputável, submetido involuntariamente ao tratamento psiquiátrico, não cabendo mais ao diretor administrativo de uma Unidade Penitenciária decidir arbitrariamente receber ou não o indivíduo em seu estabelecimento, reafirmando, outrossim, a natureza de sanção penal das medidas de segurança criminais e ceifando a possibilidade de sua aplicação provisória.

Com a finalidade de simplificar os tipos de medidas profiláticas, o Código Penal de 1984 consagra duas espécies de medida de segurança: **a detentiva e a restritiva.**

A medida de segurança detentiva consiste na internação do delinqüente doente em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, fixando-se o prazo mínimo de internação em 01 (um) a 03 (três) anos.

Esse prazo tornar-se-á indeterminado, perdurando a medida de segurança privativa enquanto não verificada a cessação de periculosidade do delinqüente doente por perícia técnica, sendo certo que esta perícia deverá ser realizada próximo ao término do prazo mínimo determinado pelo juiz em sentença e repetir-se-á, anualmente, salvo se o juiz fixar prazo menor para sua realização.

A internação em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico representa, a rigor, um tratamento assegurado pela custódia dos internados nos termos do art. 99 do Código Penal. Tal dispositivo impede a internação do delinqüente doente em estabelecimento penal comum, sendo para tanto necessário um estabelecimento penal com características hospitalares.

“Quando o estabelecimento penal não estiver aparelhado para prover a assistência médica psiquiátrica necessária, esta poderá ser prestada em outro local mediante autorização da direção do estabelecimento – art. 14, 2 c/c art. 42 da Lei de Execução Penal. O STF já decidiu pela possibilidade de internação em

Hospital particular, por não haver estabelecimento adequado ao tratamento em Hospital público.”<sup>7</sup>

O Código Penal de 1984 consagra outra significativa inovação, ao prever a medida de segurança restritiva consistente na sujeição do delinqüente doente ao tratamento ambulatorial, cumprindo-lhe comparecer ao hospital nos dias que lhe forem determinados pela equipe médica que o acompanha, a fim de ser submetido à modalidade terapêutica prescrita num prazo mínimo de 01 (um) a 03 (três) anos .

É lição de **Zaffaroni** (2000:811): “é sabido que na moderna terapia psiquiátrica, a internação ocupa lugar cada vez mais reduzida. Existe uma série de análises que tendem para sua abolição, em que se fomenta o tratamento ambulatorial.”

O critério para escolha da espécie de medida de segurança criminal a que se deve submeter o delinqüente doente se funda na gravidade do ilícito típico e não na periculosidade do agente.

O *caput* do art. 97 é bem claro em afirmar que, se o delinqüente doente tiver praticado um crime apenado com reclusão, obrigatória será a sua internação em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico – **CRITÉRIO EMINENTEMENTE JURÍDICO.**

Mas, se, outrossim, o louco infrator tiver praticado crime apenado com detenção, faculta-se ao juiz optar entre a internação e o tratamento ambulatorial – **CRITÉRIO TERAPEUTICAMENTE JURÍDICO.**

Em se tratando de substituição da pena privativa de liberdade por medida de segurança privativa ou detentiva, no caso do semi-imputável, o critério para tal substituição judicial parece ser eminentemente terapêutico, vez que o art. 98 do Código Penal prevê tal possibilidade se, comprovada a semi-imputabilidade do delinqüente doente, houver necessidade de especial tratamento curativo.

---

<sup>7</sup> MIRABETE., Júlio Fabbrini. Manual de Direito Penal - Parte Geral. São Paulo: Editora Atlas, 2003. 367p.

A medida de segurança criminal, seja de internação , seja de sujeição ao tratamento ambulatorial, perdurará enquanto persistir a periculosidade do delinqüente doente face à sociedade, estabelecendo o Código Penal de 1984 ausência de limites máximos de execução da medida terapêutica penal nos termos do seu art. 97, §1.

Frisa-se, outrossim, que a Lei de Execução Penal também foi omissa quanto à determinação legal de limite máximo para a execução da medida profilática por um delinqüente doente.

Como já salientado, a averiguação da periculosidade do delinqüente doente deverá ser feita mediante perícia médica a ser realizada ao término do prazo mínimo estabelecido em sentença.

E, no caso da perícia médica não concluir pela cessação de periculosidade do indivíduo doente, esta deverá ser realizada anualmente , ou a qualquer tempo, se a determinar o juiz da execução – art. 97, §2 do Código Penal c/c art. 175 da Lei de Execução Penal.

A rigidez, estabelecida pelo Código Penal de 1984, quanto à possibilidade de realização do exame de cessação de periculosidade somente ao término do prazo mínimo fixado em sentença, parece ter sido atenuada pela Lei de Execução Penal que preceitua em seu art. 176: “Em qualquer tempo, ainda no decorrer do prazo mínimo de duração da medida de segurança, 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, procedendo-se, nos termos do artigo anterior.”

Trata-se, outrossim, de uma forma excepcional de realização do exame de verificação da periculosidade do delinqüente doente, em momento anterior ao término do prazo mínimo de duração da medida profilática fixado em sentença, que depende essencialmente de requerimento fundamentado do Ministério Público ou do interessado.

A averiguação da cessação de periculosidade implica necessariamente a liberação do louco infrator da respectiva medida de

segurança profilática. Com tal exame de comprovação de cessação de periculosidade nos autos, já ouvido o Ministério Público, o juiz de execução determinará audiência de desinternação ou de liberação e a intimação da família do louco infrator, onde proferirá decisão, que se for positiva, determinará a suspensão da execução da medida de segurança criminal.

Como em toda decisão proferida pelo juiz de execução de tal decisório de liberação ou desinternação do delinqüente doente caberá agravo com efeito suspensivo, vez que, somente com o transito em julgado da decisão, o juiz de execução expedirá ordem para a desinternação ou liberação, nos termos do art. 179 da Lei de Execução Penal.

A liberação ou desinternação do delinqüente doente à medida de segurança criminal será condicionada durante 01 (um) ano às obrigações previstas no art. 132 e 133 da Lei de Execução Penal, impostas pelo juiz de execução nos termos do art. 97, §3 do Código Penal c/c o art. 178 da Lei de Execução Penal, sendo certo que, se o delinqüente doente praticar “fato indicativo de persistência de periculosidade” dentro deste prazo condicional de 01 (um) ano, a medida de segurança criminal deverá ser restabelecida no moldes do art. 97, §3.º, parte final.

No que tange à possibilidade de regressão, o art. 97, §4.º do Código Penal estabelece que, em qualquer fase do tratamento ambulatorial, poderá o juiz determinar a internação do delinqüente doente, se essa providência for necessária para fins curativos.

O art. 184 da Lei de Execução Penal também prevê tal possibilidade de regressão, se o delinqüente doente revelar incompatibilidade com o tratamento ambulatorial, acrescentando ainda um tempo mínimo de internação de 01 (um) ano.

Assim, se o juiz de execução verificar que o delinqüente doente não comparece ao local adequado nos dias previamente fixados, não se submete ao tratamento prescrito, ou pratica atos incompatíveis com o tratamento ambulatorial, poderá determinar a sua re-internação.

A Lei de Execução Penal prevê uma forma de conversão da pena privativa de liberdade em medida de segurança criminal, se, no curso da execução, sobrevier doença mental ou perturbação de saúde mental no apenado.

Nestas condições, o juiz de execução poderá, de ofício ou a requerimento do Ministério Público ou da autoridade administrativa competente, determinar a substituição da pena privativa de liberdade por medida terapêutica penal nos moldes do art. 183 da Lei de Execução Penal.

## **II – Desconstituindo Mitos – Pressupostos reais da Medida de Segurança Criminal**

Toda sociedade apresenta uma estrutura de poder, constituída por grupos que dominam e grupos que são dominados, por setores mais próximos ou mais afastados dos centros de decisão. E, utilizando-se desta estrutura de poder, se controla socialmente a conduta dos homens, com o fito de manter a ordem e os pilares de um sistema político-econômico adotado pelo Estado.

Frisa-se, por conseguinte, que se valendo desta estrutura de poder, a sociedade estabelece protéticas formas de “controle social” – influência delimitadora no âmbito da conduta do indivíduo.

Nesta relação “poder-controle social”, cumpre refletir o papel da ideologia na legitimação do poder e na viabilização do controle social.

**Eugenio Raul Zaffaroni e José Henrique Pierangeli** foram brilhantes na seguinte afirmação:

“Tradicionalmente se repete o princípio positivista, segundo o qual quanto maior é o saber, maior é o poder, que para nós se tornou “lógico”. Parecia uma verdade incontestável que o homem com mais conhecimento científicos tinha mais poder, sobretudo considerando os êxitos tecnológicos de nossa civilização industrial. Entretanto, a estas alturas da História, o

que parece inquestionável é o contrário: *é o poder que condiciona o saber.*”<sup>8</sup>

Segundo Zaffaroni e Pierangeli, tornou-se inquestionável que no mundo há uma estrutura de poder que se vale de ideologias para encobrir ou criar uma realidade social.

E os mestres complementam sua tese afirmando que:

“O poder instrumentaliza as ideologias na parte em que estas lhe são úteis e as descarta quanto ao resto. Deste modo, recolhe do sistema de idéias de qualquer autor, a parte que lhe convém, com o qual frequentemente tergiversa.”<sup>9</sup>

Nota-se, contudo, que o poder exerce uma função primordial na legitimação e manutenção de um controle social, a partir de uma verdadeira “manipulação ideológica”, como ocorreu com a Segunda Guerra Mundial:

“O certo é que entre 1939 e 1945 desencadeou-se o mais cruel e generalizado conflito bélico entre as potências mundiais, com um saldo de milhões de mortos e as piores atrocidades cometidas. Elementos ideológicos recolhidos do biologismo deram o discurso de justificação ao hitlerismo; a “ditadura do proletariado” marxista e a utopia da sociedade sem classes ou comunismo brindaram os instrumentos ideológicos de justificação do stalinismo; o liberalismo do século XVIII e começos do século XIX foi, junto com a teoria da necessidade, a ideologia de justificação do aniquilamento nuclear das populações civis de Hiroshima e Nagasaki.”<sup>10</sup>

Assim, a história da humanidade foi sendo construída e os poderes legitimados à custa da dizimação de muitas vidas humanas, utilizando-se de uma ideologia própria, justificada pela necessidade.

Até que no fim da Segunda Grande guerra, em 10 de dezembro de 1948, a Assembléia das Nações Unidas proclamou a **Declaração Universal dos Direitos do Homem**, que complementada com outros instrumentos

---

<sup>8</sup> ZAFFARONI, Eugenio Raul e PIERANGELI, José Henrique. Manual de Direito Penal Brasileiro: Parte Geral. São Paulo: Ed. Revista dos Tribunais. 2000. 62 p.

<sup>9</sup> Op. cit. n.º 08. 64 p.

<sup>10</sup> Op. cit. n.º 08. 66p.

internacionais, funciona como um limite positivo à manipulação ideológica dos poderes para obter com sucesso o controle social.

“A Declaração representa uma baliza ou limite aos “direitos naturais”. Desde então, a Declaração e todos os alicerces em plena construção de um sistema internacional de garantias aos Direitos Humanos vão configurando o limite positivo do que a consciência jurídica universal pretende impor às ideologias que regem o controle social em todas as nações. Por certo que ainda está muito longe de aperfeiçoar-se, mas, indiscutivelmente, vai-se criando uma baliza jurídica positiva que serve de referência.”<sup>11</sup>

Os direitos fundamentais previstos na Declaração Universal dos Direitos do Homem servem para desmascarar facilmente terríveis violações à integridade humana em prol de um destemido controle social.

Sabe-se que o controle social se constitui desde meios difusos e encobertos até meios específicos e explícitos.

Na perspectiva dos mestres Zaffaroni, e Pierangeli, o sistema penal representa um meio específico de “controle social punitivo institucionalizado”, que, a atividade legislativa estabelece uma série de tipificações penais, que caracterizam o delito e regularizam a aplicação e execução da respectiva pena, englobando, outrossim, além da atividade do legislador, a atividade do público, da polícia, dos juízes, promotores, defensores e funcionários e da execução penal.

E os mestres Zaffaroni e Pierangeli complementam a análise do sistema penal num conceito mais amplo, englobando ações que possuem um conteúdo sancionatório, mas que vêm sendo encobertas por discursos do tipo terapêutico ou assistencial.

E este é o ponto chave deste trabalho, saber que a medida de segurança criminal apresenta, de fato, um conteúdo sancionatório, encoberto por uma vetusta ideologia terapêutica que efetivamente legitima um subversivo controle social.

---

<sup>11</sup> Op. cit. n.º 08. 67p.

A institucionalização do delinqüente-doente em Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico ocorre pela violação de bens jurídicos protegidos legalmente pelo sistema penal, que em virtude do cometimento de fato ilícito-típico, conclui-se pela periculosidade do agente.

Proceda-se a internação do delinqüente-doente em benefício de um “tratamento” à base de forte medicação, acompanhamento psiquiátrico, psicológico e de assistência social.

Busca-se a cura ou o controle da doença pela privação total da liberdade do delinqüente-doente, que, retirado do seio da sociedade, especialmente, da família, é transportado involuntariamente para o interior de um ambiente hospitalar.

A institucionalização psiquiátrica do delinqüente-doente vem sendo justificada pela temibilidade social que representa o louco infrator face à sociedade.

Estigmatizado como um indivíduo perigoso do qual a sociedade necessita a mais extrema proteção, o louco infrator é internado no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, onde permanecerá até curar-se ou até deixar de ser perigoso para si e para os outros.

Trata-se de um verdadeiro sistema pseudomédico de controle social fundamentado por uma ideologia do tratamento.

“Nos últimos anos se estudou o efeito destas instituições sobre a personalidade (especialmente a partir de Goffman) e insistiu-se **na inevitável deterioração psíquica – às vezes irreversível** – que acarreta uma prolongada privação de liberdade, o que contribuiu para evidenciar a suspeita de que o “tratamento” era um produto de justificação ideológica.”<sup>12</sup>

A hospitalização psiquiátrica do louco infrator, analisada sob o prisma de efetiva punição, provocará uma verdadeira revolução na aplicação e execução da medida de segurança criminal, vez que o

---

<sup>12</sup> Op. cit. n.º 08. 73p.



delinquente doente passará a ser visto mais como cidadão do que um simples paciente.

Considerando seriamente a franca crise da “ideologia do tratamento”, percebemos a necessidade de se valer da Declaração Universal dos Direitos do Homem para se alcançar uma Psiquiatria Institucional verdadeiramente autêntica e utilitarista na ressocialização do louco infrator, através de um tratamento com vista a alcançar saída terapêutica progressiva do interno e especialmente, uma internação psiquiátrica no interior de um estabelecimento penitenciário, proporcionalmente à gravidade do delito.

### **III – Pressuposto objetivo ilícito-típico**

#### **III, a) Doente mental suscetível à medida de segurança privativa de liberdade é efetivamente condenado pela prática de fato ilícito e típico – Absolvição Imprópria ou Improriedade de aviltante condenação?**

Praticado um fato ilícito e típico por um portador de doença mental que por essa condição não teve capacidade de compreensão do caráter ilícito do fato, ou de determinar-se de acordo com este entendimento, fica isento de pena pela ausência de culpabilidade.

No entendimento da doutrina, a culpabilidade é pressuposto subjetivo para imposição de uma pena, motivo pelo qual o delinquente doente é absolvido criminalmente pela prática de qualquer ilícito típico, em decorrência de sua inimputabilidade.

“De acordo com a Teoria da Imputabilidade moral, o homem é um ser inteligente e livre, podendo escolher entre o bem e o mal, entre o certo e o errado e por isso a ele se pode atribuir a responsabilidade pelos atos ilícitos que praticou. Essa atribuição é chamada imputação, de onde provém o termo imputabilidade, elemento ou pressuposto da culpabilidade. Imputabilidade é assim, a aptidão para ser culpável.”<sup>13</sup>

---

<sup>13</sup> Op. cit. n.º 07, 210p.

De acordo com a doutrina corrente, só é reprovável e, portanto, punível, a conduta em que o agente foi capaz de compreender a ilicitude do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento. Quem, porém, não apresenta essa capacidade de entendimento ou de autodeterminação, é legalmente considerado um INIMPUTÁVEL, eliminando-se a sua culpabilidade e, por conseguinte, a possibilidade de imposição de uma medida punitiva.

Assim, é o caso dos delinqüentes portadores de doença mental ou de desenvolvimento mental incompleto ou retardado, que, pela ausência de consciência de integralizar os elementos objetivos do tipo penal ou de determinar-se de acordo com a sua consciência, devem ser julgados não culpados, por razões de insanidade mental e, por conseguinte, não responsáveis criminalmente pelos seus atos.

Mas como compensar à sociedade o dano causado ao tecido social pelo louco infrator?

Nesta perspectiva, a legislação penal prevê a aplicação obrigatória da medida de segurança criminal, que, atendendo regularmente à Teoria da Imputabilidade, não representa teoricamente uma medida punitiva, mas sim uma medida de caráter meramente preventivo ou assistencial.

Mas, se analisarmos minuciosamente os preceitos legais que regulamentam a aplicação e execução da medida de segurança criminal, veremos que, mesmo fundamentada numa doença mental que carece de um tratamento terapêutico, tal medida efetivamente possui um conteúdo essencialmente punitivo.

A começar pela própria disposição do art. 97 do Código Penal brasileiro, que prevê a imposição obrigatória da medida de internação ao inimputável que pratica fato apenado com reclusão e a faculdade da autoridade judiciária de impor internação ou sujeição ao tratamento ambulatorial ao inimputável que pratica ilícito típico apenado com detenção.

Vê-se que a gravidade do ilícito típico atua como sintoma da perigosidade ou da necessidade de socialização, servindo legalmente como baliza para a determinação judicial quanto à espécie de medida de segurança a ser aplicada ao delinqüente doente.

Àquele infeliz inimputável que praticou ilícito típico cuja pena é de reclusão, presume-se tratar-se de um indivíduo extremamente perigoso e carecedor de um tratamento terapêutico institucional, já que a ele será obrigatória a internação num Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. Especialmente neste caso, o legislador efetivamente ignorou a simples necessidade de se impor apenas uma medida detentiva, para se alcançar resultados terapêuticos eficientes à ressocialização do delinqüente doente.

Criticando a vinculação do juízo a respeito da espécie de medida de segurança a ser aplicada à qualidade da pena cominada ao fato, o professor **João Jose Leal** salienta a significativa diversidade de tratamento legislativo para inimputáveis e imputáveis:

“Não nos parece válida esta orientação legislativa, pois obriga o juiz a decretar a internação sempre que o fato cometido seja reprimido com pena de reclusão. Isto significa que o doente mental, que venha a praticar um furto simples, uma lesão corporal grave – crimes punidos com pena de reclusão – será obrigatoriamente internado num Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. No entanto, o imputável que cometer um desses crimes, desde que primário e de bons antecedentes, poderá permanecer em liberdade, beneficiando-se do *sursis* ou da substituição da pena de reclusão por uma restritiva de direitos, ou até de multa.”<sup>14</sup>

A solução adotada pelo legislador de impor a medida de internação ao inimputável, que praticou crime apenado com reclusão, pressupõe um conteúdo punitivo da medida de segurança criminal e não meramente preventivo e assistencial como entende grande parte da doutrina.

---

<sup>14</sup> RIBEIRO, Bruno de Moraes. Medidas de Segurança. Porto Alegre: Fabris, 1998. pág: 44, nota de rodapé.

Se isso fosse verdade, diante da tendência psiquiátrica que procura, sempre que possível, evitar a internação hospitalar, seria conferido ao juiz, independentemente da qualidade da pena cominada ao crime, a escolha da medida mais adequada a cada caso.

