

FACULDADE DE DIREITO DE CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM

THAIS PEREIRA DA SILVA

A EFETIVIDADE DAS MEDIDAS DE SEGURANÇA NO BRASIL

CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM

2017

THAIS PEREIRA DA SILVA

A EFETIVIDADE DAS MEDIDAS DE SEGURANÇA NO BRASIL

Monografia apresentada à faculdade de direito de Cachoeiro de Itapemirim como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Direito.

Orientador: Prof. Ticiano Yazegy Perim

CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM

2017

THAIS PEREIRA DA SILVA

MEDIDAS DE SEGURANÇA E SUA EFETIVIDADE NO BRASIL

Monografia apresentada à Faculdade de Direito de Cachoeiro de Itapemirim
como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Direito.

Aprovada em _____

Nota: _____

BANCA EXAMINADORA

Prof.

Prof.

Prof.

Dedico este trabalho a Deus, à minha família e amigos, que tanto me ajudaram com apoio para que hoje eu chegasse aqui, agradeço em especial minha tia e madrinha, Dr. Maria das Graças Ferreira Silva, que hoje não está presente em corpo entre nós, mas que sem ela meus sonhos nunca se realizariam. Todo o meu esforço foi por ela, mesmo ela não querendo que eu seguisse a área jurídica. Mas como ela sempre me amou, aceitou minhas escolhas e me deu total apoio. Hoje estou aqui prestes a me formar no curso de direito, concluindo mais uma fase na minha vida e a espera da próxima.

“A senhora me desculpe, mas no momento não tenho muita certeza. Quer dizer, eu sei quem eu era quando acordei hoje de manhã, mas já mudei uma porção de vezes desde que isso aconteceu. (...) Receio que não possa me explicar, Dona Lagarta, porque é justamente aí que está o problema. Posso explicar uma porção de coisas mas não posso explicar a mim mesma...” Alice no país das Maravilhas - Lewis Carroll

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	09
2 NOÇÕES HISTÓRICAS DA SAÚDE MENTAL E A JUSTIÇA	14
2.1 NOÇÕES HISTÓRICAS DA SAÚDE MENTAL E A JUSTIÇA NO BRASIL ---	18
3 SISTEMA DUPLO BINÁRIO E O VICARIANTE	19
3.1 SISTEMA DUPLO BINÁRIO	19
3.2 SISTEMA VICARIANTE	22
4 CRIME E CONTRAÇÃO PENAL	25
4.1 CONCEITO DE CRIME	25
4.2 DIFERENÇA DO CRIME E A CONTRAÇÃO PENAL	26
4.3 SUJEITO PASSIVO E ATIVO DO CRIME	26
4.4 SUJEITO PASSIVO	26
5 SANÇÕES PENAS	26
6 MEDIDAS DE SEGURANÇA	27
6.1 CONCEITOS	27
6.2 ESPÉCIES DE MEDIDAS DE SEGURANÇA	28
6.3 IMPOSIÇÃO DA MEDIDA DE SEGURANÇA PARA IMPUTÁVEL.....	28
6.4 PRAZO	28

6.5 PERÍCIA MÉDICA -----	28
6.6 DESINTERNAÇÃO OU LIBERAÇÃO CONDICIONAL -----	28
6.7 SUBSTITUIÇÃO DA PENA POR MEDIDA DE SEGURANÇA PARA O SEMI IMPUTÁVEL -----	29
6.8 DIREITOS DO INTERNADO -----	29
7 DAS ESPECIES E DAS APLICAÇÕES DAS MEDIDAS DE SEGURANÇA --- -----	29
7.1 HOSPITAL DE CUSTÓDIA -----	29
7.2 PERÍODO DE INTERNAÇÃO -----	30
7.3 SAÍDAS TERAPÊUTICAS -----	31
7.4 VERIFICAÇÃO DA CASSAÇÃO DA PERICULOSIDADE -----	31
8 A APLICAÇÃO DA MEDIDA DE SEGURANÇA COMO NÃO VIOLAÇÃO DOS DIREITOS HUMANOS -----	32
9 HOSPITAIS DE CUSTÓDIA E VIOLAÇÃO DOS DIREITOS HUMANOS ----- -----	32
10 O CARATER DE PERPETUIDADE DAS MEDIDAS DE SEGURANÇA APLICADAS AOS IMPUTÁVEIS POR DOENÇAS MENTAIS -----	35
10.1 PREVISÕES NO CÓDIGO PENAL -----	38
10.2 PREVISÃO NA LEI DE EXECUÇÃO PENAL -----	39
11 REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL -----	40
12 CASOS DE DESLEIXO EM MEIO AO TEMA -----	44

12.1 CASO FEBRÔNIO INDIO NO BRASIL -----	44
12.2 BARBACENA -----	44
13 JURISPRUDÊNCIAS A CERCA DO TEMA -----	47
CONCLUSÕES -----	50
REFERÊNCIAS -----	54

INTRODUÇÃO

Este trabalho foi elaborado com o objetivo de se aprofundar nos estudos das Medidas de Segurança, sobre a sua efetividade no Brasil. Tendo em vista a proposta de promover uma discussão sobre o tema, com a finalidade de se aperfeiçoar as tratativas sobre o assunto e traçar possíveis soluções para o mesmo. Para a iniciação no estudo, importante se faz a análise histórica sobre o assunto, principalmente no que tange a evolução da inimputabilidade.

Posteriormente é apresentado o instituto das Medidas de Segurança com as suas diversas peculiaridades, sua conceituação, as diferenças entre a inimputabilidade e a semi-imputabilidade, os pressupostos necessários para a aplicação dessa medida, o exame de sanidade mental que é requisito imposto para aplicação da medida, e suas especificações, a classificação das duas espécies de medidas de segurança que podem ser tanto de internação como de tratamento ambulatorial, e principalmente quanto aos prazos que atualmente recebem a maior crítica contrária a Medida de Segurança, pela não estipulação em lei do prazo máximo para cumprimento das mesmas. A forma pela qual a medida de segurança, vem sendo aplicada no sistema brasileiro, tem levado à discussões sobre sua constitucionalidade, sendo, esta aplicada aos inimputáveis e aos semi-imputáveis, com o caráter preventivo de assistência embasando-se, na idéia de prevenir a repetição do ato ilícito e propiciar ao transgressor do ato tratamento adequado, de forma que não venha a reincidir. Ainda são abordados os critérios utilizados para a desinternação do paciente em medida de segurança e a importância da realização do exame de cessação da periculosidade.

As medidas de segurança como sanção penal de caráter preventivo, onde o inimputável e o semi-imputável ficam sujeitos ao cumprimento da mesma até a cessação da sua periculosidade. Neste trabalho iremos analisar ao que se diz respeito o prazo máximo de cumprimento não estipulado em lei e de correntes que abordam essa problemática (prazo máximo de cumprimento da MS).

Há problemática da medida de segurança em seu aspecto de “perpetuo” em relação ao tempo máximo da aplicação da mesma. Pois no código penal brasileiro no artigo 97 § 1º esta escrito que o prazo máximo dessa sanção é indeterminado.

[...] § 1º - A internação, ou tratamento ambulatorial, será por tempo indeterminado, perdurando enquanto não for averiguada, mediante perícia médica, a cessação de periculosidade. O prazo mínimo deverá ser de 1 (um) a 3 (três) anos. (Redação dada pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984)[...](CÓDIGO PENAL BRASILEIRO, 1940).

Algumas correntes criticam a redação desse texto, falando que ele fere a constituição de 88, sendo assim inconstitucional, pois no artigo 5º da cfrb inciso XLVII alínea b, descreve que:

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

XLVII - não haverá penas

b) de caráter perpétuo; (CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL, 1988)

Podemos destacar duas correntes doutrinárias que divergem sobre o tema. A primeira dispõe que não há prazo máximo para o cumprimento da medida de segurança, tendo em vista que esta deve perdurar até a cessação da periculosidade do agente, o que de fato seria até o fim da doença ou perturbação da saúde mental.

Para a segunda corrente, a medida de segurança deve possuir prazo determinado previamente, assim admitindo a pena com caráter perpétuo, que feriria as bases da constituição de 88.