Como eventualmente ocorre com os fronteiriços, em que o art. 98 do Código Penal atribuiu maior discricionariedade ao juiz de escolher a medida que entende mais adequada à ressocialização dos semi-imputáveis. Neste sentido ensina o professor João Mestieri:

**“Em relação aos semi-imputáveis, deve o juiz fazer um juízo de valor sobre a necessidade ou não, de submete-los a medida de segurança. Em caso positivo, pode o juiz determinar a internação em estabelecimento psiquiátrico, ou submetê-lo a tratamento ambulatorial.”<sup>15</sup>**

Urge necessário, contudo, observar que a solução normativa quanto à possibilidade de adoção do tratamento ambulatorial mostra-se um tanto limitada na atual legislação penal, pois só se aplica aos crimes a que seria cominada pena de detenção, o que, na prática, significa estímulo à odiosa política de tratamento manicomial, por vezes ineficaz ao processo de readaptação e ressocialização do delinquente doente. Neste sentido entende o professor Reale Júnior:

**“Deve ser observado, contudo, que a solução normativa quanto à possibilidade de tratamento ambulatorial, redundou tímida, porquanto se encerra nas hipóteses a que seria cominada a pena de detenção, o que significa, em muitos casos à imposição de tratamento manicomial desnecessário e, portanto, nefasto”<sup>16</sup>**

Como já salientado outrora, o legislador de 1984 adotou importantes inovações à aplicação da medida de segurança criminal, condizente às tendências de “desinstitucionalização” do tratamento psico-terapêutico, mas como bem fica evidenciado pela própria **Exposição de Motivos da Lei**

---

<sup>15</sup> MESTIERI, João. Teoria elementar do direito criminal: parte geral. Rio de Janeiro, 1990. 378 p.

<sup>16</sup> REALE Júnior, Miquel et alii. *Penas e Medidas de Segurança no novo Código*. Rio de Janeiro: Forense, 1985, 291 p.

7.209/84, o mesmo considerava efetivamente um exagero, para não dizer um absurdo, a eliminação da internação, assim afirmando:

*In verbis:*

“O projeto consagra significativa inovação ao prever a medida de segurança restritiva, consistente na sujeição do agente ao tratamento ambulatorial. Corresponde a inovação às atuais tendências de “desinstitucionalização”, **sem o exagero de eliminar a internação. Pelo contrário, o Projeto estabelece limitações estritas para a hipótese de tratamento ambulatorial, apenas admitido quando o ato praticado for previsto como crime punível com detenção.**”

Nota-se uma legislação penal realmente muito presa a uma “Psiquiatria Institucional” que, valendo-se de um discurso que prontifica a defesa e o controle social contra suposta periculosidade criminal do delinqüente doente, adota, primordialmente, o tratamento manicomial e, excepcionalmente, o tratamento ambulatorial.

A preocupação do legislador de 1984 está tão distante de tentar alcançar um tratamento terapêutico realmente eficaz à readaptação e ressocialização do delinqüente doente e tão próximo de um sistema punitivo, que o Código Penal de 1984 somente prevê a possibilidade de conversibilidade do tratamento ambulatorial em medida privativa de internação, comprovada a necessidade de tal conversão para fins curativos – art. 97, §4 do Código Penal.

Mas no que concerne à internação como medida inicialmente imposta, o Código Penal não prevê a possibilidade de sua conversão em tratamento ambulatorial, ainda que tal providência fosse necessária e urgente do ponto de vista terapêutico. Outro déficit em relação à execução penal das penas privativas de liberdade impostas aos imputáveis, que prevê a **Progressão de Regime** como um direito subjetivo do apenado, e primordialmente um benefício de execução destinado à reintegração do sentenciado ao convívio social de forma gradativa.

Outro ponto que ressalta o caráter aflitivo da medida de segurança criminal é a questão do seu prazo mínimo de duração.

A legislação penal prevê um prazo mínimo de 01 (um) a 03 (três) anos de duração das medidas profiláticas que será, discricionariamente, determinado pelo juiz na sentença, tendo em vista a gravidade do ilícito típico praticado pelo agente.

O prazo mínimo de duração das medidas de segurança imposto pelo legislador reafirma seu caráter punitivo, vez que legitima um tempo mínimo de segregação do delinquente doente, ainda que já cessada a sua periculosidade.

Trata-se, de fato, de uma presunção legal quanto à periculosidade do louco infrator, ligada à natureza do crime e em benefício do apaziguamento comunitário pelo bem jurídico lesado.<sup>17</sup>

De forma peculiar leciona o professor FRAGOSO:

“Esse prazo mínimo é totalmente injustificado, em realidade o que se pretende é que o Hospital faça as vezes da prisão. Na fixação do prazo mínimo os únicos critérios a que o juiz deverá ater-se são os que se relacionam com a gravidade da anomalia mental”<sup>18</sup>

Seja qual for o critério utilizado pelo juiz para a fixação do prazo mínimo de duração das medidas profiláticas, certo é que não existe qualquer discriminação legal que serviria de parâmetro para uma justa fixação deste prazo, exigindo indubitável discricionariedade e subjetividade da autoridade judiciária.

Alias, nenhum artigo exige inteira discricionariedade e subjetividade da autoridade judiciária quanto o art. 97, §3 do Código Penal, que preceitua: “A desinternação, ou a liberação será sempre condicional devendo ser restabelecida a situação anterior se o agente, antes do decurso de 1 (um) ano, pratica **fato indicativo de persistência de sua periculosidade.**”

O que realmente significa “**fato indicativo de persistência de sua periculosidade**” para a legislação penal brasileira?

---

<sup>17</sup> FERRARI, Eduardo Reale. Medidas de Segurança e Direito Penal no Estado Democrático de Direito. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2001. pág: 63.

<sup>18</sup> FRAGOSO, Heleno Cláudio. Lições de Direito Penal: a nova parte geral. Rio de Janeiro: Forense, 1985.

Como já ressaltado, a desinternação ou a liberação do delinqüente doente está condicionada às mesmas obrigações impostas aos imputáveis que usufruem do benefício de Livramento Condicional.

De forma absurda e desajustada exige o art. 178 da Lei de Execução Penal, a remissão aos arts. 132 e 133 da mesma lei, para fim de regulamentar todo o processo de desinternação ou liberação do louco infrator num período de 01 (um) ano.

Só que, mais uma vez, os imputáveis possuem uma vantagem gritante em relação aos inimputáveis, quanto à execução da pena. Em verdade, trata-se mais de **segurança jurídica** do que propriamente uma vantagem, ter legalmente discriminados os pressupostos de revogação obrigatória ou facultativa do benefício de livramento condicional nos termos dos arts. 86 e 87 do Código Penal.

A condenação transitada em julgado a pena privativa de liberdade por crime cometido anteriormente ou durante a vigência do benefício, ou o não cumprimento das obrigações impostas na Carta de Livramento Condicional, representam pressupostos juridicamente seguros que viabilizam a revogação do ora benefício de execução concedido ao imputável.

Em contra partida, o delinqüente doente sofre a **insegurança jurídica** de restabelecimento da medida de segurança criminal, por um fato que a autoridade judiciária entende ser indícios de persistência da sua periculosidade.

Cumpre ressaltar, todavia, que o **Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária** preocupado com essa insegurança jurídica, aprovou a **Resolução nº 5, de 4 de maio de 2004**, que dispõe a respeito das Diretrizes para o cumprimento das medidas de segurança, adequando-as à previsão contida na Lei n.º 10.216/01, e com relação à re-internação do delinqüente doente dispõe:

**11. A medida de segurança só poderá ser restabelecida em caso de novo delito e após sentença judicial. Os casos de reagudização de sintomatologia deverão ser tratados no serviço de referência local. (anexo n.º 01)**

Nota-se que, agora nos termos desta resolução n.º 05/04, a re-internação do delinqüente doente só poderá ocorrer se houver precedentes criminais com sentença judicial, ceifando, outrossim, qualquer arbitrariedade da autoridade judiciária.

Trata-se de um importante posicionamento defendido pelo Conselho, vez que na prática forense é muito comum a família denunciar o delinqüente doente na primeira dificuldade de convivência com o mesmo, promovendo, outrossim, a sua re-internação de forma totalmente descabida.

E por fim, cumpre enfatizar que a atual medida de segurança criminal se propõe restringir a liberdade do louco infrator **por tempo indeterminado**.

A medida de segurança criminal privativa ou restritiva perdura enquanto persistir a periculosidade do delinqüente doente nos termos do art. 97, §1 do Código Penal.

Torna-se inquestionável que a medida de segurança criminal funciona como uma sanção aflitiva, na medida que representa impreterivelmente uma intervenção do Estado na esfera da liberdade individual, quer por meio de internação do delinqüente doente num Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, quer por submissão involuntária do louco infrator ao tratamento ambulatorial.

Mas fundamentada numa doença que carece de tratamento psicoterapêutico, a atual medida de segurança criminal, por tempo indeterminado, retira do cidadão determinados direitos fundamentais, como a de responder perante à sociedade pelo bem jurídico lesado e depois ser posto em liberdade, quando chegado o momento apropriado de cumprimento daquele tempo prévia e legalmente estabelecido.

Num Estado Democrático de Direito, imperiosa é a existência de limites de intervenção do Estado na liberdade individual daquele que pratica fato ilícito e típico. Um indivíduo não pode ter a sua vida inteira entregue ao Estado, por uma lesão provocada ao tecido social. Não se trata



apenas de justiça e segurança jurídica, mas, primordialmente, de direitos humanos!

Frisa-se, destarte, que a aplicação da medida de segurança vinculada à cessação de periculosidade criminal do delinqüente doente, torna a medida profilática bem mais árdua e severa que a aplicação da pena privativa de liberdade imposta aos imputáveis.

Ressalta-se, ainda, que o termo “periculosidade criminal” é um tanto abstrato e perigoso, pois o seu conceito e significado dependem exclusivamente da forma de controle social vinculado à estrutura política e econômica de uma determinada sociedade.

Definitivamente, o controle social baseado exclusivamente na perigosidade atinge de modo irreversível a liberdade humana e do mesmo modo constitui-se um meio repressivo por excelência nos regimes autoritários e fascistas.

Por todo exposto, a medida de segurança criminal camuflada numa absolvição imprópria, representa impropriedade de aviltante condenação, pois não impede o delinqüente doente de sofrer as severas implicações e restrições de uma verdadeira sanção pena.

### **III, b) Pressuposto objetivo inviabiliza ao delinqüente doente a sua condição de paciente psiquiátrico voluntário.**

É típico o papel de paciente médico ser assumido voluntariamente na sociedade.

Na trajetória natural dos acontecimentos, um indivíduo que sofre de dor, desconforto, incapacidade, procura naturalmente um médico e submete-se a um exame ou diagnóstico.

Enquanto o papel do paciente médico é tipicamente assumido de forma voluntária na sociedade, o papel do paciente mental, por vezes, pode ser assumido voluntariamente ou simplesmente imposto a uma pessoa contra sua vontade.

Se um indivíduo assume, voluntariamente, o papel de paciente mental, por exemplo, visitando um psicoterapeuta em seu consultório – seu papel social é essencialmente o mesmo daquele de um paciente médico, ou, para todos os efeitos, de qualquer cliente que utiliza os serviços de um perito.

Se, contudo, um indivíduo é pressionado ao papel de paciente mental contra sua vontade, sendo, por exemplo, internado num Hospital Psiquiátrico, automaticamente seu papel social mais se aproxima de um criminoso sentenciado à prisão.

Isto naturalmente acontece pelo efeito coercitivo que a “Psiquiatria Institucional” exerce sobre um paciente mental que involuntariamente é internado num Hospital Psiquiátrico.

Nota-se que é montado todo um aparato técnico e institucional para conseguir manter preso um paciente mental involuntário às artimanhas de um ambiente hospitalar.

Assim o paciente mental fica submisso a um tratamento terapêutico à base de fortes medicações, de um acirrado controle de seus movimentos e comportamentos, de um rigoroso domínio de seu tempo e contentamentos.

Sem a chance de reagir contra qualquer desconforto que eventualmente sofra, o paciente mental perde efetivamente sua liberdade e quicá sua própria individualidade quando submetido ao rigor da “Psiquiatria Institucional”.

Tanto a doença mental é diferente da doença médica, assim também o Hospital Psiquiátrico é distinto do Hospital médico.

A situação do paciente médico frente ao Hospital médico é essencialmente àquela de comprador face ao vendedor. Um freguês não precisa comprar qualquer mercadoria que não queira, da mesma forma, um doente médico não precisa internar-se num Hospital médico, ou submeter-se a tratamento de raio-x, ou tomar drogas, a não ser que queira fazê-lo.

Nestas condições, o paciente médico deve dar “consentimento informado” a seu médico para qualquer diagnóstico ou procedimento

terapêutico, sem o qual o médico estará cometendo uma verdadeira invasão não autorizada no seu corpo, estando, por conseguinte, sujeito a severas sanções civis e criminais.

Oposto a isso é a situação do paciente mental involuntário, que normalmente é compelido a submeter-se ao enclausuramento psiquiátrico e a contínuas intervenções ditas terapêuticas, sem que o médico sofra qualquer restrição pelo poder que lhe é investido pela família do paciente ou pelo Estado.

Neste diapasão, o mais aterrorizante é pensar que o médico, mesmo convencido da inevitável deterioração psíquica que sofre a maioria dos pacientes mentais involuntários, poderá manter o tratamento manicomial pelo poder que lhe é impingido, sem que a vítima deste terror psicológico possa fazer alguma coisa para se libertar.

E pensando especificamente no delinqüente doente que assume mais do que ninguém essa condição de paciente mental involuntário, a preocupação agiganta-se pela temeridade da aplicação e execução da medida de segurança criminal no Brasil.

Como outrora salientado, o delinqüente doente confinado num Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico perde mais direitos que um criminoso sentenciado à pena privativa de liberdade numa penitenciária comum.

É fato notório que o confinamento num Hospital Psiquiátrico é mais desagradável que a detenção na cadeia, pois se trata de um estabelecimento penitenciário de segurança máxima em que os delinqüentes doentes estão constantemente dopados e alienados ao meio social.

Cumprir analisar, outrossim, o papel social titulado ao delinqüente doente enquanto permanece inserido no interior de um Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico.

Certo é que esta segregação institucional reforça **a estigmatização social do delinqüente doente**, e gera, especialmente, o fenômeno da “despersonalização” em que a sociedade o rotula de sub-humano e utiliza-

se da insanidade mental como pretexto para mantê-lo indefinidamente preso às garras do sistema penal.

A estigmatização social fica evidenciada pelo tratamento peculiar destinado ao delinqüente doente, que é visto como uma pessoa perigosa da qual a sociedade necessita da mais extrema proteção.

A Hospitalização Psiquiátrica Involuntária impõe a mais severa penalidade que o nosso sistema penal pode infligir a um ser humano, a saber: a perda da liberdade, o que sem dúvida comprova a responsabilidade criminal do delinqüente doente.

No interior de um verdadeiro “asilo de loucos”, o delinqüente doente deverá permanecer até “curar-se” ou deixar de ser perigoso para si e para todos.

**John Stuart Mill**, apontou em seu famoso ensaio sobre a liberdade:

**“Quando era proposta queimarem-se os ateus, pessoas caridosas costumavam sugerir que em vez disso, fossem internados em manicômios. Não seria nada surpreendente vermos isso ser feito, e aqueles que fazem, louvam a si mesmo porque, em vez de perseguidos pela religião e mortos, teriam adotado um meio tão humano e cristão de tratar esses desafortunados, não sem uma satisfação silenciosa de assim terem obtido o castigo merecido.”<sup>19</sup>**

E o mestre **Thomas Stephen Szasz**, sabiamente complementa:

**“Se somente nos deixarmos ver com os olhos que Deus nos deu e com a coragem que somente nós podemos dar, veremos a Psiquiatria legal e a Hospitalização Psiquiátrica Involuntária como são: um sistema pseudomédico de controle social. Esse gênero de psiquiatria é um servo do Estado burocrático, seja esse totalitário ou democrático.”<sup>20</sup>**

---

<sup>19</sup> SZASZ, Thomas Stephen. Tradução de SANZ, José. *Ideologia e Doença Mental: Ensaio sobre a Desumanização Psiquiátrica do Homem*. 2.º ed. Rio de Janeiro: Editora Zahar Editores, 1980. 107 p.

<sup>20</sup> Op. cit. n.º 19, 109 p.

Conclua-se, destarte, que a o veredicto de insanidade mental formulado por um médico com a sentença de aplicação da medida de segurança criminal, materializada num “tratamento” realizado em edifícios chamados de “Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico” fazem parte de uma complexa Psiquiatria Institucional, a qual representa verdadeira pena privativa de liberdade disfarçada de terapia.

### **III, c) Delineamento do fim retributivo e preventivo da medida de segurança criminal, contextualizada numa política de defesa social.**

A obra de Michael Foucault (1926 – 1984) aponta para um esgotamento dos valores do início do século XX, destruidora de convicções, problematiza o passado e pergunta pela atualidade.

Dentre os objetivos de suas problematizações, estava a questão do “poder”.

Foucault frisava que nada está isento de poder. Qualquer luta é sempre resistência ao poder, que se alastra por toda a sociedade e a que ninguém pode escapar.

Foucault fala numa “Microfísica do poder”, em poderes, ou melhor, numa diversificada forma de dominação.

E partindo desta análise, Foucault colocou em questão a relação específica de poder que existe sobre os indivíduos enclausurados, a relação de poder que incide sobre seus corpos e utiliza uma tecnologia própria de controle.

Assim, para Foucault, tornou-se claro que o sistema penal representa uma forma de afirmação do poder do soberano, em que a desobediência, enquanto um ato de hostilidade, precisava ser compelido, e ao mesmo tempo legitimado na lei e numa proposta de transformação do delinquente.

Valendo-se desta relação íntima entre a afirmação do poder estatal e o sistema penal, conclui-se que a pena representa primordialmente uma sanção contra o indivíduo que afrontou determinados valores e bens

enunciados pelo Estado, como essenciais à manutenção da ordem, sendo, destarte, o retributivismo, o primeiro e mais importante, fim justificador das penas.

A pena surgiu como sinônimo de expiação pelo injusto causado à sociedade, desde os tempos da justiça individual fomentada pela vingança e, mais tarde com o suplício, enquanto pena corporal dolorosa em que o tipo de ferimento físico e a intensidade do sofrimento dependia da gravidade do crime, e sendo o corpo alvo da vingança do soberano, o suplício deveria ser ostentoso e constatado por todos.

É certo que o fim essencialmente retributivo da pena foi, com o decorrer do tempo, sendo estudado e reformulado por grandes teóricos, fomentando uma série de teorias sobre esta matéria.

E Kant foi o grande propulsor da concepção moralista, onde a pena deixou de ser justificada pela demasiada violação às ordens de Deus, adquirindo um conteúdo de justiça.

O imperativo categórico de Kant afirmava que, mesmo se uma sociedade voluntariamente se dissolvesse, o último assassino que se achasse em prisão deveria ser punido, a fim de que cada um receba a retribuição que reclama sua conduta.<sup>21</sup>

E Hegel alterou os fundamentos de retribuição, alicerçando-se numa visão jurídica.

Para Hegel, a pena não seria mais imposta por um critério moralista de justiça, mas por retribuição jurídica, representando a sanção-pena uma verdadeira reafirmação de existência e validade do ordenamento jurídico, negado pelo delinquente<sup>22</sup>

Como uma reação ao fundamento unicamente retributivo, surgiu a concepção prevencionista da pena, indagando-se se não tinha a pena outra finalidade, a não ser o castigo ou a retribuição.