Dentre essa problemática de prazo máximo de cumprimento dessa sanção devemos refletir excluir os loucos infratores do convívio social? Ou correr o risco de conviver com eles em sociedade?

O tema abordado nesse trabalho é de suma importância, por se tratar da liberdade do indivíduo inimputável e semi-imputável e também da sociedade sendo posta em risco, quando o delinquente sendo posto em convivência coma sociedade, antes de seu grau de periculosidade ser cessado. Também sendo posto em discussão o tratamento inadequado do doente mental delinquente.

A justificativa maior para a escolha desse tema é fazer um estudo aonde possamos esclarecer qual a melhor forma que este indivíduo deve ser tratado. E se o prazo máximo não estipulado em lei é ou não inadequado com a carta magna deste país.

O material usado nesse trabalho foi obtido por meio de obras doutrinárias, legislações pertinentes ao tema, no que tange de mais atual, textos publicados na internet,

especialmente, análise de processos envolvendo o caso e entrevistas como pesquisa de campo no CAP'S de Alegre-ES.

As medidas de segurança é uma espécie de sanção penal, que são aplicáveis ao inimputável e semi-imputável, ou seja, pessoas que não tem discernimento total ou parcial para compreender suas condutas, pessoas que no ato da ação ou omissão do fato tido como crime não tem o pleno conhecimento do que foi praticado.

De acordo com o entendimento de Julio Fabbrini Mirabete:

[...]A medida de segurança não deixa de ser uma sanção penal e, embora mantenha semelhança com a pena, diminuindo um bem jurídico, visa precipuamente à prevenção, no sentido de preservar a sociedade da ação de delinquentes temíveis ou pessoas portadoras de deficiências psíquicas, e de submetê-los a tratamento curativo[.] (MIRABETE, 2005, p.713).

Em relação à seu pressuposto de aplicação, não exige tão somente a periculosidade do agente como foi citados varias vezes, mas também o ato praticado pelo delinquente tem que ser tido como crime previsto em lei.

Nesse raciocínio Mirabete descreve (2005, p. 715) [...]“Na aplicação da medida de segurança deve ser observado o principio da legalidade, somente sendo possível a imposição daquela que esta prevista em lei.”[...]

O Código Penal em seu artigo 96 especifica apenas duas espécies de medida de segurança Internação em hospital de custódia e tratamento (medida detentiva); Tratamento ambulatorial.

No parágrafo único desse mesmo artigo descreve que “Extinta a punibilidade, não se impõe medida de segurança nem subsiste a que tenha sido imposta”.

De acordo o Código Penal, o tratamento deverá ser feito em hospital de custódia e tratamento, nos casos em que é necessária internação do paciente ou, em não havendo essa necessidade, o tratamento deverá ser ambulatorial, na qual a pessoa terá assistência médica, devendo comparecer durante o dia em local próprio ao atendimento.

A internação, também conhecida como medida detentiva, consiste na internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou, à falta dele, em outro estabelecimento adequado os hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico (art. 96, inciso I).

Já o tratamento também conhecido como medida restritiva consiste na sujeição a tratamento ambulatorial (art. 96,II), pelo qual são dados cuidados médicos à pessoa submetida a tratamento, mas sem internação, salvo a hipótese desta tornar-se necessária, nos termos do § 4º do art. 97 do CP, para fins curativos.

A medida de segurança somente pode ser executada após o trânsito em julgado da sentença, de acordo com o art. 171 da lei de execuções penais, que diz: “transitada em julgado a sentença que aplicar medida de segurança, será ordenada a expedição de guia para a execução”.

Para iniciar a execução será necessária a expedição de guia de internação ou de tratamento ambulatorial, art. 173, LEP.

A medida de segurança só poderá ser aplicada após o trânsito em julgado da sentença penal absolutória imprópria. Cabe ao julgador optar pelo tratamento mais adequado ao caso do inimputável, sendo indiferente se o fato delituoso praticado irá ser apenado com reclusão ou detenção.

De acordo 97 do Código Penal “Se o agente for inimputável, o juiz determinará sua internação (art. 26). Se, todavia, o fato previsto como crime for punível com detenção, poderá o juiz submetê-lo a tratamento ambulatorial”.

O prazo mínimo de duração da medida de segurança é de um a três anos (art. 97, § 1º, e 98, CP), a ser aplicado a qualquer fato ilícito praticado. A questão debatida entre diversos doutrinadores é quanto ao disposto no artigo 97 § 1º do Código Penal, onde diz que, “A internação, ou tratamento ambulatorial, será por tempo indeterminado, perdurando enquanto não for averiguada, mediante perícia médica, a cessação da periculosidade. O prazo mínimo deverá ser de 1 a 3 anos.”

A aplicação da medida de segurança possui prazo indeterminado, contudo, a determinação ou não do prazo para a medida de segurança é motivo de forte discussão doutrinária.

Há duas correntes doutrinárias que divergem sobre o tema. A primeira dispõe que não há prazo máximo para o cumprimento da medida de segurança, que essa deve perdurar até a cessação da periculosidade do agente, o que seria até o fim da doença ou perturbação da saúde mental a que se acomete o agente, isso pode durar a vida inteira do agente.

Já na segunda corrente doutrinária a medida de segurança deve possuir prazo determinado, sob pena de estar se admitindo o caráter perpétuo, que feriria as bases da Carta Magna de 1988. Essa segunda corrente doutrinária ainda se subdivide em duas vertentes: a primeira sustenta o seu entendimento no sentido de que a medida de segurança terá o limite máximo de sua aplicação igual àquele cominado em abstrato para a execução das penas privativas de liberdade, ou seja, trinta anos, conforme artigo 75 do Código Penal Brasileiro, sendo esse o posicionamento adotado pelo STF.

O que se discute é que essa indeterminação do prazo máximo, não descrito em lei é inconstitucional, uma vez que contraria a proibição das penas perpétuas.

Mas há de se pensar, medida de segurança não é pena?. Como muitos doutrinadores explicam e como foi posto no código penal brasileiro as medidas de segurança visam eliminar a periculosidade do agente e, enquanto esta durar subsistirá a medida de segurança a fim de que seja resguardado o a paz social.

Rogério Greco, em seu livro Direito Penal, parte geral, descreve sobre a medida de segurança, (2011, p.661):

[...]Não tem prazo certo de duração, persistindo enquanto houver necessidade do tratamento destinado à cura ou à manutenção da saúde mental do imputável. Ela terá duração enquanto não for constatada, por meio de perícia médica, a chamada cessação da periculosidade do agente, podendo, não raras as vezes, ser mantida até o falecimento do paciente.[...] (GRECO, 2011).

Conforme Eduardo Ferrari "a socialização não justifica a medida de segurança, o que justifica sua aplicação é o fato de se tentar evitar a prática de crimes futuros. Periculosidade não é ensejo a uma socialização forçada". (2001, p. 60)

Eduardo Ferrari mostra alguns motivos pelos quais não caberia determinação de prazo:

[...]As penas e as medidas de segurança são diferentes em sua natureza. A medida de segurança tem como meta a prevenção do crime, enquanto que a pena tem caráter aflagante, portanto, não tendo a medida de segurança caráter aflagante, não caberia estipular um prazo máximo. As penas têm limites, pois visam apenas fazer justiça, devendo seguir princípios éticos e determinados, já a medida de segurança é aplicada como utilidade pública, não devendo obediência a quaisquer critérios ou determinações. [...]. (FERRARI, 2001, p.176).

Tudo que foi disposto a cima vai ser estudando, e ao fim deste trabalho veremos qual hipótese sobre o caso melhor se enquadra.

2 NOÇÕES HISTÓRICAS DA SAÚDE MENTAL E A JUSTIÇA

Desde muitos anos atrás, o homem vive em agrupamentos sociais. Ensina Silva (2006) que o homem é um ser social e que não consegue viver sozinho, com a exceção de casos isolados. Pelo fato de o homem ser um ser social, o citado autor declara que, regras de convivência são fundamentais para a vida em grupo bem como as sanções são necessárias para coagir o grupo a obedecer às normas estabelecidas.