---

<sup>21</sup> Op. cit. n.º 17, 48 p.

<sup>22</sup> Op. cit. n.º 17, 49 p.

A primeira modalidade de prevenção aparece historicamente com o fundamento da intimidação a todos os membros da sociedade, pela coação psicológica da pena – é a chamada prevenção geral negativa.

Tal concepção defendia que toda pena tinha um fim pedagógico, no sentido de demonstrar à sociedade que a delinquência provocaria a sua regular punição, adquirindo a pena um efeito inibitório à reincidência criminal.

E paralelamente a essa concepção inibitória da pena surgiu a denominada prevenção geral positiva, acreditando que toda sanção tinha no seu bojo uma forma de reafirmação e respeito ao ordenamento jurídico.

Partindo do princípio de que o crime era uma doença social, surgiu, paralelamente à concepção prevencionista geral, a perspectiva especial das sanções, cuidando da prevenção à reiteração delituosa por meio de um trabalho de recuperação desenvolvido diretamente sobre o delinquente.

Assim, amadurecia a idéia de que a cura da delinquência poderia ser alcançada com o tratamento, não precisando mais de retribuição pelo injusto praticado.

A prevenção especial não busca a intimidação do grupo social e muito menos a retribuição pelo mal causado à sociedade, visando primordialmente evitar a reincidência criminal através de um processo individual de educação do delinquente.

Substituindo a pena pelo tratamento, o objetivo essencial das sanções seria a "ressocialização" do delinquente, admitindo excepcionalmente a segregação do indivíduo em caso de incorrigibilidade do delinquente, que, por conseguinte, representava um perigo para a sociedade.

Conclui-se, destarte, que o enclausuramento do delinquente era motivado em nome de uma defesa social, diante de uma eventual perigosidade criminal presentes nos incorrigíveis.<sup>23</sup>

Surge, então, com a teoria da Prevenção especial, resquícios da chamada “Periculosidade ou Perigosidade Criminal” que sustentará as

---

<sup>23</sup> Op. cit. n° 17, 51 p.

famosas “Medidas de Prevenção Social”, posteriormente conhecidas como “Medidas de Segurança Criminais”.

Cumprе ressaltar, contudo, que, inicialmente, a gênese da medida de segurança surgiu em face da necessidade de segregar os incorrigíveis, legitimando o tratamento ressocializador como seu fim principal, motivo pelo qual a doutrina, arraçoada numa vetusta “Ideologia do Tratamento”, desacredita na retribuição da medida de segurança.

A medida de segurança criminal foi sistematizada pela primeira vez em 1893, com Karl Stooss, em seu Anteprojeto do Código Penal Suíço. E disciplinada de forma sistemática, tal medida terapêutica apareceu pela primeira vez ao lado da pena, apresentando as seguintes características:

1. atribuir-se prioritariamente ao juiz;
2. pronunciar-se sob a forma de sentença relativamente indeterminada, com duração condicionada à cessação da periculosidade;
3. basear-se na periculosidade do delinqüente;
4. executar-se em estabelecimentos especializados e adequados ao tratamento do perigoso;
5. constituir-se em medida complementar, algumas vezes substitutivas à pena, aplicando-se àqueles delinqüentes incorrigíveis cuja execução da pena seria ineficaz.<sup>24</sup>

Neste diapasão, a medida de segurança criminal de fato representava uma medida essencialmente preventiva, visto que complementava ou substituía a pena quando se constatava que a sua pura execução era ineficaz à ressocialização do delinqüente, especialmente, com relação aos reincidentes, aos alcoólatras habituais, aos corrompidos perigosos e aos delinqüentes juvenis.

Nos termos do Anteprojeto de Stooss, se o delinqüente que sofreu várias vezes a pena de reclusão executasse um outro delito em um período inferior

---

<sup>24</sup> Op. cit. n.º 17, 30 p.



a cinco anos, seria submetido a uma medida de internamento específica para reincidentes.

Não se tratava de estatuir-se a medida de segurança como mero complemento da pena, mas sim de substituí-la pela sua ineficácia em determinados casos de contínua reincidência criminal, almejando a defesa social, assim como a recuperação do delinqüente.

Consolidava-se, assim, uma “Ideologia do Tratamento” em torno da medida de segurança, fundamentada essencialmente numa prevenção especial do delinqüente-doente.

No Brasil, a codificação da medida de segurança somente ocorreu com o Código Penal de 1940, adotando-se o Sistema do duplo binário, em que a medida de segurança foi normatizada ao lado da pena, tendo ora o fim de complementá-la, no caso dos imputáveis, ora o objetivo de substituí-la no caso dos inimputáveis.

A medida de segurança tinha como pressupostos cumulativos a prática de fato previsto como crime, bem como a periculosidade do agente.

Aplicada pela autoridade judiciária, a medida de segurança admitia excepcionalmente sua imposição por razões da periculosidade social quando o agente era legalmente presumido como perigoso, não importando a prática do ilícito típico.

Segundo o Código Penal de 1940, a cessação da medida de segurança só ocorria com a cura do delinqüente – a perpetuidade na execução da medida terapêutica era adotada, impondo-se de um lado um tempo mínimo obrigatório, e negando por outro lado qualquer limite máximo de duração.

O limite mínimo obrigatório era considerado uma forma de defesa social contra a precipitada antecipação ao retorno do internado ao convívio social.

O Código Penal de 1969 conferiu maior importância ao semi-imputável, admitindo sua internação em estabelecimento psiquiátricos anexos ao manicômio judiciário, com o escopo de separá-los dos inimputáveis.

E não admitindo a privação da liberdade do delinqüente por meio da pena e posterior submissão à medida de internamento, o Código Penal de

1969 eliminou a cumulatividade entre as sanções detentivas, havendo a necessidade da autoridade judiciária optar pelo cabimento da sanção-pena, considerando o indivíduo imputável, ou pelo cabimento da aplicação exclusiva da medida de segurança, afirmando a inimputabilidade do agente.

Encerra-se o ciclo do duplo binário no Brasil, até a sua revogação em 1975, mantendo-se na íntegra a legislação penal de 1940.

Com a promulgação do Código Penal de 1984, as medidas de segurança criminais seriam finalmente destinadas exclusivamente aos inimputáveis e semi-imputáveis que em virtude de saúde mental ou desenvolvimento mental incompleto, não possuíam ao tempo do crime, a inteira capacidade de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com este entendimento.

O Código Penal de 1984 decidiu por revogar por completo o sistema do duplo binário, adotando o vicariato, revitalizando ainda o princípio da legalidade ao enunciar como pressupostos jurídicos obrigatórios à aplicação da medida de segurança, tanto a periculosidade criminal do agente, como a prática de um ilícito-típico.

Por todo exposto, a medida de segurança criminal disposta no Código Penal vigente, indubitavelmente configura-se como um instrumento sancionatório, restringindo a liberdade do delinqüente-doente pela prática do ilícito-típico prévio, não consistindo legítima a segregação do indivíduo em um estabelecimento penal, apenas pela doença mental – fato que confirma inquestionável adoção da retribuição na aplicação da medida de segurança.

Alem disso, ressalta-se o fim retributivo da medida de segurança criminal quando se verifica no art. 97 do Código Penal de 1984, que a gravidade da natureza do ilícito-típico constitui um dos parâmetros para a aplicação da medida terapêutica-penal.

Nos termos deste artigo, o inimputável que praticar um fato punível com reclusão deverá ser submetido a uma medida de privativa de

internamento, enquanto aquele que praticar um fato punível com pena de detenção, poderá sujeitar-se a um tratamento ambulatorial.

A gravidade do ilícito-típico, portanto, trabalha legislativamente como um sintoma da perigosidade ou da necessidade de socialização, servindo como baliza para a escolha judicial quanto a medida de segurança privativa ou restritiva de tratamento.

A retribuição em nossa legislação também possui um papel fundamental quanto à fixação do prazo mínimo de duração da medida de segurança criminal.

Nos termos do art. 97, § 1º e § 2º do atual Código Penal, o prazo mínimo para a verificação da cessação de periculosidade poderá variar de 01 (um) à 03 (três) anos, dependendo também da gravidade do ilícito-típico.

Tais determinações legais confirmam a concepção retributiva da medida de segurança criminal, na medida que vislumbra a idéia do “castigo” - através da internação em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico ou sujeição ao tratamento ambulatorial – dependendo do bem jurídico lesado.

Mas como partidária da meta de defesa social, a doutrina majoritária entende que a medida de segurança objetiva essencialmente a “cura” ou controle da doença mental do delinqüente-doente, para que o mesmo consiga conviver harmonicamente em sociedade, sem causar qualquer tipo de lesão social.

Só que fundamentar a medida de segurança exclusivamente na ressocialização do louco infrator, pode provocar conseqüências extremas na aplicação prática da medida terapêutica.

A ressocialização, como único fundamento de segurança e defesa social, legitima a pura segregação do doente mental, especialmente quando presente a absoluta irreversibilidade da doença extremamente grave, como nos casos da esquizofrenia paranóide, sendo certo que isolar uma pessoa pelo resto de sua vida, num manicômio judiciário, equivale a sua destruição e obviamente trata-se de uma real e odiosa punição respaldada num discurso ou pretexto terapêutico, tornando-se, outrossim, plausível entender

que o fim na aplicação da medida de segurança criminal é retributivo e o fim da execução da medida de segurança é a ressocialização, de prevenção especial.

#### **IV - Pressuposto subjetivo da Periculosidade Criminal**

Pressuposto imprescindível para a aplicação da medida de segurança criminal, além da prática do ilícito típico, constitui a presença da periculosidade criminal.

O primeiro a tentar uma verdadeira sistematização jurídica do conceito de "periculosidade" foi Rafael Garófalo.

Em 1880, Garófalo, em sua monografia "De um critério positivo da personalidade", sustentou que se as sanções têm de constituir um meio de prevenção, devem ser adaptadas não apenas à gravidade do delito, nem do dever violado, mas sim à temibilidade do agente, como sendo a perversidade constante e ativa do delinqüente e a quantidade de mal previsto que se deve temer por parte do mesmo delinqüente.<sup>25</sup>

Garófalo faz da "temibilidade" o princípio que dominou todo o sistema penal, onde a prática da função punitiva se reduz a um processo para determinar a perversidade constante do réu e o grau de sociabilidade que porventura subsista nele, e onde a pena supõe a probabilidade de novas agressões da parte do réu e resolve em processo inibitório apropriado à especialidade de sua natureza.<sup>26</sup>

Assim, consolida-se as bases centrais da Ciência Criminal que seria o "homem perigoso" que ameaça e a sociedade que se defende. Desse binômio, perigo que ameaça e sociedade que se defende, nasceu a "Teoria

---

<sup>25</sup> PIEDADE Junior, Heitor. Personalidade Psicopática, Semi-imputabilidade e Medida de Segurança. Rio de Janeiro: editora Forense, 1982. 157 p.

<sup>26</sup> Op. cit. n.º 25, 158 p.

da Periculosidade", cuja configuração essencial é a temibilidade de Garófalo.<sup>27</sup>

É perante cada indivíduo que se formula o juízo de periculosidade, integrado pela personalidade patológica-social do homem que se exprime ou pode exprimir-se no seu comportamento perante os estímulos da vida.

Genericamente, a periculosidade pode considerar-se como o estado, a atitude, a inclinação de uma pessoa a cometer, com grande probabilidade, delitos, é uma periculosidade caracterizada pela tendência a delinquir.

Lançada a figura do homem perigoso no centro do problema penal, denunciado o delito como episódio dessa forma grave de desajustamento social do homem, haviam os criminalistas de tomar como problema central do Direito Penal, a redução da criminalidade, que por vezes reside em estado potencial no homem perigoso.

Generalizou-se a expressão "luta contra a criminalidade", especialmente contra aos delinquentes habituais, através de uma ação precoce do Estado de surpreender o processo delituoso na sua fase de iminência criminal, detendo o provável delinquente no limiar do ato criminoso, resguardando, outrossim, os valores jurídicos tutelados pela lei penal.

Entendendo, o delito como fase avançada do processo, e desde então, muito mais difícil de conseguir o retorno às condições normais de sociabilidade, muitas legislações penais do início do século XX, reconheceram a **periculosidade sem delito** ou a **periculosidade social**, valendo-se de recursos jurídicos e médico-pedagógicos para tentar neutralizar indivíduos legalmente definidos como potencialmente perigosos.

A periculosidade social utiliza-se de um presumido e já difícil juízo de prognose, compreendendo qualquer situação de risco praticada por determinados tipos de autor, a exemplificar-se, dentre os cidadãos perigosos socialmente, os mendigos, os vadios habituais, os rufiões, os homossexuais,

---

<sup>27</sup> BRUNO, Aníbal. Perigosidade Criminal e Medidas de Segurança. Rio de Janeiro: Editora RIO. 1977. 33 p.

as prostitutas, os ébrios, os toxicômanos e os denominados enfermos mentais.

A periculosidade social constitui-se numa válvula de escape à restrição da liberdade dos cidadãos considerados socialmente inconvenientes ao Estado, presumindo ou dispensando a própria prática de uma infração penal. Possui como pressuposto, a mera infração danosa social, legitimando-se pelo simples comportamento desajustado comunitariamente, muito aplicável pelos Estados totalitários.<sup>28</sup>

Relativizando o conteúdo essencialmente retributivo da pena, o Direito Penal deslocava sua atenção para a prevenção do crime, pensando numa pena emendativa ou puramente de segregação do homem perigoso. Alheia-se do fato delituoso, que assume aspecto meramente sintomático e dirige-se à periculosidade do indivíduo.

Mas, como também era necessário conservar à pena o seu caráter retributivo, proporcional ao delito, foram criadas as chamadas medidas de segurança para a emenda e a segregação dos homens perigosos, para melhor atender às necessidades da defesa social.

A medida de segurança, como já salientado outrora, nascia, assim, por segmentação da pena.

Com a pena ficava o atributo da intimidação, da retribuição proporcional à culpa incorporada no crime, e com a medida de segurança, o da segregação e da emenda.

A pena continuaria fundada na culpa que supunha no agente a necessária capacidade de entender o caráter típico e ilícito do fato, não havendo, outrossim, pena sem culpa.

Assim, fulcrada na Teoria da culpabilidade, como pressuposto subjetivo para aplicação da pena, ficariam sem pena todos aqueles que praticavam fato típico e ilícito em estado de doença mental ou em período de incompleto desenvolvimento dos atributos psíquicos.

---

<sup>28</sup> Op. cit. n.º 17, 155 p.

Mas em razão da defesa social que visava resguardar os interesses da segurança social, os criminosos desses gêneros não poderiam ficar isentos de sanções do poder público, já que por vezes se revelavam dos mais perigosos para o ordenamento jurídico-social, ficando então submetidos ao instituto medida de segurança.

Cumprе ressaltar, destarte, que o problema que mais estimulou a aceitação e o desenvolvimento, sob o aspecto prático, da medida de segurança foi, sem dúvida, a ineficácia da pena corporal no combate à criminalidade, tendo em vista o aumento do índice de reincidência criminal.

Partindo do pressuposto de que todos os delinqüentes apresentavam particular periculosidade, o Direito Penal passou a impor a adoção da medida de segurança para resguardar melhor a sociedade das suas agressões.

Substituindo ou complementando a pena, dela distinguindo-se ou confundindo-se, a medida de segurança penetrou assim na ciência do direito e nos Códigos Modernos, com fulcro na periculosidade dos indivíduos.

Mas, com a reafirmação do Estado Democrático de Direito, a medida de segurança criminal foi finalmente reconhecida como sanção pena, tendo como pressuposto legal **a periculosidade pós delitual ou criminal**, sendo, portanto, descabida a periculosidade social como pressuposto para a aplicação de tal medida profilática.

A periculosidade criminal consiste na probabilidade do agente vir a cometer novos fatos ilícitos típicos.

Grispigni preceitua a periculosidade criminal como um estado de antijuricidade de um sujeito, tendo como consequência, à aplicação de uma sanção penal. Com tal consideração a respeito da periculosidade criminal, Grispigni acentua demasiadamente a importância do delito como sintoma da periculosidade, seria ele o elemento primário decisivo por si mesmo,

junto ao qual os outros contribuiriam apenas para aumentar ou diminuir a periculosidade revelada pelo delito.<sup>29</sup>

O crime é efetivamente, para a maioria das legislações penais, um sintoma da periculosidade, aquele que transforma a periculosidade suposta em periculosidade demonstrada, a criminalidade latente em criminalidade efetiva.

Ferri, o grande mestre positivista, vai mais longe, para ele não existem delinquentes perigosos e delinquentes não perigosos, mas todos os delinquentes, só pelo fato de haver cometido um delito, se demonstram socialmente perigosos.<sup>30</sup>

Em contra partida, acentua Aníbal Bruno, que o delito por si só, desacompanhado das circunstâncias, dos dados colhidos na vida anterior e posterior do delinquentes, não induz ao juízo de periculosidade. O delito é apenas uma forma de comportamento em que se revela a personalidade, mas não exclui os outros elementos que também são importantes para se atingir e entender a real personalidade do agente, que é o fundamento real da periculosidade.<sup>31</sup>

Os móveis, porém do crime, a sua natureza, as circunstâncias de que se revestiu o estudo da personalidade biológica e social do agente, esclarecerão a existência ou não do estado perigoso.<sup>32</sup>

Não fica, entretanto, fora das cogitações da periculosidade a análise minuciosa do ato delituoso, assim como o estudo de valores humanos atingidos pelo delito, que efetivamente conduzem muitas vezes a descobrir a direção específica da periculosidade do agente e o grau dessa periculosidade.

Mas não somente os elementos objetivos do delito podem oferecer o alcance da personalidade do agente.

---

<sup>29</sup> BRUNO, Aníbal. Perigosidade Criminal e Medidas de Segurança. Rio de Janeiro: Editora RIO, 1977, 32 p.

<sup>30</sup> Op. cit. n.º 29, 33 p.

<sup>31</sup> Op. cit. n.º 29, 34 p.

<sup>32</sup> Op. cit. n.º 29, 34 p.



Os seus elementos subjetivos podem oferecer valiosa importância sintomática, tais como as causas próximas e remotas, a finalidade visada com o delito, a premeditação, a persistência criminosa revelada nas dificuldades vencidas para o êxito do ato, tudo são elementos no juízo da periculosidade.<sup>33</sup>

Conclua-se, contudo, que em um Estado Democrático de Direito não há sanção-medida de segurança, sem periculosidade criminal.

A medida de segurança penal somente será imposta se houver periculosidade criminal, que seria a probabilidade na repetição do ilícito-típico.

Muitos doutrinadores entendem a probabilidade de reincidência criminal como um juízo de certeza sobre a constância de futuros atos delitivos, pelas condições naturais de um indivíduo, pouco apropriadas ao sucesso de um movimento de adaptação social.

No caso específico do louco infrator, a legislação penal brasileira acredita que existem estruturas bio-psicológicas que conduzem o indivíduo a um estado permanente de desajustamento às normas fundamentais de convivência social.

Para tanto a legislação vigente conduz a liberação do louco infrator à medida de segurança, à cessação de sua periculosidade, constatada através de uma minuciosa perícia médica.

#### **IV, a) Cessação da Periculosidade Criminal na legitimação da "Institucionalização da Prisão Perpétua"**

Um dos mais árduos problemas que a aplicação da medida de segurança criminal no Brasil sugere é a sua submissão   cessão de periculosidade do louco infrator, que efetivamente exige um diagnóstico de prognose bastante peculiar.

---

<sup>33</sup> Op. cit. n.é 29, 35 p.

Nessa fase de exame de cessação de periculosidade importa explorar as condições físicas e psíquicas do agente, em particular as que podem constituir elementos do estado perigoso do louco infrator.