Com o aumento das relações interpessoais e a complexidade maior dos conflitos foi preciso a elaboração de um arcabouço jurídico capaz de abarcar as infrações ocorridas no dia-a-dia. Por essa razão, surge o primeiro Código Criminal, tal Código trazia um Direito Penal menos complexo, ou seja, após sua elaboração a ideia de Direito Penal foi sendo desenvolvida e evoluindo até os dias atuais.

O crescimento populacional e o das cidades influenciaram diretamente no aumento das práticas criminosas. Mas, uma questão relevante deu-se devido ao fato de, em alguns casos, o criminoso ser portador de doença mental e não se sabia como deveria tratar aquele infrator, que apesar de ter praticado um delito, de certo modo, não tinha o discernimento necessário para entender a ilicitude do fato delitivo.

O que se entende hoje como transtorno mental nem sempre foi da mesma forma, ao longo da história o conceito de doença mental sofreu várias mudanças para chegar no conceito que temos hoje. Nem sempre foi entendido de fato do que se tratava tal comportamento, mas desde o princípio da civilização eles foram estudados, tendo uma preocupação de como se deveria tratar dessas pessoas com transtornos mentais e quais seriam seu direito perante a sociedade.

Há muitos relatos históricos sobre esse assunto, nas civilizações romanas, grega, egípcia e até na bíblia se tem relatos de pessoas com transtornos mentais no âmbito da justiça daquela época.

O Código de Manu já previa dispositivos de caráter preventivo diversos da pena. Marco Aurélio imperador ao tomar conhecimento de um indivíduo que havia perdido a razão e cometido um parricídio, após concluir pela falta de capacidade de imputação do autor diante do seu estado mental patológico, ordenou que se o pusesse em custódia para evitar a reprodução de outros fatos criminosos, visando garantir a ordem coletiva.

As medidas mais antigas aplicadas aos doentes mentais se deram em Roma visando tornar reclusos os furiosos, foram lhes impostas internações em casas de custódias, assim evitando que oferecessem perigo a sociedade e viessem a incidir em fatos criminosos.

Um exemplo disso é o código de Justiniano que há relatos que as pessoas eram diferenciadas por insanidade psíquica, por demência, estupidez, e também tinham os alienados em geral. Já no código romano pessoas consideradas imbecilatas, eram as que não possuíam capacidade de dispor de seus bens. Então podemos ver que desde os primórdios da sociedade as pessoas tidas como especiais já tinham os direitos diferentes.

Os transtornos mentais por não serem muito bem compreendidos em épocas antigas, já foram considerados por algumas civilizações como possessão demoníaca, influência de feitiçaria ou bruxaria, sendo essas pessoas tratadas com terapias religiosas e com misticismo, de uma forma a tranquilizar e catequizar o doente mental.

Depois de muito tempo que o homem começou a ter entendimento e estabeleceram as bases em relação a doença mental e a justiça, os primeiros a estabelecerem esse vínculo foram os romanos.

Como podemos retirar do livro saúde mental crime e justiça os romanos

[...] Iniciaram por detalhar as várias condições mentais como a insanidade, a embriaguez, que, se presentes no momento do crime, poderiam diminuir a responsabilidade do criminoso por suas ações. Além disso, criaram leis que definiam a capacidade do doente mental para contrair casamento, divorciar-se, dispor de seus bens, fazer testamento e testemunhas, sendo o juiz quem decidia sobre quem era e quem não era doente mental. [...] (COHEN, FERRAZ, SEGRE, 1996, p.21)

Com o passar dos séculos surgiram muitos estudiosos que resolveram tentar entender esse comportamento humano, e achar formas viáveis para os tratamentos dessas pessoas.

No século XV e XVI, surgiu na Itália, Paolo Zacchia, que foi considerado o pai da medicina legal moderna. Conforme descrito no livro saúde mental, crime e justiça Zacchia dizia que:

[...] somente o médico tem capacidade para avaliar a condição mental de um indivíduo. Admitia que os pacientes com quadros de mania, quando se encontravam em um intervalo lúcido, ou seja, em períodos nos quais eles recobravam a lucidez mental, poderiam ser responsabilizados por seus crimes. Apontava também para a participação de uma forte emoção na

gênese dos crimes passionais, colocando a como atenuante de pena[...]. [...]conferiu maior importância à pessoa do que à lei, mostrando dessa forma que os princípios éticos da pessoa podem ser diferentes dos princípios morais envolvidos na formulação da lei. (ZACCHIA, 1996).

Outro médico pioneiro no estudo em questão foi o doutor Vincenzo Chiarugi de Florença, seus estudos tiveram efeitos na época no iluminismo durante o século XVII.

Chiarugium certo regulamento que não se podia usar força bruta física com o doente mental, nenhum método cruel poderia ser utilizado ao insano, eles deveriam ser respeitados. Eles quem dividiu a insanidade mental em três espécies:

A melancolia, mais conhecida como, insanidade parcial; a mania, que seria uma insanidade geral; e a demência, que é o funcionamento anormal do intelecto e da vontade.

Na época de 1745 a 1826 Philippe Pinel, que buscou analisar os sintomas dos enfermos dos hospitais onde trabalhava, ele instituiu um tratamento moral. Chamava a insanidade mental de alienação.

Nos anos de 1787 foi regularizado no EUA na constituição do país, os direitos de liberdade e democracia, eles que conceituaram a justiça civil.

Na época da revolução francesa de 1789 podiam ser percebidos esses direitos, tanto que em 1948 depois desse movimento foi instituída a declaração universal dos direitos do homem e do cidadão.

Um caso que podemos destacar em relação ao princípio deste trabalho é o caso Daniel m'naghten, que tentou matar o primeiro ministro da Inglaterra, e que teve seu julgamento com base na insanidade mental, a partir desse caso que foi estabelecido regras sobre a insanidade mental.

Mas foi no século XIX que as medidas de segurança se tornaram de natureza jurídica diversa da que era lhe conferida. Percebeu-se que a sanção penal não impedia o aumento da criminalidade, colocou-se em cheque sua existência naqueles moldes e passou-se a refletir sobre uma nova forma de resposta jurídico penal.

Repensando o sistema até então aplicado, os estudiosos concluíram pela importância de aplicação de métodos preventistas, representados no tratamento do delinqüente e

na sua segregação, como respostas jurídico-penal, em substituição as ideias retributivas aplicadas naquela época.

Preconiza Ferrarri (2001) sobre a origem histórica da medida de segurança que, inicialmente consistia em um meio de defesa social contra atos anti-sociais. Sua aplicabilidade estava voltada para menores infratores, ébrios habituais ou vagabundos e não dependia da prática de crimes para ser imposta, pois, visava reprimir o mau exemplo que o indivíduo representava para sociedade.

Ocorre que a partir do séc. XIX a eficácia da pena como sanção começou a ser questionada, uma vez que, sua utilização não estava sendo suficiente para coibir atos de reincidência. Por isso, estudiosos do direito repensaram sobre o sistema penal, no intuito de buscar sanções de cunho preventivo capazes de substituir a sanção meramente retributiva - punitiva.

Diante desses fatores, dois posicionamentos surgiram. Ainda segundo Ferrarri (2001), o primeiro posicionamento defendia a tese de que a pena deveria continuar como única modalidade de resposta sancionatória, porém passaria a ter um caráter preventivo, o qual promoveria a redução da criminalidade. Já o segundo posicionamento entendia que a pena deveria permanecer com o cunho retributivo, enquanto deveria ser criada outra espécie de sanção e esta sim deveria ter a natureza preventiva.

Assim, ambas correntes tinham um ponto em comum, qual seja, compreendiam a pena, meramente retributiva, insuficiente para abarcar a defesa e proteção da sociedade. Surge, assim, a ideia da medida de segurança com a roupagem voltada para regular a crise da pena e promover a defesa efetiva da sociedade. Sua função não era meramente punir os crimes, mas sim prevenir a prática de outras infrações penais e, conseqüentemente, reduzir a criminalidade.