O que se procura é a fórmula do comportamento social do delinqüente doente fora do ambiente hospitalar, e determiná-la dependerá necessariamente de um estudo sério de como o mesmo costuma responder aos estímulos da vida face à sua doença mental.

Hélio Gomes nesse sentido ressalta que "estudando os anormais psíquicos (doentes mentais, oligofrênicos e personalidades psicopáticas), sob o ponto de vista de sua periculosidade, o especialista tem em mira, principalmente, definir a capacidade de adaptação dos mesmos ao meio social, visando acautelar esse meio social de sua atividade nociva ou delituosa. Faz obra de profilaxia criminal, adotando medidas adequadas, preventivamente postas em execução, impede a consumação do crime, em vista de gestação na conduta mórbida."<sup>34</sup>

O exame de cessação de periculosidade não objetiva constatar a cura do delinqüente doente, por vezes inviável pelas naturais condições biológicas e psíquicas da doença mental em voga.

Segundo juristas e médicos o exame de cessação de periculosidade funciona puramente como um diagnóstico e um prognóstico: é um diagnóstico na medida em que procura determinar, no louco infrator, a existência de particularidades psíquicas segundo as quais deve ser considerado perigoso; e é um prognóstico na medida em que quer prever a conduta criminal futura do mesmo.<sup>35</sup>

O exame de cessação de periculosidade exige a investigação da personalidade do louco infrator em todos os aspectos que podem revelar as raízes profundas do seu comportamento biológico e social.

---

<sup>34</sup> Op. cit. nº 29. 167 p.

<sup>35</sup> Op. cit. nº 29. 168 p.

Aníbal Bruno, brilhantemente, estabelece os seguintes requisitos fundamentais à consideração do especial estado de periculosidade do indivíduo:

- 1) As condições físicas e psíquicas que caracterizam a personalidade do agente e possam explicar tendências anti-sociais;**
- 2) O fato delituoso ou não em que se exprime a periculosidade;**
- 3) Os motivos que determinaram o fato e as circunstâncias que o cercaram;**
- 4) A vida antecedente do autor;**
- 5) O seu comportamento contemporâneo e subsequente ao fato;**
- 6) As condições do meio familiar e social em que se formou e onde vive o suposto perigoso.** <sup>36</sup>

O mestre Aníbal Bruno acredita que grandes subsídios para a interpretação do estado perigoso do delinqüente doente podem ser fornecidos num estudo minucioso da vida antecedente do autor, do seu comportamento no momento e depois do delito praticado, enfatizando que a investigação das reais condições do meio familiar e social, onde se formou o espírito do delinqüente doente e sob cuja influencia decorre o processo de sua vida, dará o toque decisivo à configuração da sua periculosidade criminal.

Neste diapasão, o exame de cessação da periculosidade disposto na legislação penal vigente e usualmente preparado pela Equipe médica que acompanha o delinqüente doente, está longe de alcançar esta riqueza de detalhes essencial à individualização da medida terapêutica.

Não se pode ter em vista somente os sintomas psíquicos e clínicos gerais inerentes à doença mental em análise, mas primordialmente deve-se observar a forma como se refletem estes sintomas particularmente em cada

---

<sup>36</sup> Op. Cit. nº 29, 31 p.

doente mental, analisando-os conjuntamente com o seu natural ambiente familiar e social.

Além disso, não existe no Brasil uma relação interdisciplinar entre os diversos profissionais envolvidos no processo de realização deste juízo de prognose, sendo raros ou inexistentes os contatos entre juízes, psiquiatras, assistentes sociais, psicólogos e criminólogos, tornando, por conseguinte, mais incerta a análise deste exame de periculosidade.

O processo de execução penal, muitas vezes, constitui-se numa repetição da instância de conhecimento - no qual o Ministério Público, cada vez mais, parece ser um acusador e não um fiscal dos fins das sanções - não existindo sequer uma avaliação conjunta entre a autoridade administrativa, o psiquiatra e o juiz, ficando a autoridade judiciária com todo o poder em suas mãos, utilizando-se do termo periculosidade ora para negar um benefício, ora para concedê-lo.<sup>37</sup>

Nossa atual Lei de Execução Penal não discrimina a forma de acompanhamento psicológico, social ou médico na evolução do delinqüente doente, assim, psiquiatras e juízes ficam isolados em seus ofícios, esquecendo-se de que há fins inerentes à execução da medida de segurança criminal.

O juiz, que seria um importante fiscalizador do tratamento terapêutico do delinqüente doente, constatando se, de fato a equipe médica estaria tomando medidas de garantia aos direitos fundamentais do louco infrator, sequer tem acesso ao ambiente hospitalar e ao processo de avaliação psiquiátrica.

Arelado às formalidades do processo de execução, o juiz esquece de que, por traz de uma simples folha de papel que tem o nome de exame de periculosidade, existe uma pessoa isolada da família e do mundo, que anseia por dignidade.

Aníbal Bruno mais uma vez é brilhante ao afirmar que para um seguro juízo de prognose, o juiz terá de penetrar na intimidade mental do sujeito,

---

<sup>37</sup> Op. cit. n.º 17, 163 p.

observando suas atitudes para resolver os problemas da vida, investigando a história do paciente, seu comportamento habitual, condições de sua existência, a maneira pela qual tem procurado vencer as posições embaraçosas, suas relações com a família e com outras instituições sociais ou pessoas de sua convivência, suas inclinações ou preferências.<sup>38</sup>

Outra questão peculiar, é o fato de a lei penal submeter a liberação do delinqüente doente exclusivamente à um exame de periculosidade, sem que haja um critério legal objetivo que possa proporcionar uma maior segurança jurídica à aplicação e execução da medida profilática.

A cessação de periculosidade como critério exclusivo para a liberação do louco infrator à medida de segurança criminal, atende às necessidades de um direito penal totalitário, pois permite ampla discricionariedade, dada a fluidez decorrente da impossibilidade de certeza e de segurança quanto ao ajuizamento do estado perigoso.

Tal rigor não existe, por exemplo, na pena privativa de liberdade, destinada aos imputáveis, que contam com uma sanção abstrata máxima que lhe permite a uma segurança jurídica quanto à submissão de uma sanção-pena proporcional à gravidade do ilícito típico praticado.

Cumpramos enfatizar que todos nós, imputáveis ou inimputáveis, somos suscetíveis à prática de ilícitos típicos, dormitando em cada um de nós a potencialidade quanto à reincidência criminal, tornando-se, contudo, inconcebível a permanência indeterminada do louco infrator num Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, exclusivamente por um juízo de prognose, por vezes incerto e conflitante com os direitos fundamentais da pessoa humana.

A permanência infinita do louco infrator num Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, consolida um efetivo processo de estigmatização social, absolutamente contrário ao princípio constitucional da dignidade humana.

---

<sup>38</sup> Op. cit. n.º 29, 294 p. e 295 p.

Além disso, faz presente na República Federativa do Brasil a institucionalização da “prisão perpétua” permanentemente inconstitucional nos moldes do art. 5º da nossa Carta Magna.

## **V – Da busca por uma Execução Penal utilitarista da medida de segurança criminal**

Patente, contudo, é o reconhecimento de que os doentes mentais suscetíveis às medidas de segurança criminais são efetivamente condenados – e não absolvidos impropriamente – face à representação, essencialmente aflitiva da medida profilática.

Nestas condições, pugna-se por uma verdadeira revolução na execução das medidas terapêuticas-penais com fins alcançar efetiva reabilitação e ressocialização do delinqüente doente.

Assim, a **Resolução n.º 05 de 04 de maio de 2004** do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária, respaldada na Lei Federal n.º 10.216/01, brilhantemente dispõe:

1. O tratamento aos portadores de transtornos mentais considerados inimputáveis **“visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio”** (art. 4º, § 1º da Lei nº 10.216/01), tendo como princípios norteadores **o respeito aos direitos humanos, a desospitalização e a superação do modelo tutelar.** (*anexo n.º 01*).

E conferindo especial interferência ao princípio da individualização da medida de segurança, frisa-se a necessidade de um trabalho multidisciplinar entre o Sistema de Saúde e a Justiça, com o escopo de atender o segundo item da **Resolução n.º 05/ 04**, que dispõe:

2. A atenção prestada aos pacientes inimputáveis deverá seguir um programa individualizado de tratamento, concebido por equipe multidisciplinar que contemple ações referentes às áreas de trabalho, moradia e educação e seja voltado para a reintegração sócio-familiar. (*anexo n.º 01*).

Torna-se imprescindível uma mudança radical na mentalidade do Estado com relação à aplicação e execução da medida de segurança criminal, desenvolvendo, outrossim, uma política de superação das necessidades terapêuticas do paciente delinqüente, disponibilizando recursos, Centros de Apoio Psicossocial (CAPS) e Residências Terapêuticas.

Assim, com fulcro num ideal de **desinstitucionalização psiquiátrica**, a inclusão do louco infrator, nesta rede de assistência terapêutica, seria a regra e a internação no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico a exceção.

Urge necessário preconizar o tratamento terapêutico do delinqüente doente face um eficiente Centro de Apoio Psicossocial (CAPS), que desenvolverá um trabalho individualizado com o paciente e principalmente com sua família.

E havendo imperiosa necessidade de internação do paciente delinqüente, pugna-se por uma verdadeira execução penal utilitarista da medida de segurança criminal, sempre com vistas alcançar a reintegração sócio-familiar do paciente através de medidas como a progressividade da medida profilática e limitação máxima da medida de segurança.

#### **V, a) Progressividade da medida de segurança criminal através da aplicabilidade e estímulo da Desinternação Progressiva**

Num primeiro momento, os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico consistiram em abrigar e manter pessoas portadoras de transtornos mentais isoladas da sociedade, por terem praticado ilícitos típicos que lesionaram bens jurídicos legalmente protegidos.

Assumindo o encargo total da vida dos pacientes delinqüentes, isolando-os e vigiando-os permanentemente, o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico costumava ser um lugar de ociosidade e de inércia dos delinqüentes doentes que viviam plenamente alienados pela forte medicação, sendo, outrossim, simples depósitos humanos.

Com o passar dos anos, houve um crescimento contínuo e desmesurado de um movimento de **ressocialização do paciente**

**delinqüente**, assumindo os Hospitais o compromisso de tratar das pessoas portadoras de transtornos mentais e devolvê-las a sociedade.

Alcançando uma maior compreensão do que seja a doença mental e de como doença e saúde se interligam e trocam papéis sociais continuamente, a **Psiquiatria Moderna** tomou corpo no interior dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, sendo indubitavelmente responsável por um tratamento psiquiátrico que efetivamente produz importantes resultados na saúde mental de seus pacientes.

Modernamente, já não se pode pensar em um tratamento institucional medicamentoso, sem a visão holística do paciente, analisada através de uma equipe interdisciplinar, especialmente quando este paciente traz em sua bagagem uma estória criminal.

A interdisciplinaridade implica ações conjuntas, integradas e inter-relacionadas de profissionais de diferentes áreas de conhecimento, possibilitando uma abordagem global do tratamento psiquiátrico no interior de uma Instituição, havendo, por conseguinte, uma equipe de médicos, enfermeiros, acadêmicos, terapeutas ocupacionais, psicólogos, advogados, entre outros profissionais de apoio, que trocando informações objetivas, possibilitam um maior potencial de recuperação dos pacientes.

Um dos maiores obstáculos da Psiquiatria Institucional foi aceitar que a *psicose* existe de fato na vida de muitas pessoas, tratando-se de uma doença que pode ser controlada e até curada.

Como consequência desta nova postura, a tendência atual foi considerá-la com maior simpatia, sem aquele estereótipo de horror e pavor de outros tempos.<sup>39</sup>

Cumpre salientar que a Psiquiatria Moderna possui uma série de técnicas que trata o paciente como um indivíduo com características próprias, seja qual for o grau de sua enfermidade, assim havendo condições

---

<sup>39</sup> BIONDI, Edison José; PASCOTTO, José Carlos; FERNANDES, Regina Brum de Andrade. A Terapia Ocupacional no Henrique Roxo. Disponível em <[www.supersaude.rj.gov.br/hphr.htm](http://www.supersaude.rj.gov.br/hphr.htm)>. Acesso em 10 mai.2005.



de experimentar o tratamento mais adequado ao seu caso, ultrapassando a postura simplista que julgava suficiente a internação hospitalar.

Esta é a filosofia adotada pelo **Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Henrique Roxo**, que brilhantemente vem apresentando um trabalho sério de **recuperação dos pacientes delinqüentes**, valorizando seus afetos, sua expressão criativa, seu imaginário, sua consciência, como forma de reafirmar seus vínculos afetivos com a equipe profissional que os orienta, com sua família e por fim com a sociedade.

O Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Henrique Roxo, localizado em Niterói, vem desenvolvendo uma política humanitária direcionada à ressocialização e ao tratamento digno dos pacientes delinqüentes, através de um **projeto terapêutico** com atividades que não significam apenas um esforço para a ocupação do tempo ocioso dos pacientes, mas sobretudo, uma tentativa de se trabalhar o seu lado sadio, voltado sempre para uma possível e futura reinserção na sociedade.

A **Terapia Ocupacional** foi implantada em 1996, oferecendo desde então, uma variedade de atividades direcionadas à recuperação da cidadania dos pacientes delinqüentes.

O Programa compreende várias áreas de interesse abertas ao interno, que faz sua escolha de acordo com suas habilidades e tendências específicas.

Dentro da estrutura do Hospital, a **Terapia Ocupacional** oferece aos seus Pacientes a oportunidade de trabalhar em atividades como a Oficina Culinária, a Oficina de artes, a Oficina Terapêutica, a Oficina de Encadernação, a Oficina de Sabonetes, a Oficina de Música, o Projeto Bolsa de Trabalho, Teatro, Pagode e Coral, o jornalzinho chamado de Metamorfose.

Através do contato com diversas indústrias, já se conseguiu que os pacientes colaborassem na área de controle de qualidade, como é o caso da atividade denominada por eles próprios de “tampinhas”. Esses tipos de

atividades são importantes por já representar uma forma de participação no mercado de trabalho.

Os procedimentos psicoterápicos e de apoio aliviam o paciente e através da sua livre expressão, a equipe profissional, que o orienta, consegue observar e estudar os seus conteúdos psíquicos e a linguagem do seu inconsciente, estabelecendo uma visão global do paciente que ajuda compreender melhor a sua própria estória e adotar um tratamento específico para a sua saúde mental.

Outro método terapêutico, que funciona efetivamente como uma experiência prática de adaptação gradativa do paciente delinquente ao meio sócio-familiar, é a chamada **“desinternação progressiva”**, que possibilita visitas experimentais à casa de familiares, além da possibilidade de desenvolver um trabalho externo durante o dia, com o repouso noturno na Instituição.

A desinternação progressiva é um procedimento que envolve basicamente 03 (três) fases: o estudo do caso com vistas à possibilidade de uma desinternação definitiva, a proposição desta medida à Vara de Execuções Penais e sua execução.

Os critérios utilizados para a avaliação da desinternação progressiva são: as condições psíquicas do paciente analisada por um laudo médico, a disponibilidade e interesse da família em recebê-lo de volta, sua capacidade de trabalho e manutenção de sua segurança pessoal.

Trata-se de um procedimento terapêutico que visa treinar as capacidades sadias do paciente, através de determinadas responsabilidades, do retorno ao convívio sócio-familiar, com o fito maior de alcançar a **sua desinternação definitiva**.

No direito pátrio, não existe o **sistema progressivo da medida de segurança criminal**, apesar de constituir uma realidade pragmática concretizada em vários Estados da Federação.

Trata-se de uma lacuna legal superada pela maioria dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico que efetivamente leva a sério os

processos de recuperação e ressocialização dos pacientes delinquentes, visto que, com a desinternação progressiva, não só se alcança a reintegração social do delinquente doente, como também, e igualmente importante, melhores condições de avaliação de sua “periculosidade” .

Convivemos com um Direito que ainda acredita na “irreversibilidade do quadro psiquiátrico” do paciente delinquente, só permitindo sua reavaliação através de um exame de cessação de periculosidade, normalmente realizado após decorrido o prazo mínimo de 01 (um) a 03 (três) anos da aplicação da medida de segurança criminal.

Direito ultrapassado que pode vir a ser bem reformado pelo **Projeto que altera a Parte Geral do Código Penal**, enviado ao Congresso Nacional em 08 de agosto de 2000, que prevê a obrigatoriedade de perícia médica nos internados e sujeitos a tratamento ambulatorial, pelo menos, a cada seis meses, sendo certo que a medida de segurança criminal poderá ser interrompida assim que averiguada a sua desnecessidade ou a cessação da doença mental.

*In verbis:*

**Art. 97. O juiz determinará a espécie de medida de segurança adequada, observada a perícia médica.**

**§ 1º É obrigatória a realização da perícia médica a cada seis meses. Mediante requerimento do interessado, de seu representante legal, da autoridade responsável por seu tratamento, do Ministério Público, ou por determinação judicial, a perícia poderá ser realizada a qualquer tempo.**

**§ 2º A medida de segurança interromper-se-á quando for averiguada, mediante perícia médica, a sua desnecessidade, ou a cessação da doença. ( anexo n.º 02)**

Urge enfatizar, destarte, que pelo Projeto, a **desinternação progressiva** corresponde a introdução de maior relevo para os direitos do paciente delinquente internado num Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico.

Transmuda-se o instituto da progressão de regime previsto no sistema

de penas para as medidas de segurança, podendo o juiz, após perícia médica, conceder ao paciente que apresentar melhora em seu tratamento, a **desinternação progressiva, facultando-lhe saída temporária para visita à família ou participação em atividades que concorram para o seu retorno ao convívio social, com a indispensável supervisão da instituição.**

Observados os resultados positivos da desinternação progressiva e realizada a perícia, com melhora do quadro clínico do internado, poderá o juiz autorizar a transferência para o tratamento ambulatorial, ouvido o Ministério Público.

Entretanto, em qualquer fase do tratamento ambulatorial, poderá o juiz determinar a internação do paciente, se essa providência for necessária para sua melhora.

*In verbis:*

*Art. 97*

**§ 3º O juiz, após perícia médica, poderá conceder ao paciente que apresentar melhora em seu tratamento, a desinternação progressiva, facultando-lhe saída temporária para visita à família ou participação em atividades que concorram para o seu retorno ao convívio social, com a indispensável supervisão da instituição em que estiver internado.**

**§ 4º Observados os resultados positivos da desinternação progressiva e realizada a perícia, com a melhora do quadro clínico do internado, poderá o juiz autorizar a transferência para o tratamento ambulatorial, ouvido o Ministério Público.**

**§ 5º Em qualquer fase do tratamento ambulatorial poderá o juiz determinar a internação do paciente, se essa providência for necessária para sua melhora. (anexo n.º02)**

Nesse sentido, a **Resolução n.º 05/04 do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária**, vem regulamentando:

**12. A medida de segurança deve ser aplicada de forma progressiva, por meio de saídas terapêuticas, evoluindo para regime de hospital-dia ou hospital-noite e outros serviços de atenção diária tão logo o quadro clínico do paciente assim o**

**indique. A regressão para regime anterior só se justificará com base em avaliação clínica.( anexo n.º 01)**

Através da Psiquiatria Moderna, a medicina está hoje em condições de reverter quadros psiquiátricos graves em semanas, buscando-se as internações em casos excepcionais.

Está-se num momento singular em que se exige a necessidade de uma reforma do Direito em consonância com os avanços da medicina psiquiátrica, para que efetivamente se alcance a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais.

#### **V, b) A responsabilidade afetiva da família no processo de desinternação**

Espelhamo-nos no olhar de um outro desde o nascimento. Nascemos seres dependentes não só física, mas psicologicamente.

O amadurecimento modifica a qualidade da dependência a qual mantemos sob diversas formas por toda vida; afinal nos reconhecer nas semelhanças e diferenças que se refletem no olhar do outro é uma necessidade que atravessa nossa existência.<sup>40</sup>

Entender a identidade humana é reconhecer a necessidade de outro olhar. Identidade constituída e colorida pelo afeto e pelo cuidado.

Verdade é que cada vez mais vemos emergir da ética das relações familiares, da ética do afeto e do cuidado, a postura pela qual tomamos em relação à vida.

A família é responsável pela nossa saúde psíquica, pelo desenvolvimento do nosso bem estar e pela segurança em lidar com os nossos conflitos sentimentais e racionais.

---

<sup>40</sup> GROENINGA, Giselle Câmara. Direito e Psicanálise – Um Novo Horizonte Epistemológico. *In* Afeto, ética, família e o novo Código Civil brasileiro: anais do IV Congresso Brasileiro de Direito de Família realizado em Belo Horizonte de 24 a 27 de setembro de 2003. Belo Horizonte: Instituto Brasileiro de Direito de Família, Del Rey, 2004, 250 p.

Para pensar a constituição do ser humano e as relações, desde seu início, Freud buscou o mito do Édipo.

Em suma, este é o paradigma utilizado pela psicanálise para pensar o desenvolvimento do ser humano por meio da vivência da ambivalência afetiva originária – amor e ódio dirigidos aos pais.

É na família que aprendemos e elaboramos esses sentimentos em maior ou menor sintonia com o pensamento, é na família, por meio destas vivências que aprendemos a linguagem dos afetos, desenvolvemos o pensamento, a moral e a ética.<sup>41</sup>

A Ciência tem mostrado que só não somos senhores de nossa consciência, como também esta se constrói nas relações sociais.

No texto “ Group psychology and analysis of the ego” diz Freud: “algo mais está invariavelmente envolvido na vida mental do indivíduo, como um modelo, um objeto, um auxiliar, um oponente, e desta forma desde o início a psicologia individual é ao mesmo tempo psicologia social.”<sup>42</sup>

E como logo que nascemos, as primeiras relações sociais são construídas com a família, é ela que funciona como modelo, objeto, auxiliar e oponente na vida mental dos indivíduos.

A família é sistema de relações que se traduz em conceitos e preconceitos, idéias e ideais, sonhos e realizações.

Uma instituição que mexe com nossos caros sentimentos. Paradigmática para outros relacionamentos, nesse sentido, é célula mater da sociedade, **sendo ao mesmo tempo relação privada e pública.**

A família dada sua natureza indissociável da de humanidade, de instituição estruturante do ser humano, deverá ter, como propósito maior, desenvolver o potencial de realização e felicidade dos indivíduos.

Este deverá ser o grande propósito da família, de que o Direito e o Estado se utiliza para determinadas intervenções nas relações familiares.

---

<sup>41</sup> Op. cit. n.º 40, 256 p.

<sup>42</sup> Op. cit. n.º 40, 257 p.

## **A necessidade do afeto**

Na busca da humanização do sujeito, designamo-nos cada vez mais a buscar o ser ético.

Ser que leva em consideração o individual, sem perder de vista o coletivo, ser que tem a disposição sua autonomia, ao mesmo tempo, que exerce sua responsabilidade com a família.

Muitas vezes, o homem idealiza a família como reduto só de amor. **Idealização que se quebra, quando ele se defronta com a violência dos conflitos familiares.**

**Mas a função da família está mais além do amor, está em possibilitar as vivências afetivas de forma segura, balizando o amor e a agressividade que existe em cada um de nós.**

Aí está a complexidade do afeto, porque muitas vezes o homem prefere se afastar dos afetos para buscar um ideal de neutralidade e de não responsabilidade pessoal com a família.

Os afetos são o equivalente da energia psíquica, dos impulsos, dos desejos que afetam o organismo e se ligam a representações, às pessoas, aos objetos significativos. Transformam-se em sentimentos e dão um sentimento às relações familiares.

**Na família, o lar é o teto, cuja a base é o afeto.** O lar sem o afeto desmorona e nele a família se decompõe.

Por isso o **direito ao afeto** constitui na escala da fundamentalidade, o primeiro dos direitos humanos operacionais da família, seguido pelo direito ao lar, cuja essência é o afeto.<sup>43</sup>

O afeto, cuja máxima expressão é o amor, também significa ternura, carinho, cuidado, empenho, compromisso e responsabilidade com o outro,

---

<sup>43</sup> BARROS, Sérgio Resende de. Direitos Humanos da Família: dos fundamentais aos operacionais. In Afeto, ética, família e o novo Código Civil brasileiro: anais do IV Congresso Brasileiro de Direito de Família realizado em Belo Horizonte de 24 a 27 de setembro de 2003. Belo Horizonte: Instituto Brasileiro de Direito de Família, Del Rey, 2004. 613 p.

sendo certo que a saúde psíquica do ser humano depende destas entrelaçadas formas de afetividade.

### **A necessidade do cuidado**

O cuidado entra na natureza e na constituição do ser humano. Sem o cuidado, ele deixa de ser humano, desestrutura-se, perde sentido e morre.

Nas palavras de Martin Heidegger: “o cuidado significa um fenômeno ontológico – existencial básico, ou seja, um fenômeno que é a base da existência humana enquanto humana.”<sup>44</sup>

Leonardo Boff, dissertando sobre a essência do ser humano baseada no cuidado, analisa a **fábula-mito do cuidado de Higinio** que apresenta a seguinte tradução em português:

“ Certo dia, ao atravessar um rio. Cuidado viu um pedaço de barro. Logo teve uma idéia inspirada. Tomou um pouco do barro e começou a dar-lhe forma.

Enquanto, contemplava o que havia feito apareceu Júpiter.

Cuidado pediu-lhe que soprasse espírito nele. O que Júpiter fez de bom grado.

Quando, porém, Cuidado quis dar um nome à criatura que havia moldado, Júpiter o proibiu e exigiu que fosse imposto o seu nome.

Enquanto Júpiter e Cuidado discutiam, surgiu, de repente, a Terra.

Quis também ela conferir o seu nome à criatura, pois fora feita de barro, material do corpo da Terra.

Originou-se então uma discussão generalizada.

De comum acordo pediram a Saturno que funcionasse como árbitro.

Este tomou a seguinte decisão que pareceu justa:

“Você, Júpiter, deu-lhe o espírito; receberá, pois, de volta este espírito por ocasião da morte dessa criatura.

Você Terra, deu-lhe o corpo; receberá, portanto, também de volta o seu corpo quando essa criatura morrer.

Mas como você, Cuidado, foi quem, por primeiro, moldou a criatura, ficará sob seus cuidados enquanto ela viver.

E uma vez que entre vocês há acalorada discussão, acerca do nome, decido eu: **esta criatura será chamada *Homem*, isto é, feita de *húmus*, que significa terra fértil.**”<sup>45</sup>

---

<sup>44</sup> BOFF, Leonardo. Saber Cuidar: Ética do humano – compaixão pela terra. Petrópolis: Editora Vozes, 2004, 10.º edição. 34 p.



Assim, conclui Boff, que o cuidado é tão essencial que é anterior ao espírito infundido por Júpiter e ao corpo fornecido pela Terra.

Cuidado é aquela força originante que continuamente faz surgir o ser humano, sem ele, o Homem continuaria sendo apenas uma porção de argila, como qualquer outro à margem do rio, ou um espírito angelical desencarnado e fora do seu tempo.

**E o autor complementa foi com o cuidado que Cuidado moldou o ser humano, empenhou aí dedicação, ternura, devoção, sentimento e coração. E com isso obteve responsabilidades, fazendo surgir a preocupação com o ser que ele plasmou. <sup>46</sup> Assim, a fábula-mito termina enfatizando que Cuidado acompanhará o ser humano ao largo de toda a sua vida, ao longo de todo o seu percurso temporal no mundo.**

Nota-se, destarte, a responsabilidade afetiva que o Criador tem que ter para com sua Criatura, expressa através do cuidado.

Nota-se que a existência do ser humano, enquanto humano, depende do cuidado, que a essência das relações humanas identifica-se com este mesmo cuidado provido originariamente da família.

**Estes são os antídotos do abandono familiar sofrido pela grande maioria dos delinquentes doentes que cumpre medida de segurança criminal nos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico.**

Urge enfatizar que a família do paciente delincente quase nunca comparece ao Hospital Psiquiátrico para apenas exercer seu direito de visitação, e muito menos comparece   audiência de desinternação, mesmo que previamente intimada, sendo certo que muitos pacientes em condições de alta sequer conseguem localizar seus parentes, inviabilizando, outrossim, o regular processo judicial de desinternação que efetivamente depende do apoio e da responsabilidade da família.

---

<sup>45</sup> Op. cit. n.º 44. 46 p.

<sup>46</sup> Op. cit. n.º 44 101 a 103 p.

Na opinião dos psiquiatras e técnicos responsáveis pelo tratamento destes delinquentes doentes, a ausência da família ou do responsável legal é de fato uma das principais causas de evolução dos transtornos mentais, fonte constante de crises e regressão do tratamento terapêutico destes pacientes.

Cumprido, outrossim, refletir as razões mais plausíveis que motivam este abandono familiar, para assim, podermos estabelecer diretrizes básicas de superação desta falta de amparo sofrido pelos pacientes delinquentes.

A primeira motivação que se pode pensar nestes casos de abandono familiar, sem dúvida, seria a **falta de condições econômicas dos familiares**, em arcar com a continuidade do tratamento psiquiátrico, ou ao menos receber o doente novamente em casa.

Neste caso específico de falta de condições econômicas em receber o doente em casa, que, sem dúvida necessita de uma certa estrutura, enfatizamos a responsabilidade do Estado em prover os recursos mínimos exigíveis para a promoção da saúde mental dos cidadãos brasileiros.

Neste sentido, o **Ministério da Saúde** lançou o **programa “De volta para Casa”**, que tem por objetivo contribuir para a inserção social de pessoas acometidas de transtornos mentais, incentivando a organização de uma rede ampla e diversificada de recursos assistenciais e de cuidados.

O **programa “De volta para casa”** vem realizar a regulamentação do **auxílio-reabilitação psicossocial** para assistência, acompanhamento e integração social, fora da unidade hospitalar, de pessoas acometidas de transtornos mentais com história de longa internação psiquiátrica – dois anos ou mais de internação.

O programa irá atender a um segmento da população brasileira quase integralmente desprovido de meios econômicos, assegurando um meio eficaz de suporte social e evitando o agravamento do quadro clínico e do abandono familiar dos pacientes mentais.

O **programa “De volta para Casa”** atende ao disposto na **Lei n.º 10.216, de 06.04.2001**, que trata da proteção e dos direitos das pessoas

portadoras de transtornos mentais. Além disso, redireciona o modelo assistencial em saúde mental, conforme o art. 5º da referida Lei, que determina que os pacientes há longo tempo hospitalizados, ou para os quais se caracterize situação de grave dependência institucional, sejam objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida.

O grande objetivo deste projeto é a **INCLUSÃO SOCIAL** de pacientes e a mudança do modelo assistencial em saúde mental, com ampliação do atendimento extra-hospitalar e comunitário, através da organização de uma rede ampla e diversificada de recursos assistenciais e de cuidados.

O **programa “De volta para Casa”** faz parte do processo de **reforma psiquiátrica**, que visa reduzir progressivamente os leitos psiquiátricos; qualificar, expandir e fortalecer a rede extra-hospitalar – Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) e Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais (UPHG) – e incluir as ações da saúde mental na atenção básica e saúde da família.

O **auxílio-reabilitação psicossocial** é o principal componente do **programa “De volta para Casa”**, estratégia do **Governo Federal** para estimular a assistência extra-hospitalar, criado em 31.07.2003, na Lei n.º 10.708.

O pagamento mensal do auxílio é realizado diretamente ao próprio beneficiário, por um período de um ano, podendo ser renovado caso a pessoa não esteja ainda em condições de se reintegrar completamente à sociedade.

**É certo que pacientes delinquentes egressos de Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, por período igual ou superior a dois anos, podem ser beneficiários do auxílio-reabilitação psicossocial, para tanto os beneficiários deverão ser acompanhados permanentemente por uma equipe municipal encarregada de prover e garantir o bom acompanhamento do paciente e apóia-lo em sua integração ao ambiente familiar e social.**

Outra ponto relevante na caracterização do abandono familiar, sem dúvida é a questão do medo e do desconforto da família que foi vítima da ação desmesurada do delinquente doente.

Convencer a família vítima em receber em casa o paciente mental, vem sendo, indubitavelmente, o maior obstáculo sofrido pela equipe de assistência social dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico.

Trata-se de um bloqueio emocional, acentuado pelo medo e pela angústia da família de ser vítima novamente, e efetivamente a não superação deste bloqueio depende da gravidade do injusto praticado pelo louco infrator, ou seja, do “estrago” causado ao tecido familiar.

Neste caso específico, o trabalho desenvolvido pela equipe de assistência social vem sendo direcionado em convencer a família de que o injusto praticado pelo paciente mental ocorreu num momento de total regressão da doença mental, motivo pelo qual foi desenvolvido com sucesso um tratamento psiquiátrico e farmacológico que, possibilitando total controle da doença, permite com segurança o retorno do paciente ao convívio sócio-familiar.

É de fato um trabalho árduo e, se não alcançado o êxito, cabe ao Estado promover, mesmo assim, a alta hospitalar deste paciente mental, através das chamadas residências terapêuticas, que, com o atendimento junto ao Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, permitirão a evolução do seu quadro clínico.

#### **V, b, 1) A essencialidade das Residências Terapêuticas e dos Centros de Atendimento Psicossocial (CAPS) como antídotos ao abandono familiar sofrido pelos delinquentes doentes**

A internação do paciente mental num Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico promove efetivo rompimento do vínculo afetivo existente entre o paciente e a família.

O **abandono familiar** é a causa mestre da internação perpétua do delinqüente doente num Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, problema de difícil solução, visto que não cabe à Equipe Médica responsável obrigar a família receber de volta o paciente em casa, como também não existe disposição legal que estabeleça qualquer punição a este abandono familiar voluntário.

Frisa-se, destarte, que apesar de ser uma prática forense quase absoluta, também não existe nenhuma disposição legal que estabeleça a necessidade do apoio da família para a viabilização do processo de desinternação do paciente mental.

O que realmente acontece é que a desinternação do paciente mental só se torna possível quando existe alguém que se possa responsabilizar pela continuidade do tratamento terapêutico e farmacológico deste paciente, sob pena de regressão da doença mental.

Mas o fato é que o delinqüente doente não pode viver eternamente num hospital de custódia pela simples razão de não existir alguém que se importa realmente com sua vida, sendo para tanto necessário uma ação efetiva do Estado de ressocialização deste paciente mental abandonado pela família.

A eficácia das **residências terapêuticas** tornou-se uma alternativa privilegiada para a reinserção social desses internos que não possuem apoio familiar e/ou comunitário para voltarem a viver em comunidade.

As residências terapêuticas são casas comuns construídas para receber pacientes mentais de longa internação que não possuem família e nem qualquer tipo de apoio social, facilitando, outrossim, o processo de desligamento paulatino das rotinas hospitalares.

Tais residências terapêuticas têm o escopo de possibilitar instrumentos que viabilizem aos pacientes mentais o resgate da cidadania, proporcionando ferramentas para que eles se possam apropriar de si mesmos, conquistando, por conseguinte, sua autonomia.

Assim, a residência terapêutica tem-se caracterizado como um trabalho de contínua adaptação do paciente mental, frente às situações de mudança, dificuldades de relacionamento, autonomia e responsabilidades quanto aos cuidados pessoais, culinária, cuidados com a moradia, relação com vizinhos, dentre outros.

A residência terapêutica constitui-se num projeto que possui os seguintes objetivos específicos:

- Desenvolver autonomia e integração entre os moradores;
- Favorecer autonomia nas atividades de vida diária (AVDs) e atividades de vida instrumental (AIVDs);
- Orientar os moradores nas esferas alimentícia, financeira e sexual;
- Facilitar o desenvolvimento do senso crítico e restabelecer vontades e desejos intrínsecos
- Oferecer novas possibilidades para o cotidiano;
- Estimular o desejo pelas atividades profissionais e de lazer;
- Promover a inserção social e criar estratégias que viabilizem a desospitalização;<sup>47</sup>

E as seguintes estratégias:

- Os moradores têm a sua autonomia e privacidade respeitadas, para tanto são consultados se desejam ou não ter visitas e apenas eles fazem o uso das chaves de suas moradias;
- Os próprios moradores selecionam os companheiros de moradia.

---

<sup>47</sup> Tais objetivos são desenvolvidos pela **Residência Terapêutica Jardim das Acácias**, que corresponde um projeto viabilizado pelo **Hospital Psiquiátrico Jardim das Acácias**, entidade filantrópica mantido pela Associação Protetora dos Insanos de Sorocaba e pelo SUS. O Hospital Psiquiátrico Jardim das Acácias recebeu o VII Prêmio Bem Eficiente, pelo brilhante trabalho de desinstitucionalização psiquiátrica desenvolvido em Sorocaba. Disponível na Internet via <<http://www.paginas.terra.com.br/saude/acacias/residencias%20terapeuticas.htm>>.

- Busca-se alternativas desvinculadas do hospital de origem do pacientes mentais para solucionar eventuais problemas pessoais ou de grupo.<sup>48</sup>

É certo que as residências terapêuticas precisam ser monitoradas por uma equipe multidisciplinar responsável pelo atendimento terapêutico e acompanhamento do tratamento farmacológico dos moradores, além de controlar as instabilidades emocionais e dificuldades que surgem no cotidiano.

Esta equipe multidisciplinar pode existir na própria residência terapêutica, como também pode vir de algum **Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS)** ou Hospital Psiquiátrico, próximos a sua localidade.

O CAPS caracteriza-se por um modelo de atenção à saúde mental, baseado não apenas na remissão temporária de sintomas, mas na assistência aberta, intensiva e continuada a pacientes que necessitam de tratamento psiquiátrico, mas que apresentam condições de permanecer no convívio familiar, ou numa residência terapêutica durante o período de tratamento.

Este modelo pretende preencher a lacuna que existe entre o atendimento ambulatorial – menos intensivo – e a internação hospitalar prolongada, propiciadora de reagudização e cronificação.

Trata-se de um espaço terapêutico, onde se busca entender e instrumentalizar pessoas com graves problemas de relacionamento, para o exercício da cidadania e melhor qualidade de vida para ela e seus familiares.

O CAPS tem o escopo de oferecer apoio social e tratamento especializado a pacientes portadores de patologia mental – transtornos do humor, quadros psicóticos agudos, reagudização de quadros crônicos, psicoses reativas e psicoses associadas e quadros orgânicos.

E possui os seguintes objetivos específicos:

---

<sup>48</sup> Op. cit. n.º 47.

- Funcionar como um dos segmentos da rede de atendimento em saúde mental do município.
- Funcionar de maneira articulada com hospitais e ambulatórios, como receptor de encaminhamentos.
- Favorecer aos pacientes, a manutenção dos laços sociais, na medida em que lhe é possível o retorno ao seu ambiente familiar diariamente.
- Propiciar sua inserção no trabalho das oficinas terapêuticas, bem como em outras atividades e eventos (exposições, cursos, viagens, etc).<sup>49</sup>

Os usuários podem freqüentar por meio período ou período integral; diariamente ou em dias alternados, de acordo com o programa combinado e estabelecido no momento da triagem e avaliação; observando os regimes intensivo, semi-intensivo e não-intensivo.

O CAPS oferece uma refeição leve por turno e almoço para os usuários de ambos os turnos ou período integral.