As discussões sobre a ineficácia da pena e a necessidade de uma resposta jurídico-penal que primasse pela defesa social fizeram surgir correntes de posicionamentos diversos.

Desse modo podemos constatar que desde os tempos remotos da humanidade não faltaram pessoas que queriam entender o que se passava na cabeça das pessoas

com transtornos mentais, e até nos dias de hoje existem muitos que lutam para compreender mais e dar apoios mais dignos a essas pessoas.

2.1 NOÇÕES HISTÓRICAS DA SAÚDE MENTAL E A JUSTIÇA NO BRASIL

Brasil antes do ano de 1893 algumas legislações sobre o instituto da medida de segurança, todavia, ainda era sob a nomenclatura de pena.

No Código Criminal do Império, disciplinou-se que cabia ao Juiz criminal decidir quando da ocorrência de um delito praticado por um louco, o seu encaminhamento a família ou a casas especializadas no seu tratamento. Todavia, tratava-se essencialmente de uma medida mais humanitária do que sancionatória, já que era impossível à época o julgamento de um infrator louco, por não terem estudos e comprovações como se tem hoje.

Por outro lado no Código Penal da República de 1890 previa a internação de loucos infratores em hospitais destinados a doentes mentais, ou a sua entrega a familiares, porém, ainda fixou-se naquele código casos de interdição, perda ou suspensão do emprego público.

Em 1903 disciplinou-se através do decreto 1.132 de 22 de dezembro de 1903 a primeira medida de segurança, chamada de medida de tratamento. Tal medida consistia preliminarmente, no internamento dos doentes mentais infratores, que subvertessem a ordem e a segurança públicas, em estabelecimentos destinados aos portadores de doenças mentais.

Mas foi no Projeto do Código Penal criado por Galdino Siqueira em 1913 que se evidenciou uma nova sanção penal, posto que a este projeto foi incluída uma pena complementar, que deveria ser imposta ao reincidente perigoso. Esta pena complementar tinha duração três vezes superior ao da pena antes imposta, todavia, limitada em qualquer circunstância aos 15 anos de duração.

Em 1927 surgiu novamente com o Projeto do Código Penal de autoria de Virgílio de Sá Pereira o termo medida de tratamento. O referido código foi elaborado sob as influências do Código Suíço e do Projeto de Rocco, por tal motivo, de modo ainda que limitado, tratou de temas como a periculosidade criminal, habitualidade e medidas pós-delituosas. Exigia-se para a aplicação da medida de tratamento apenas a

periculosidade social, que diferenciava-se da periculosidade criminal, e criou uma nova modalidade de delinquentes, a quem atribuiu uma imputabilidade restrita.

Tal Projeto passou por duas revisões, sendo a primeira em 1928 e a segunda em 1933, não tendo obtido êxito na sua aplicação. Foi somente no Código Penal de 1940 que o tema das medidas de segurança foi concretizado na legislação brasileira.

3 SISTEMA DUPLO BINÁRIO E O VICARIANTE

3.1 SISTEMA DUPLO BINARIO

O Código Penal de 1940 ao disciplinar o instituto da medida de segurança adotou em sua sistematização o sistema *duplo binário*, tendo a pena e a medida de segurança a mesma normatização. A medida de segurança, quando aplicadas aos penalmente imputáveis, tinha o papel de complementar a pena aplicada, por outro lado quando a medida de segurança era aplicada aos inimputáveis, fazia em substituição à pena.

O sistema duplo binário permitia ao julgador aplicar cumulativamente dois tipos de sanção penal, ou seja, pena e medida de segurança ao mesmo tempo.

Antes da reforma do código penal em 1984, os agentes tidos como praticantes de fatos antijurídicos, podiam ser condenados a pena e a medida de segurança. No caso depois de finda a pena do agente ele era submetido a medida de segurança, na maioria dos casos continuando no mesmo local em que cumpria a pena, que pode caracterizar lesividade ao princípio *ne bis in idem*, onde uma pessoa não pode ser condenada mais de uma vez pelo mesmo ato praticado.