O trabalho conta com uma equipe multidisciplinar que atua junto aos pacientes com uma avaliação biopsicossocial e de enfermagem, assim como orienta suas respectivas famílias.

O tempo mínimo de permanência previsto para o tratamento varia de acordo com a necessidade e a alta é discutida por toda equipe e, de acordo com a evolução, o paciente poderá passar para modalidade de tratamento semi-intensivo ou não intensivo.

Enfim, todo o trabalho específico de reinserção social do delinqüente doente depende de uma rede assistencial em saúde mental fomentada pelo Estado, com o único desiderato de desafogar os Hospitais Psiquiátricos

---

<sup>49</sup> Tais objetivos são desenvolvidos pelo Centro de Atenção Psicossocial “Jardim das Acácias”, criado pela Associação Protetora dos Insanos de Sorocaba – Apis com parceria da Secretaria Municipal de Saúde, dando seguimento ao Projeto Terapêutico que traz na essência a transformação gradativa do hospital psiquiátrico em uma rede de serviços especializados em saúde mental com várias alternativas de tratamento. Disponível na Internet via <[http://paginas.terra.com.br/saude/acacias/caps\\_II.htm](http://paginas.terra.com.br/saude/acacias/caps_II.htm)>. Acesso em 10 mai. 2005



através de uma efetiva política de proteção aos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, bem delineados na Lei Federal n.º 10.216, de 06 de abril de 2001.

#### **V, c) Limitação máxima de duração da medida de segurança criminal face aos Princípios Constitucionais**

No direito pátrio, a medida de segurança criminal não possui prazo de duração predeterminado em sentença judicial, persistindo tal medida profilática até que se comprove, por laudo médico, a cessação da periculosidade do delinqüente doente, nos termos do art. 97 do Código Penal.

Na prática, significa que a medida de segurança criminal pode perdurar por toda a vida do paciente delinqüente, corporificando um caráter perpétuo, em plena violação à cláusula pétrea constitucional, que proíbe a execução de penas perpétuas no sistema penal brasileiro, disposto no art. 5º. XLVII, b da Constituição Federal de 1988.

Com o Estado Democrático de Direito e o reconhecimento da natureza penal sancionatória da medida de segurança criminal, imperiosa é a necessidade de limites de intervenção do Estado não só na liberdade individual do delinqüente doente, como também na sua dignidade.

A imposição de limites máximos no prazo de duração das medidas de segurança criminais figura patente conteúdo garantístico e de segurança jurídica, já existente nas penas, que devem valer automaticamente para as medidas terapêuticas em prol dos princípios constitucionais da legalidade e da igualdade.

Pena e medida de segurança possuem a dupla necessidade de ter um fim ou propósito e uma duração máxima.

Verifica-se, outrossim, que não é constitucionalmente aceitável que a título de tratamento, se estabeleça a possibilidade de manter o paciente

delinqüente indefinidamente num Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico em nome de uma periculosidade criminal.

Hodiernamente compreendida como a probabilidade futura de reincidência criminal, comprovamos possuir a **periculosidade criminal** uma vinculação direta com a **gravidade do ilícito típico** causado pelo delinqüente doente, configurando-se, outrossim, o princípio constitucional da proporcionalidade, diretriz básica de uma adequada relação entre a custódia estatal do delinqüente doente num Hospital Psiquiátrico e a lesão ao tecido social por ele causado.

### **V, c, 1) Do Princípio da Legalidade**

*O nullum crimen, nulla poena sine lege* previsto no art. 5º, XXXIX, da Carta Magna é uma garantia constitucional à liberdade individual.

O Princípio da Legalidade veda a intervenção perpétua do Estado na liberdade individual do cidadão brasileiro, impondo ao legislador ordinário o respeito a este direito fundamental.

Neste sentido, não pode o legislador ordinário prever a medida de segurança criminal por prazo indeterminado, pois desta forma institui uma intervenção indefinida, que pode alcançar a perpetuidade, na liberdade individual do paciente delinqüente.

O Princípio da Legalidade incide na medida de segurança criminal para garantir limitação da intervenção estatal na liberdade individual do delinqüente doente, garantindo, ademais, o Estado Democrático de Direito, a tipicidade, a periculosidade, a intervenção mínima, a proporcionalidade, a dignidade da pessoa humana, a igualdade, entre outros corolários deste princípio maior que é o da reserva legal.

Afinal, a indeterminação da sanção penal fulmina qualquer possibilidade de existência de um Direito Penal moderno fulcrado nas garantias fundamentais à pessoa humana.

Salienta-se, contudo, que pela legalidade não pode haver medida terapêutica privativa de liberdade de caráter perpétuo, com duração ilimitada ou estabelecida por períodos indefinidamente prorrogáveis.

O postulado da reserva legal, além de controlar o poder do Estado nos limites da lei, estabelece uma função garantística do Direito Penal, que assegura ao cidadão, o processo e a condenação apenas pelos fatos previamente definidos como delituosos e naquelas penas temporalmente fixadas na legislação ordinária.

O fundamento para a não adoção do Princípio da Legalidade na aplicação e execução da medida de segurança criminal reside num componente político e não jurídico.

Há o temor de se contemplar a reincidência criminal com a liberdade do paciente delinqüente, contudo, trata-se de um risco que a sociedade também assume quando é legalmente posto em liberdade um sentenciado à pena privativa de liberdade<sup>50</sup>.

A Jurisprudência nacional está atenta à necessidade de estabelecer uma limitação máxima no prazo de duração das medidas de segurança criminal, tendo em vista os princípios da legalidade, da intervenção mínima e da humanidade.

Justamente nesta linha há recente julgado da Primeira Turma do **Supremo Tribunal Federal**, que enfatizou o seguinte:

“ A Turma iniciou julgamento de *habeas corpus* em que se pretende a extinção de medida de segurança aplicada à paciente, diagnosticada como doente mental pela prática do delito de homicídio, cujo cumprimento, em Hospital de Custódia e Tratamento, **já ultrapassara trinta anos**. A impetração é contra decisão do STJ que indeferira a mesma medida, sob o fundamento de que a lei penal não prevê limite temporal máximo para o cumprimento da medida de segurança, somente condicionada à cessação da periculosidade do agente. Sustenta-se, na espécie, com base no disposto nos artigos 75 do CP e 183 da LEP, **estar a medida de segurança limitada à duração da pena imposta ao réu, e que, mesmo**

---

<sup>50</sup> LEVORIN, Marco Pólo. Princípio da Legalidade na medida de segurança: determinação do limite máximo de duração da internação. São Paulo: Editora Juarez de Oliveira, 2003, 1ª edição. 209 p.

**persistindo a doença mental e havendo necessidade de tratamento, após a declaração da extinção da punibilidade, este deve ocorrer em hospital psiquiátrico, cessada a custódia.** O Ministro Marco Aurélio, relator, deferiu o *writ* para que se implemente a **remoção do paciente para Hospital Psiquiátrico da rede pública**, no que foi acompanhado pelos Ministros Cezar Peluso, Carlos Britto e Eros Grau. Considerou que **a garantia constitucional que afasta a possibilidade de ter-se prisão perpétua** se aplica à custódia implementada sob o ângulo da medida de segurança, tendo em conta, ainda, o **limite máximo de tempo de cumprimento das penas privativas de liberdade** a que alude o art. 75 do CP, e o que estabelece o art. 183 da LEP, que delimita o período da medida de segurança ao prever que esta ocorre em substituição da pena, não podendo dessa forma, ser mais gravosa do que a própria pena. **Com base nisso, concluiu que, embora o § 1º do art. 97 do CP disponha ser indeterminado o prazo da imposição de medida de segurança, a interpretação a ser dada a esse preceito deve ser teleológica, sistemática, de modo a não conflitar com as mencionadas previsões legais e constitucionais que vedam a possibilidade de prisão perpétua.** A não ser assim, há de concluir-se pela inconstitucionalidade do preceito. “ **HC 84219/SP, rel. Min. Marco Aurélio. 09.11.04.**”<sup>51</sup>

Conclua-se, destarte, que o Princípio da Legalidade exige a determinação do prazo de duração da medida de segurança criminal, especialmente, na internação do paciente delinqüente no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, em que flagrante é a intervenção do Estado na sua liberdade individual.

A transformação da internação involuntária num Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico em prisão perpétua, corporifica uma forma de **desumanização social do homem**, visto que é patente a **estigmatização social do paciente delinqüente**, não só pela conduta criminal cometida, como também por ser portador de doença mental.

## **V, c, 2) Do Princípio da Proporcionalidade**

O princípio da proporcionalidade em sentido estrito impede a aplicação de medidas penais terapêuticas de forma desproporcional à

---

<sup>51</sup> Informativo do STF nº 369. Disponível na internet via < [www.stf.gov.br](http://www.stf.gov.br) >. Acesso em 25 abr. 2005. .

gravidade do ilícito típico praticado e à periculosidade do agente, vedando-se, outrossim, a carga desigual, desajustada e excessiva.

Urge necessário fazer um juízo de ponderação entre os meios e o fim que se deseja alcançar, analisando se o instrumento utilizado é ou não proporcional ao fim almejado com a aplicação da medida profilática que indubitavelmente se justifica dentro de limites não excessivos e não contraditórios aos direitos fundamentais da pessoa humana.

Como bem destacam Canotilho e Vidal Moreira:

**“Os meios legais restritivos e os fins obtidos devem situar-se numa justa medida, impedindo-se a adoção de medidas legais restritivas desproporcionadas, excessivas em relação aos fins obtidos.”** <sup>52</sup>

Atento à peculiaridade restritiva de direitos da medida de segurança criminal, o princípio da proporcionalidade em sentido estrito tem o condão de estabelecer uma diretriz que visará ao equilíbrio entre o bem lesionado e a intervenção na liberdade individual do louco infrator.

Para Figueiredo Dias, existe uma co-relação direta entre os princípios da culpabilidade-pena e proporcionalidade-medida de segurança, advogando a tese de que, enquanto a culpabilidade constitui o limite inultrapassável da pena, a proporcionalidade contém uma função de proibição à aplicação das medidas de segurança criminais, permeadas com carga excessiva, restritiva de um direito individual de forma desajustada.<sup>53</sup>

Assim como a culpabilidade funciona como diretriz essencial à quantificação e à qualificação da sanção-pena, a proporcionalidade funciona como diretriz essencial aos limites restritivos da medida terapêutica penal.

Conclua-se, destarte, que apesar de não existirem critérios normativos à limitação na aplicação da medida da segurança criminal, a incidência do princípio da proporcionalidade torna-se obrigatória, quer

---

<sup>52</sup> CANOTILHO, José Gomes e MOREIRA Vital. *Fundamentos da Constituição*, Coimbra: Almedina, 1991, 152 p. In: *Medidas de Segurança e Direito Penal no Estado Democrático de Direito*. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2001, 104 p.

<sup>53</sup> Op. cit. n.º 17, 104 p.

quando da análise dos pressupostos legais para a aplicação da medida profilática, quer no instante da fixação de limites mínimos e máximos de punição.

Como outrora analisado, a gravidade do ilícito típico praticado pelo delinqüente doente, definitivamente funciona como um sintoma legal da sua perigosidade, assim, imperiosa é a necessidade de também tornar-se um sintoma de limitação na constrição da liberdade individual do paciente mental, por ser medida de justiça.

O princípio da proporcionalidade configura um valioso instrumento de proteção dos direitos fundamentais, por permitir o controle da discricionariedade às vezes exigida da autoridade judiciária e por funcionar como a medida com que uma norma deve ser interpretada no caso concreto para a melhor realização do fim constitucional nela embutido.

O Princípio da proporcionalidade pode operar também, no sentido de permitir que o juiz gradue o peso da norma, em uma determinada incidência, de modo a não permitir que ela produza um resultado indesejado pelo sistema democrático de direito, assim fazendo a justiça do caso concreto.

### **V, c, 3) Do Princípio da Dignidade da Pessoa Humana**

A **Constituição Federal de 1988** define o respeito à dignidade da pessoa humana como princípio fundamental do Estado Democrático de Direito.

A **Declaração Universal da ONU (1948)** afirma que “todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos. Dotados de razão e consciência, devem agir uns para com os outros em espírito e fraternidade.”<sup>54</sup>

---

<sup>54</sup> SARLET, Ingo Wolfgang. *Dignidade da pessoa humana e direitos fundamentais na Constituição Federal de 1988*, segunda edição. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2002, 44 p.

O Tribunal Constitucional da Espanha, inspirado na Declaração Universal, manifestou-se no sentido de que **“a dignidade é um valor espiritual e moral inerente à pessoa, que se manifesta singularmente na autodeterminação consciente e responsável da própria vida e que leva consigo a pretensão ao respeito por parte dos demais.”**<sup>55</sup>

Nessa perspectiva, Ingo Sarlet avalia que o elemento nuclear da noção de dignidade da pessoa humana centra-se na autonomia e no direito de autodeterminação da pessoa.

**E o autor complementa que esta autonomia é considerada em abstrato, como sendo a capacidade potencial que cada ser humano tem de autodeterminar sua conduta, não dependendo da sua efetiva realização no caso da pessoa em concreto, de tal sorte que também o absolutamente incapaz, como o portador de grave deficiência mental, possui exatamente a mesma dignidade que qualquer outro ser humano.**<sup>56</sup>

Urge reconhecer, portanto, que o direito à liberdade constitui de fato a principal exigência da dignidade da pessoa humana.

A liberdade e a dignidade são condições fundamentais para a auto-representação do homem, como pessoa individual, de tal sorte que mesmo aquela pessoa que não tem condições para uma decisão própria e responsável poderá até mesmo perder o exercício pessoal de sua capacidade de autodeterminação, sem, contudo, perder o direito a ser tratado com dignidade pela sua condição humana.

Ingo Sarlet, entendendo a real dimensão e importância da dignidade da pessoa humana, corolário de um complexo de direitos e deveres fundamentais, estabelece a responsabilidade do Estado e da comunidade de garantir condições mínimas para uma vida saudável, afirmando:

**“Assim, temos por dignidade da pessoa humana a qualidade intrínseca e distinta de cada ser humano que o**

---

<sup>55</sup> Op cit n.º 54, 44 p.

<sup>56</sup> Op cit n.º 54, 45 p.

**faz merecedor do mesmo respeito e consideração por parte do Estado e da comunidade, implicando, neste sentido, um complexo de direitos e deveres fundamentais que assegurem a pessoa tanto contra todo e qualquer ato de cunho degradante e desumano, como venham a lhe garantir as condições existenciais mínimas para uma vida saudável, além de propiciar e promover sua participação ativa e co-responsável nos destinos da própria existência e da vida em comunhão com os demais seres humanos.”<sup>57</sup>**

O princípio da dignidade da pessoa humana impede a aplicação de qualquer medida sancionatória desnecessária ou ilimitada, sem qualquer restrição temporal quanto à sua punição, constituindo, outrossim, num princípio constitucional limitativo à intervenção do poder punitivo do Estado na liberdade individual dos infratores.

Assim, o Estado fica terminantemente impedido de aplicar sanções penais que lesionem a constituição físico-psíquica do delinquente, sendo regularmente executadas com o máximo de respeito à dignidade da pessoa humana por meio de condições mínimas de sobrevivência.

No caso específico de aplicação da medida de segurança criminal, o princípio da dignidade da pessoa humana veda a custódia do delinquente doente num Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico que não oferece o mínimo de possibilidade de reabilitação e ressocialização.

O princípio da dignidade da pessoa humana exige que as autoridades administrativas e judiciárias confirmem ao delinquente doente, além de condições mínimas de tratamento, resultados positivos na sua recuperação, visto que não se admite num Estado Democrático de Direito a internação perpétua do paciente mental num hospital, em nome de uma suposta periculosidade criminal que muitas vezes representa um estado mental regressivo sem precedentes de reabilitação pela ineficiência do tratamento terapêutico desenvolvido no estabelecimento hospitalar.

Condições mínimas de tratamento significam salubridade no ambiente institucional, presença de profissionais habilitados ao desenvolvimento de um tratamento terapêutico eficiente, progressividade

---

<sup>57</sup> Op cit n.º 54 62 p.



terapêutica, individualização na execução da medida de segurança criminal e, especialmente, o desenvolvimento de uma psicoterapia que possibilite a transmissão de valores essenciais à ressocialização do paciente mental.

Nesse diapasão, configura-se como corolário do princípio da dignidade, o princípio da igualdade que impede a aplicação de dispositivos legais que conferem maior rigor e severidade aos delinquentes doentes, quando comparados aos imputáveis. Assim, os loucos infratores devem gozar dos mesmos direitos e instrumentos garantísticos, não podendo a doença mental servir de baliza para qualquer discriminação.

Reafirmando, outrossim, a brilhante conclusão do mestre Ingo Sarlet, cabe ao Estado e a comunidade conferirem ao doente mental seu bem estar físico, mental e social, através de uma política de desenvolvimento psicossocial capaz de promover com sucesso sua participação ativa e co-responsável nos destinos da própria existência e da vida em comunhão com os demais seres humanos.

**V, c, 4) Da Limitação máxima de duração da medida de segurança criminal no Projeto de Lei que altera a Parte Geral do Decreto-lei nº 2.848, de 07 de dezembro de 1940 – Código Penal.**

Reconhecendo a retributividade da medida de segurança criminal, o **Projeto Lei que altera a Parte Geral do atual Código Penal**, encaminhado ao Congresso Nacional em 18 de agosto de 2000, prevê que **o tempo de duração da medida terapêutica não poderá ser superior ao do máximo da pena cominada ao tipo legal de crime.**

*In Verbis*

Art. 98. O tempo de duração da medida de segurança não será superior à pena máxima cominada ao tipo legal de crime.

§1º Findo o prazo máximo e não cessada a doença por comprovação pericial, será declarada extinta a medida de segurança, transferindo-se o internado para tratamento

**comum em estabelecimentos médicos da rede pública, se não for suficiente o tratamento ambulatorial.**

**§ 2º A transferência do internado ao estabelecimento médico da rede pública será de competência do Juízo da Execução.”**  
**(NR) ( anexo n.º 02)**

É mister reconhecer a grandiosa inovação do projeto, que fulmina definitivamente com a perpetuidade da medida de segurança criminal, estabelecendo o limite máximo da medida profilática correspondente à pena máxima, abstratamente cominada ao ilícito típico cometido pelo delinqüente doente.

Verifica-se a concretização de um Direito Penal moderno à luz dos princípios constitucionais, que intervêm na liberdade individual do paciente delinqüente proporcionalmente à gravidade da lesão causada ao tecido social, importante avanço na proteção da dignidade da pessoa humana.

O projeto acrescenta que, comprovada a persistência da doença mental, após o término do prazo máximo de duração da medida de segurança criminal, o paciente delinqüente será transferido para estabelecimentos médicos de rede pública, se não for suficiente o tratamento ambulatorial, para dar continuidade ao regular tratamento psiquiátrico, mas sendo para tanto extinta a medida de segurança criminal.

Frisa-se a preocupação do legislador de livrar o delinqüente doente das garras do sistema penitenciário, assim que cumprido o tempo legalmente necessário à retribuição pelo injusto causado à sociedade.

Depreende-se do conteúdo da lei que, diante da simples periculosidade social, proibida constituirá a continuidade da medida de segurança detentiva, conferindo prioridade ao tratamento ambulatorial, sendo certo que havendo necessidade de uma Psiquiatria Institucional, fundamental que seja realizada num Hospital Público fora do complexo penitenciário.

É claro que a transferência do doente mental para hospitais públicos de assistência psiquiátrica deverá garantir a proteção e os direitos da pessoa portadora de transtornos mentais, legalmente previstos na **Lei Federal n.º 10.216/01**, que preceitua:

***In verbis:***

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

**Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:**

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

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

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

IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;

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

VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

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

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

IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental. (*anexo n.º 03*)

Frisa-se a responsabilidade do Estado em assistir os portadores de transtornos mentais, com recursos terapêuticos que desenvolvam efetivamente seu potencial de recuperação, valorizando seus afetos, sua consciência e seu imaginário, com vista a alcançar prognósticos favoráveis a uma futura e sucedida reinsersão social, assim dispõe o **art. 3º da Lei Federal n.º 10.216/01:**

***In verbis:***

**Art. 3º** É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais. *(anexo n.º03)*

A internação psiquiátrica deverá sempre visar a reinserção do paciente na sociedade, oferecendo serviços médicos, de assistência social, psicólogos, terapias ocupacionais, entre outros que atendam por completo uma Psiquiatria Institucional verdadeiramente eficaz, sendo permanentemente proibido a internação em instituições com características asilares, como prevê o **art. 4.º da Lei Federal n.º 10.216/01:**

***In verbis:***

**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. *(anexon.º03)*

Nota-se que o Estado terá que oferecer uma completa estrutura institucional, que possibilite de fato a reabilitação da pessoa acometida de transtornos mentais, assegurando até mesmo a continuidade do tratamento terapêutico, após a sua efetiva desinternação.

O sucesso da reforma legal na aplicação e execução da medida de segurança criminal depende de uma efetiva política assistencial de saúde mental, que aliás vem sendo suplicada pela sociedade já há bastante tempo.

## **VI – Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário Portador de Sofrimento Mental (PAI-PJ): um ideal de aplicação da medida de segurança criminal no país**

O Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário Portador de Sofrimento Mental (PAI-PJ), desenvolvido no Tribunal de Justiça de Minas Gerais, indubitavelmente representa o grande ideal de respeito e humanização do doente mental.<sup>58</sup>

Trata-se de um projeto que concretiza com sucesso um trabalho interdisciplinar entre a rede de assistência à saúde mental e a Justiça, que vislumbrando a possibilidade de inclusão imediata do delinqüente doente numa instituição não hospitalar, será desenvolvido um trabalho psicossocial com o paciente e com os seus familiares, sem realizar a sua total exclusão social e rompimento do vínculo afetivo com a família, como eventualmente ocorre na internação.

O Projeto possui ainda o particular de contribuir efetivamente para o estabelecimento de políticas públicas de atenção e assistência ao louco infrator, no campo executivo, legislativo, judiciário, bem como provocar a mobilização da sociedade civil sobre o tema.

### **O que é**

---

<sup>58</sup> As informações pertinentes ao Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário Portador de Sofrimento Mental (PAI-PJ) estão disponíveis na Internet, através do site: <[http://www.tjmg.gov.br/anexos/projetos\\_inovadores/pai\\_pj/](http://www.tjmg.gov.br/anexos/projetos_inovadores/pai_pj/)>.

O Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário Portador de Sofrimento Mental (PAI-PJ) do Tribunal de Justiça de Minas Gerais presta assistência a doentes mentais que cometeram algum crime. A "intervenção" do PAI-PJ junto aos pacientes infratores é determinada por juízes das varas criminais, que, auxiliados por equipe multidisciplinar do programa, podem definir qual a melhor medida judicial a ser aplicada, com a intenção de conjugar tratamento, responsabilidade e inserção social.

### **Como surgiu**

O PAI-PJ nasceu após a análise dos resultados de uma pesquisa realizada por universitárias da Universidade Newton Paiva, sendo implantado em março de 2000 como projeto piloto do TJMG, e transformado em programa, em dezembro de 2001, através de Portaria-Conjunta nº 25/2001. Em julho de 2002, foi inaugurada a Casa PAI-PJ em parceria com o Centro Universitário Newton Paiva, que possibilitou a ampliação do campo de assistência através de parcerias com a sociedade civil e com órgãos públicos.

### **Objetivo**

O Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário visa ao acompanhamento dos processos judiciais em que haja casos indicativos de incidente de insanidade mental, ou já sentenciados com medida de segurança, realizando um estudo particularizado dos casos para auxiliar na modulação desta medida e promover a reinserção social do sentenciado. Esse trabalho de reinserção é desenvolvido através de tratamento psicológico, bem como de trabalho social com os familiares do paciente.

### **Equipe**

O Programa é formado por uma equipe multidisciplinar, da qual fazem parte profissionais e estudantes de Psicologia, Direito, Odontologia e Serviço Social, contando atualmente com:

- Estagiários dos cursos de Psicologia, Direito, Odontologia e Serviço Social;
- Acompanhantes Terapêuticos (estagiários de Psicologia);
- Psicólogos efetivos do TJMG e psicólogos voluntários;
- Assessora Jurídica;
- Assistente social efetiva.

### **Funcionamento**

O trabalho é realizado através de estudo dos autos, entrevistas com o paciente, seus familiares e discussão com a rede pública de Saúde Mental traçando um projeto clínico para cada caso, bem como da verificação das condições de acolhimento pela sociedade. São também realizados encontros com grupos de familiares, atividades de coral com pacientes, entre outros.

Há também atividades externas realizadas pelo PAI-PJ como viagens intermunicipais para atenção a casos do interior do Estado, visitas a estabelecimentos prisionais e visitas domiciliares.

Hoje são parceiros do programa a Secretaria de Estado da Defesa Social, as Secretarias de Saúde do Estado e do Município de Belo Horizonte, a Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG), a Escola Brasileira de Psicanálise, o Fórum Mineiro de Saúde Mental, o Centro Universitário Newton Paiva, entre outros.

### **Resultados**

Desde sua implantação, já passaram pelo programa mais de 430 pacientes. Atualmente, 199 infratores com sofrimento mental são atendidos

pela equipe do PAI-PJ, sendo que 160 estão cumprindo medida de segurança em casa, junto de seus familiares, trabalhando ou estudando. Dos 39 pacientes que ainda estão em regime de internação, 26 já exercem atividades de inserção social.

Com mais de três anos de funcionamento, o PAI-PJ vem ganhando destaque nacional, tornando-se modelo e servindo de base para um projeto semelhante do Ministério da Justiça e do Ministério da Saúde, que será inicialmente implantado em Goiânia, o PAI-LI (Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator). Além disso, a psicóloga e coordenadora do programa, Fernanda Otoni de Barros, foi convidada a participar de uma comissão nacional que irá sugerir modificações para revisão da Lei de Execução Penal, nos artigos que tratam da medida de segurança.

Os resultados atingidos pelo programa permitiram destruir o mito que envolve o doente mental. **O ÍNDICE DE REINCIDÊNCIA É PRATICAMENTE ZERO, SENDO QUE NENHUM DOS PACIENTES CONDENADOS PELA PRÁTICA DE CRIME VIOLENTO VOLTOU A COMETÊ-LO.**

## **VII - Casos Clínicos**

Cumpre analisar alguns casos clínicos que bem espelham a temerária execução penal da medida de segurança criminal graças ao abandono familiar, que inviabiliza regular desinternação do paciente mental, pela inexistência de residências terapêuticas, e um número ínfimo de Centros de Atendimento Psicossocial (CAPS) no município do Rio de Janeiro.

A equipe médica responsável pelo paciente mental que já tem cessada a sua periculosidade, vem sofrendo um grande empecilho na realização de sua regular desinternação, por não existir um CAPS que sirva como referência para dar continuidade ao tratamento psicossocial desenvolvido no Hospital e assumisse a responsabilidade em manter o quadro clínico do paciente estabilizado.



Verifica-se que o abandono familiar tornou-se uma prática responsável pela regressão psíquica de muitos pacientes mentais que suportam indefinidamente os rigores do enclausuramento de um Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico.

E sem existir residências terapêuticas que possam recebê-los, o melhor tratamento terapêutico simplesmente não funciona, pois não tem como manter um quadro clínico permanentemente estabilizado nas garras de uma unidade prisional.

Urge salientar, também, a falta responsabilidade da Vara de Execuções Penais que defere a re-internação do delinqüente doente, sem que haja precedentes criminais.

Tais informações foram adquiridas através dos prontuários jurídicos dos pacientes mentais do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Henrique Roxo, que regularmente não foram identificados, em nome do sigilo judiciário.

### **Paciente n.º 01**

O Paciente n.º 01 é portador de esquizofrenia paranóide reagutizada, encontra-se internado desde 19 de março de 1981 devido ao consumo de substância psico-ativa, na época infração tipificada no art. 281 do antigo Código Penal.

Destaca-se que nestes **24 ANOS** de internação, não há qualquer registro em seu prontuário médico de alterações significativas de comportamento que justificassem este longo período de internação nesta Unidade Prisional.

O paciente apresenta quadro cronificado devido à longa internação e as características próprias de sua doença.

O paciente manifesta condições de sair do hospital de custódia, porém a maior dificuldade para que tal encaminhamento se dê

positivamente está no apoio familiar, que apesar de visitá-lo regularmente não deseja tê-lo novamente em seu núcleo familiar.

Frisa-se, contudo, que do ponto de vista psicológico não há nenhum impedimento para que o paciente seja tratado fora do estabelecimento hospitalar, tendo em vista que seu comportamento é ordeiro, adequado e inofensivo.

Assim, o paciente apresenta ausência de periculosidade, mas não existe nenhum interesse da família em recebê-lo de volta ao lar, apesar do esforço por parte da equipe médica que o assiste de sensibilizar a família.

Cumprе ressaltar que este caso clínico de abandono familiar é singular, na medida, que a família, sem ter sido vítima, apresenta ótimas condições econômicas.

Salienta-se, também, que o paciente herdou de sua avó paterna um apartamento, localizado na rua Prudente de Moraes em Ipanema, sendo representado pela Curadora que é também sua genitora.

Certo é que o ora paciente possui recursos financeiros que lhe permitam estar fora de uma instituição prisional, todavia, a sua curadora legal que administra seus benefícios, como os frutos do imóvel, produz junto a Vara de Execuções Penais peças processuais que denotam extrema repulsa em relação ao seu filho que está preso num Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico por mais de VINTE ANOS em virtude de uma infração de menor potencial ofensivo.

Apesar do paciente apresentar total ausência de periculosidade, não se encontra instituição não prisional adequada que possa acolhê-lo, com o desiderato de zelar pelos cuidados médicos e psicológicos de que ainda necessita.

### **O paciente n.º 02**

O paciente n.º 02 foi preso em 04 de julho de 1986 por ter causado lesões corporais e ainda constrangido sexualmente sua mãe, ingressando no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico em 01 de fevereiro de 1990.

Recebeu o diagnóstico de esquizofrenia e alcoolismo em nexos de causalidade com o delito.

Hoje seu quadro esquizofrênico paranóide encontra-se compensado, apresentando uma esquizofrenia residual, com necessidade de uso de neurolépticos.

Conclui-se, destarte, que a periculosidade do paciente n.º 02 encontra-se sob controle, em função da assistência manicomial, necessitando do uso de neurolépticos para não reagudizar o seu quadro esquizofrênico residual.

Em função do delito cometido, o paciente n.º 02 foi abandonado pela família, seu comportamento institucional modificou-se para melhor pois participa de tarefas laborativas e atividades recreativas e terapêuticas.

Atualmente, depois de mais de quinze anos de abandono familiar, a equipe médica conseguiu fazer com que uma irmã o visitasse com certa regularidade, que desapareceu quando lhe foi concedido o benefício de saídas terapêuticas.

Hoje o paciente tem percepção sobre o posicionamento de sua família, demonstrando-se muito triste e angustiado com esta situação.

### **Paciente n.º 03**

O paciente n.º 03 foi preso em 19 de março de 1983 pela infração ao art. 16 da Lei 6368/76.

O paciente n.º 03 é filho de pais falecidos e possui cinco irmãos, uma das quais é portadora de transtorno mental.

Inicialmente recebia apoio afetivo e material de sua mãe, mas com o seu falecimento, passou a receber a visita de um irmão que inclusive é seu

curador legal e recebe o benefício previdenciário a que o paciente n.º 03 tem direito.

Em junho de 2001, depois de DEZOITO ANOS, o paciente n.º 03 obteve a sua **DESINTERNAÇÃO**, sendo regularmente encaminhado à Casa de Transição, aguardando a busca de seu irmão que só ocorreu em 19 de setembro daquele ano.

Frisa-se, contudo, que em 17 de dezembro de 2001, o paciente n.º 03 foi REINTERNADO, por ter sido requerida pela família junto à Vara de Execuções Penais, alegando transgressão das determinações contidas na assentada de desinternação do mesmo.

Ocorre que a família alega que, naquele momento, não estava preparada para receber o paciente n.º 03 de volta ao convívio social, não conseguindo conviver com determinadas atitudes do paciente, como lavar a calçada totalmente pelado.

Hoje o paciente n.º 03 continua recebendo a visita de seu irmão, mas o seu quadro clínico encontra-se cronicado por acreditar que a sua internação foi requerida pela sua equipe médica, sem que ele tivesse feito algo de errado que justificasse tamanha medida sancionatória.

**Tal caso demonstra plenamente a regressão que o poder judiciário pode cometer num quadro clínico submetido ao tratamento psicossocial, quando defere a REINTERNAÇÃO DO PACIENTE MENTAL, SEM PRECEDENTES CRIMINAIS, INDO DE ENCONTRO À RESOLUÇÃO N.º 05 DO CONSELHO NACIONAL DE POLÍTICA CRIMINAL E PENITENCIÁRIA.**

#### **Paciente n.º 04**

O paciente n.º 04 tem **SETENTA E QUATRO ANOS**, nasceu na zona rural da Paraíba.

O paciente n.º 04 tem três irmãos, com os quais perdeu o contato desde que veio para o Rio de Janeiro tentar uma vida melhor em 1962.

Ele não construiu família, trabalhando em diversos lugares sem vínculo empregatício, não possuindo, outrossim, benefício previdenciário.

O paciente n.º 04 ingressou neste hospital em 11 de fevereiro de 1993, sem quaisquer referências pessoais e familiares, sendo certo que as saídas terapêuticas foram concedidas em 12 de dezembro de 2002.

Na internação apresentava o humor alterado, com irritabilidade, nos últimos anos, tem apresentado ânimo calmo, lúcido e orientado sem apresentar qualquer episódio de agitação.

O paciente n.º 04 apresenta esquizofrenia residual, mas do ponto de vista psiquiátrico com a periculosidade cessada.

A Equipe médica vem trabalhando para conseguir uma instituição disposta a abrigá-lo.

Não constava no prontuário jurídico a infração que ele cometeu, mas constava um parecer de uma promotora que afirmava ser este caso exclusivamente social, ou seja, o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico funcionaria neste caso como uma forma de abrigo de apoio psicossocial.

### **Paciente n.º 05**

Paciente n.º 05 ingressou no Hospital Henrique Roxo em 25 de março de 1997, procedente do Hospital Heitor Carrilho, pela prática de homicídio contra sua irmã que ele acreditava ser uma ameaça a sua família.

O Paciente n.º 05 é portador de uma esquizofrenia paranóide residual, com alucinações visuais que desaparecem após o uso de 10 mg de haloperidol ao dia.

Inicialmente recebia a visita de sua genitora, e em janeiro de 2000, o hospital teve o conhecimento de seu falecimento.

Na instituição, o paciente n.º 05 não demonstra interesse por atividades laborativas, se interessando mais por atividades recreativas.

Em 1997 obteve concessão de saídas terapêuticas assistidas por uma voluntária social que o visita frequentemente.

No momento, o paciente n.º 05 possui saída terapêutica assistida pela equipe técnica, não demonstrando interesse em voltar ao convívio social.

Conclua-se, destarte, que apesar do paciente ter seu quadro psíquico estabilizado, não possui apoio familiar para a determinação de sua desinternação.

## **VIII - A psicopatia e a inviabilidade de um tratamento terapêutico psicossocial**

A pessoa portadora de personalidade psicopática caracteriza-se por uma perturbação na estruturação do *superego*, isto é, de sua autocensura.<sup>59</sup>

Desta forma, esses indivíduos apresentam um desvio sério da personalidade e do caráter, citando, dentre outras conseqüências desse desvio, **a ausência de culpa**, face a ausência de valores éticos e morais.

A personalidade dos psicopatas altera-se, mas não de maneira progressiva, pois se mantém como ela é, nela se instala a pobreza de sentimentos, a ausência de impulsos que fazem modificar o comportamento social.

As pessoas normais têm certos impulsos que poderíamos chamar de psicopáticos. Impulsos de atuar anti-socialmente, como de praticar um furto, um homicídio e etc., mas ao mesmo tempo, essas pessoas, em maior escala, possuem freios chamados inibitórios, pois face a um processo de antever as conseqüências desses mesmos impulsos, esses freios incorporam ao futuro os comportamentos presentes.

Nas personalidades psicopáticas, essas situações de antecipação do futuro são bloqueadas, isto é, esses indivíduos não conseguem o adiamento de satisfações, eles só vivem o presente.

---

<sup>59</sup> Op. cit. n.º 25.

A personalidade psicopática é incapaz de aprender com a experiência, face à desestruturação do sentido de tempo interno e externo, de antecipação do futuro que leva a que eles não consigam bloquear os impulsos.

Cumprе ressaltar, contudo, que a pessoa portadora de personalidade psicopática padece de uma alteração de sentimentos, dos impulsos, dos instintos, do sentido ético e moral que se traduz por comportamentos anti-sociais.

Nesse diapasão, a personalidade psicopática não assimila a finalidade da pena, pois sempre entende que o poder coercitivo do Estado sempre atua injustamente sobre ela, assim, a finalidade ressocializante da pena jamais será compreendida pelo psicopata.

Esses indivíduos, sendo incapazes de aprender com a experiência, consideram a punição sempre uma injustiça, despertando neles o senso de revolta, de ódio e de vingança contra as demais pessoas.

Além disso, acrescenta-se que não existe cura ou qualquer forma de controle à personalidade psicopática no atual estágio da medicina e da psiquiatria.

Não existe ainda um tratamento adequado para esses indivíduos, pensam os especialistas numa tentativa de possibilitar seu reajuste ao convívio social, levá-los a uma terapia objetivando reformular seu superego, medida que até hoje não tem encontrado êxito.

Com relação ao tratamento psicanalítico, também parece falho, na medida que a personalidade psicopática tem dificuldade de viver a culpa, isto é, pratica o ato ilícito mas não tem capacidade para fazer um juízo pleno de reprovabilidade e o grande objetivo do tratamento psicanalítico é estimular a capacidade reparadora do paciente através do reconhecimento da culpa.

E no tocante à terapia bioquímica, este tipo de tratamento produz muito mais a ociosidade, que propriamente beneficia o psicopata com algum tipo de alteração progressiva de sua personalidade.

Conclua-se, destarte, que o portador de personalidade psicopática só é considerado um semi-imputável no direito pátrio por apresentar alguma forma de anomalia mental, possuindo, todavia, ao tempo da ação ou da omissão, inteira capacidade de entender o caráter ilícito do fato e de determinar-se de acordo com esse entendimento.

E nos casos extremamente graves, a aplicação da medida de segurança criminal atende muito mais aos interesses da sociedade, o que até certo ponto é válido, pois a sociedade precisa se proteger desse transtorno de personalidade anti-social incurável.

Nota-se que a previsão legal de aplicação de uma medida profilática por tempo indeterminado, enquanto não cessada a periculosidade do agente, “cai como uma luva” nos casos em que o psicopata, pelo alto grau de anormalidade, deve ser efetivamente afastado do convívio social para resguardo da sociedade.

Aliás, constatar a cessação de periculosidade em personalidade psicopática é uma indagação filosófica, telúrica, existencial, mas nunca científica. Jamais o perito terá condições de verificar, com absoluta certeza científica, a cessação de periculosidade de um psicopata.

Nos países escandinavos, existem dispositivos legais que importam a aplicação de tratamento especial aos psicopatas, sendo para tanto obrigados a residir em lugares determinados, especialmente em colônias agrícolas, permanecendo isolados por prazo indeterminado sempre que se revelarem perigosos à sociedade.

No Brasil, o Estado encontra no direito pátrio uma brecha para a exclusão social do psicopata por tempo indeterminado, através da aplicação da medida de segurança criminal de internação num Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico.

Atenta-se, todavia, para o fato de que nestes manicômios judiciais, os psicopatas criam problemas sérios de regressão ao tratamento dos demais pacientes, pois molestam o epilético, corrompem o oligofrênico, associam-se a outros psicopatas e irritam o neurótico.



Mas, sem dúvida nenhuma, o maior agravante que a aplicação ordinária da medida de segurança criminal aos portadores de personalidade psicopáticas provoca é a forte manipulação na mentalidade do legislativo e do judiciário, que de certa forma rejeitam uma reforma penal nos moldes de uma efetiva “política de desinstitucionalização” e proteção aos direitos das pessoas portadoras de doença mental, visto que, indubitavelmente a psiquiatria social de ressocialização gradativa não se aplica com sucesso aos psicopatas.

No **Hospital Henrique Roxo**, existe um caso de um **paciente psicopata** que apresenta o seguinte parecer social:

“O paciente não revela quaisquer sintomas psicóticos em seu quadro psicopatológico. Apresenta um **TRANSTORNO DE PERSONALIDADE COM TRAÇOS PERVERTIDOS** que se mantêm estável.

Sob o jugo institucional a impulsividade e a baixa tolerância à frustração cedem lugar a uma atitude de passividade e submissão, **SEM NECESSIDADE DE MEDICAMENTOS**.

**O paciente não demonstra quaisquer vestígios de ansiedade, arrependimento ou sentimento de culpa.**

Parece não possuir capacidade cognitiva mais que limítrofe, restringindo-se a um discurso pobre e pueril, com escasso senso crítico. Os demais traços de sua personalidade mantiveram-se inalterados.

**O paciente adapta-se e se submete passivamente às regras institucionais, sem demonstrar, porém, qualquer modificação interna que indique que venha a aceitar normas sociais, sem estar submetido a um ambiente explicitamente repressivo.**

Periciado com vários processos criminais julgados e outros aguardando julgamento, todos com infração ao art. 121, tendo sido considerado semi-imputável e determinado medida de segurança com tratamento de internação.

**Internado no Henrique Roxo desde de 09 de setembro de 2003, procedente do Heitor Carrilho, a periculosidade do paciente continua**

**presente, em função de sua personalidade psicopática que é destituída de sentimento de culpa ou reparação, além de traços pervertidos que fatalmente o levaria a delinquir.”**

Por todo exposto, urge necessário uma reforma penal que preveja um tratamento especial aos psicopatas, garantindo sua segregação social sem anular sua dignidade.

## Conclusão

O grande desafio deste trabalho foi demonstrar que a medida de segurança criminal representa uma forma de controle social realmente punitivo, porém, camuflada por um discurso de tipo terapêutico ou assistencial.

A institucionalização do paciente mental num Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico ocorre essencialmente pela prática de um ilícito típico, recaindo sobre o mesmo todo o fenômeno da marginalização, estigmatização, fossilização do indivíduo submetido aos rigores do sistema penitenciário.

E ante a constatação de que o sistema penitenciário condiciona o indivíduo à marginalização e estigmatização social, impõe-se buscar a aplicação da medida terapêutica da maneira mais limitada possível. Afinal, a coerção penal deve reforçar a segurança jurídica, sem ultrapassar o limite de tolerância na ingerência aos bens jurídicos do infrator.

Adstrito a peculiaridade de ser o paciente delinqüente uma pessoa portadora de transtornos mentais, vislumbra-se a capacidade do direito penal de realizar os direitos humanos desses afortunados, buscando fazer do saber penal um instrumento de integração e não de marginalização.

Pugna-se por uma efetiva **REFORMA PENAL** nos moldes da Psiquiatria Social compromissada com a reabilitação e ressocialização do paciente delinqüente através de técnicas socioterápicas e do processo de alta progressiva.

Pugna-se pela criação de uma efetiva rede de assistência social aos pacientes delinqüentes, que faça diminuir os níveis de marginalização mediante sua integração comunitária através das **residências terapêuticas e dos Centros de Atendimento Psicossocial**.

Propõe-se a substituição dos manicômios judiciários por outros serviços públicos realizados pelas comissões de saúde que reverenciam os

laços familiares, a autodeterminação do paciente delinqüente e a humanização de suas relações sociais.

A defasagem do conhecimento jurídico em relação aos recursos terapêuticos utilizados atualmente pela medicina tem levado os agentes da Justiça a cometer verdadeiras atrocidades contra a dignidade humana dos pacientes delinqüentes.

Através do tratamento psicossocial, a medicina está hoje em condições de reverter quadros psiquiátricos graves em semanas, buscando-se as internações em casos excepcionais, enquanto o legislador e o judiciário acreditam ainda na irreversibilidade do quadro psiquiátrico.

Em pleno processo de democratização das relações humanas, almeja-se a necessidade do Direito de estabelecer limites na persecução criminal aos loucos infratores e de instituir um tratamento terapêutico individualizado atento às peculiaridades do caso concreto.

E partindo deste princípio constitucional de individualização da medida de segurança criminal, pugna-se por um tratamento especial aos psicopatas crônicos com fins atender plenamente a sua dignidade humana.

Frisa-se o monismo prático do legislador brasileiro e dos operadores do direito, constituindo não apenas urgente alteração legislativa às medidas de segurança criminal, como também relevante uma verdadeira revolução na mentalidade dos juristas através de uma nova interpretação constitucional do Direito Penal.

## Bibliografia

BARROS, Sérgio Resende de. Direitos Humanos da Família: dos fundamentais aos operacionais. *In* Afeto, ética, família e o novo Código Civil brasileiro: anais do IV Congresso Brasileiro de Direito de Família realizado em Belo Horizonte de 24 a 27 de setembro de 2003. Belo Horizonte: Instituto Brasileiro de Direito de Família, Del Rey, 2004.

BIONDI, Edison José; PASCOTTO, José Carlos; FERNANDES, Regina Brum de Andrade. A Terapia Ocupacional no Henrique Roxo. Disponível em <[www.supersaude.rj.gov.br/hphr.htm](http://www.supersaude.rj.gov.br/hphr.htm)>. Acesso em 10 mai.2005.

BOFF, Leonardo. Saber Cuidar: Ética do humano – compaixão pela terra. Petrópolis: Editora Vozes, 2004, 10.º edição.

BIONDI, Edison José; PASCOTTO, José Carlos; FERNANDES, Regina Brum de Andrade. A Terapia Ocupacional no Henrique Roxo. Disponível em <[www.supersaude.rj.gov.br/hphr.htm](http://www.supersaude.rj.gov.br/hphr.htm)>. Acesso em 10 mai.2005.

BRUNO, Aníbal. Perigosidade Criminal e Medidas de Segurança. Rio de Janeiro: Editora RIO, 1977.

CANOTILHO, José Gomes e MOREIRA Vital. *Fundamentos da Constituição*, Coimbra: Almedina, 1991, 152 p. *In: Medidas de Segurança e Direito Penal no Estado Democrático de Direito*. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2001.

FERRARI, Eduardo Reale. Medidas de Segurança e Direito Penal no Estado Democrático de Direito. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2001.

FRAGOSO, Heleno Cláudio. Lições de Direito Penal: a nova parte geral. Rio de Janeiro: Forense, 1985.

GROENINGA, Giselle Câmara. Direito e Psicanálise – Um Novo Horizonte Epistemológico. *In* Afeto, ética, família e o novo Código Civil brasileiro: anais do IV Congresso Brasileiro de Direito de Família realizado em Belo Horizonte de 24 a 27 de setembro de 2003. Belo Horizonte: Instituto Brasileiro de Direito de Família, Del Rey, 2004.

LEVORIN, Marco Pólo. Princípio da Legalidade na medida de segurança: determinação do limite máximo de duração da internação. São Paulo: Editora Juarez de Oliveira, 2003, 1º edição.

LOYELLO, Washington. Para uma Psiquiatria da libertação. Rio de Janeiro: Achiamé, 1983.

MESTIERI, João. Teoria elementar do direito criminal: parte geral. Rio de Janeiro, 1990.

MIRABETE, Júlio Fabbrini. Manual de Direito Penal - Parte Geral. São Paulo: Editora Atlas, 2003.

PIEDADE Junior, Heitor. Personalidade Psicopática, Semi-imputabilidade e Medida de Segurança. Rio de Janeiro: editora Forense, 1982.

REALE Júnior, Miquel et alii. *Penas e Medidas de Segurança no novo Código*. Rio de Janeiro: Forense, 1985.

RIBEIRO, Bruno de Moraes. Medidas de Segurança. Porto Alegre: Fabris, 1998.

SARLET, Ingo Wolfgang. *Dignidade da pessoa humana e direitos fundamentais na Constituição Federal de 1988*, segunda edição. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2002.

SZASZ, Thomas Stephen. Tradução de SANZ, José. *Ideologia e Doença Mental: Ensaio sobre a Desumanização Psiquiátrica do Homem*. 2.º ed. Rio de Janeiro: Editora Zahar Editores, 1980.

ZAFFARONI, Eugenio Raul e PIERANGELI, José Henrique. Manual de Direito Penal Brasileiro: Parte Geral. São Paulo: Ed. Revista dos Tribunais. 2000. 62 p.

## **ANEXO N.º 01**

### **CONSELHO NACIONAL DE POLÍTICA CRIMINAL E PENITENCIÁRIA**

#### **RESOLUÇÃO Nº 5, DE 4 DE MAIO DE 2004**

Dispõe a respeito das Diretrizes para o cumprimento das Medidas de Segurança, adequando-as à previsão contida na Lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001.

O CONSELHO NACIONAL DE POLÍTICA CRIMINAL E PENITENCIÁRIA, reunido em sessão ordinária aos 04 dias do mês de maio do ano de dois mil e quatro, na cidade de Brasília, tendo presente a Proposta de Diretrizes para o cumprimento de Medidas de Segurança, adequando-as ao contido na Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, resolve:

Art. 1º. Aprovar as Diretrizes Anexas à presente Resolução, visando adequar as Medidas de Segurança às disposições da Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001.

Art. 2º. Recomendar à Secretaria deste Conselho que remeta cópia desta Resolução e do Anexo que a integra às Secretarias Estaduais que administram o Sistema Prisional, bem como aos Conselhos Penitenciários Estaduais e ao DEPEN/MJ.

Art. 3º. Esta Resolução entra em vigor a partir da data de sua publicação.

ANTONIO CLÁUDIO MARIZ DE OLIVEIRA  
Presidente do Conselho

#### **ANEXO**

#### **DIRETRIZES PARA O CUMPRIMENTO DAS MEDIDAS DE SEGURANÇA**

A partir dos resultados do “Projeto de Apoio à Reinserção Social dos Pacientes Internados em Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico do Rio de Janeiro”, realizado por equipe da Superintendência de Saúde da Secretaria Estadual de Administração Penitenciária e considerando as propostas aprovadas na “III Conferência Nacional de Saúde Mental” e no “Seminário para a Reorientação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico”, bem como as discussões ocorridas na Comissão eleita no referido Seminário para encaminhar projeto de mudança à Lei de Execução Penal, e tendo como objetivo adequar as medidas de segurança aos princípios do SUS e às diretrizes previstas na Lei nº 10.216/2001, ficam propostas as seguintes diretrizes:

1. O tratamento aos portadores de transtornos mentais considerados inimputáveis “visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio” (art. 4º, § 1º da Lei nº 10.216/01), tendo como princípios

norteadores o respeito aos direitos humanos, a desospitalização e a superação do modelo tutelar.

2. A atenção prestada aos pacientes inimputáveis deverá seguir um programa individualizado de tratamento, concebido por equipe multidisciplinar que contemple ações referentes às áreas de trabalho, moradia e educação e seja voltado para a reintegração sócio-familiar.

3. O internado deverá “ter acesso ao melhor tratamento consentâneo às suas necessidades” (art. 2º, § 1º, inciso I), de mesma qualidade e padrão dos oferecidos ao restante da população.

4. Os pacientes inimputáveis deverão ser objeto de política intersetorial específica, de forma integrada com as demais políticas sociais, envolvendo as áreas de Justiça e Saúde e congregando os diferentes atores e serviços que compõem a rede.

5. A medida de segurança deverá ser cumprida em hospital estruturado de modo a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer etc. (art. 4º, § 2º).

6. A atenção deverá incluir ações dirigidas aos familiares e comprometer-se com a construção de projetos voltados ao desenvolvimento da cidadania e à geração de renda, respeitando as possibilidades individuais.

7. Os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico deverão estar integrados à rede de cuidados do SUS, adequando-se aos padrões de atendimento previstos no Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares - PNASH/ Psiquiatria e aos princípios de integralidade, gratuidade, equidade e controle social.

8. Nos Estados onde não houver Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico os pacientes deverão ser tratados na rede SUS.

9. Os Estados deverão realizar censos jurídicos, clínicos e sociais dos portadores de transtornos mentais que sejam inimputáveis, a fim de conhecer suas necessidades terapêuticas, disponibilizar recursos, garantir seu retorno à comunidade de referência e acesso a serviços territoriais de saúde.

10. A conversão do tratamento ambulatorial em internação só será feita com base em critérios clínicos, não sendo bastante para justificá-la a ausência de suporte sócio-familiar ou comportamento visto como inadequado.

11. A medida de segurança só poderá ser restabelecida em caso de novo delito e após sentença judicial. Os casos de reagudização de sintomatologia deverão ser tratados no serviço de referência local.

12. A medida de segurança deve ser aplicada de forma progressiva, por meio de saídas terapêuticas, evoluindo para regime de hospital-dia ou hospital-noite e outros serviços de atenção diária tão logo o quadro clínico do paciente assim o indique. A regressão para regime anterior só se justificará com base em avaliação clínica.



13. A fim de garantir o acesso dos egressos dos hospitais de custódia aos serviços residenciais terapêuticos, deverão ser estabelecidas cotas específicas para estes pacientes nos novos serviços que forem sendo criados.

14. Como forma de superar as dificuldades de (re)inserção dos egressos nos serviços de saúde mental da rede, os gestores de saúde locais devem ser convocados, desde o início da medida, para participarem do tratamento, realizando busca ativa de familiares e preparando a família e a comunidade para o retorno do paciente.

15. Após a desinternação, desde o primeiro ano, o paciente deve ser assistido no serviço local de saúde mental, paralelamente ao tratamento ambulatorial previsto em lei, com o objetivo de construir laços terapêuticos em sua comunidade.

16. Os pacientes com longo tempo de internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico, que apresentem quadro clínico e/ou neurológico grave, com profunda dependência institucional e sem suporte sócio-familiar, deverão ser objeto de “política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida” (art.5º da Lei), beneficiados com bolsas de incentivo à desinternação e inseridos em serviços residenciais terapêuticos.

17. Os portadores de transtornos relacionados ao uso de drogas deverão ser objeto de programas específicos, de conformidade com a política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral ao Usuário de Álcool e outras Drogas.

18. Em caso de falta às consultas ou abandono de tratamento, os serviços locais de saúde deverão realizar visitas domiciliares com o fim de avaliar a situação e estimular o retorno do paciente ao tratamento.

## **ANEXO N.º 02**

### **PROJETO DE LEI n.º 3473/2000**

Altera a Parte Geral do Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 – Código Penal, e dá outras providências

**O CONGRESSO NACIONAL** decreta:

....

#### **"Espécies de medida de segurança**

Art. 96. As medidas de segurança são:

I – internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou, à falta, em outro estabelecimento público que lhe proporcione tratamento médico adequado;

II – tratamento ambulatorial em hospitais, postos de saúde ou outros estabelecimentos públicos.

§ 1º A internação e o tratamento ambulatorial podem ser efetivados em estabelecimentos privados, à falta de estabelecimento público, desde que devidamente conveniados e autorizados pelo Juízo da Execução.

§ 2º O tratamento ambulatorial somente poderá ser aplicado aos crimes cuja pena máxima não seja superior a quatro anos.

§ 3º Extinta a punibilidade, não se impõe medida de segurança nem subsiste a que tenha sido imposta." (NR)

### **"Execução da medida de segurança**

Art. 97. O juiz determinará a espécie de medida de segurança adequada, observada a perícia médica.

§ 1º É obrigatória a realização da perícia médica a cada seis meses. Mediante requerimento do interessado, de seu representante legal, da autoridade responsável por seu tratamento, do Ministério Público, ou por determinação judicial, a perícia poderá ser realizada a qualquer tempo.

§ 2º A medida de segurança interromper-se-á quando for averiguada, mediante perícia médica, a sua desnecessidade, ou a cessação da doença.

§ 3º O juiz, após perícia médica, poderá conceder ao paciente que apresentar melhora em seu tratamento, a desinternação progressiva, facultando-lhe saída temporária para visita à família ou participação em atividades que concorram para o seu retorno ao convívio social, com a indispensável supervisão da instituição em que estiver internado.

§ 4º Observados os resultados positivos da desinternação progressiva e realizada a perícia, com a melhora do quadro clínico do internado, poderá o juiz autorizar a transferência para o tratamento ambulatorial, ouvido o Ministério Público.

§ 5º Em qualquer fase do tratamento ambulatorial poderá o juiz determinar a internação do paciente, se essa providência for necessária para sua melhora.

§ 6º A alta será sempre condicionada ao tratamento indicado, devendo ser restabelecida a situação anterior se o paciente, antes do decurso de um ano, pratica fato indicativo da persistência da doença." (NR)

### **"Tempo de duração**

Art. 98. O tempo de duração da medida de segurança não será superior à pena máxima cominada ao tipo legal de crime.

§1º Findo o prazo máximo e não cessada a doença por comprovação pericial, será declarada extinta a medida de segurança, transferindo-se o internado para tratamento comum em estabelecimentos médicos da rede pública, se não for suficiente o tratamento ambulatorial.

§ 2º A transferência do internado ao estabelecimento médico da rede pública será de competência do Juízo da Execução." (NR)

....

Brasília,

## ANEXO N.º 03

### 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.

**O PRESIDENTE DA REPÚBLICA** Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

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

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

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

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

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

IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;

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

VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

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

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

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

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

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

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

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

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

Art. 5º O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário.

Art. 6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

- I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;
- II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e
- III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

Art. 7º A pessoa que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento.

Parágrafo único. O término da internação voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente.

Art. 8º A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.

§ 1º A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

§ 2º O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.

Art. 9º A internação compulsória é 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.

Art. 10. Evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento serão comunicados pela direção do estabelecimento de saúde mental aos familiares, ou ao representante legal do paciente, bem como à autoridade sanitária responsável, no prazo máximo de vinte e quatro horas da data da ocorrência.

Art. 11. Pesquisas científicas para fins diagnósticos ou terapêuticos não poderão ser realizadas sem o consentimento expresso do paciente, ou de seu representante legal, e sem a devida comunicação aos conselhos profissionais competentes e ao Conselho Nacional de Saúde.

Art. 12. O Conselho Nacional de Saúde, no âmbito de sua atuação, criará comissão nacional para acompanhar a implementação desta Lei.

Art. 13. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 6 de abril de 2001; 180º da Independência e 113º da República.

FERNANDO  
*Jose*  
*José*  
*Roberto Brant*

HENRIQUE

CARDOSO  
*Gregori*  
*Serra*

*Este texto não substitui o publicado no D.O.U. de 9.4.2001*