O sistema do duplo binário foi alvo de muitas críticas, pode-se destacar Biterncourt o qual afirma que:

[...] aplicação conjunta da pena e medida de segurança lesa o princípio do *ne bis in idem*, pois, por mais que se diga que o fundamento e os fins de uma e outra são distintos, na realidade, é o indivíduo que suporta as duas conseqüências pelo mesmo fato praticado. (BITERN COURT, 2010, p.780)

Por meio dos dizeres de Bitencourt (2010) é de bom grado ressaltar que esse sistema, justamente, por conta da possibilidade de um mesmo indivíduo responder duas vezes pelo mesmo fato, não perdurou por muito tempo. Nesse mesmo entendimento Greco leciona que:

No sistema do duplo binário ou também conhecido como duplo trilho, [...] a medida de segurança somente tinha sua execução iniciada após o condenado cumprir a pena privativa de liberdade ou, no caso de absolvição,

de condenação à pena de multa, depois de passada em julgado a sentença, conforme incisos I e II do art. 82 do Código Penal de 1940. (GRECO, 2009, p.677).

Com apoio das citações de Bitencourt (2010), Prado (2011), Greco (2009) e, por último, mas não menos importante, Zaffaroni e Pierangeli (2002) pode-se verificar o alto rigor de punição contido no sistema do duplo binário, pois, como se nota, o fato de o agente ter que cumprir a pena e a medida de segurança, correspondente ao mesmo delito praticado, demonstra uma grande atuação do Estado no que corresponde a punição do agente, não tendo a preocupação em ressocializa-lo, bem como tratá-lo, pode-se cogitar, portanto um instrumento de vingança utilizado pelo Direito Penal.

Para a aplicação deste instituto exigia-se alguns requisitos essenciais. O primeiro deles era a prática de um fato definido como crime, e o segundo a periculosidade social do infrator. Todavia, mesmo nos casos de crime impossível e de excludentes de ilicitude, a medida de segurança tinha sua aplicação legitimada somente com base na periculosidade social do agente, relativizando assim o princípio da legalidade

O art.78 do Código Penal de 1940 estabelecia um rol onde deveria se presumir a periculosidade do agente, e nestes casos era desnecessário o requisito de aplicação fundado na prática de fato definido como crime.

Ao imputável as medidas de segurança eram aplicadas após o cumprimento da pena, que durante a sua execução, foi de alguma forma diminuída.

Consoante disposição daquele código as medidas de segurança durariam enquanto permanecesse a condição de periculosidade do agente destinatário, todavia, havia um tempo mínimo estabelecido para o cumprimento da medida de segurança, deixando de considerar a cessão da periculosidade antes daquele prazo.

Naquele código as medidas de segurança classificavam-se como pessoais ou patrimoniais e eram aplicadas de acordo com a gravidade do delito cometido, levando-se em conta a periculosidade social do agente, aplicada a este em razão da sua condição pessoal.

As medidas de segurança pessoais poderiam ser ainda classificadas em detentivas ou não-detentivas. Alguns exemplos de medida de segurança detentiva eram a internação do infrator em manicômio judiciário, casa de custódia e tratamento, colônia

agrícola, dentre outros. Quanto aos exemplos de medidas não-detentivas tínhamos a liberdade vigiada e a proibição de frequentar determinados lugares.

As medidas de segurança patrimoniais previam o confisco de bens, a interdição de estabelecimento, dentre outras medidas de constrição de bens patrimoniais.

Embora a aplicação da medida de segurança estivesse subordinada sua aplicação aos requisitos acima descritos, em alguns casos a sua aplicação desconsiderava o princípio da legalidade posto no art.75 do Código ao permitir a aplicação fundada somente na periculosidade social do agente e sem exigência do prévio cometimento de um delito. Era, portanto, a medida de segurança de aplicação inconsistente, estabelecia requisito de aplicação e em alguns casos o desconsiderava, presumindo a delinquência de alguns agentes.

Quanto ao seu tempo de aplicação a lei penal estabelecia apenas um limite mínimo de cumprimento obrigatório, todavia, não era admitido o prazo máximo de cumprimento, este ficava a cargo da cessação da periculosidade por vezes presumida.

A não limitação de tempo máximo de cumprimento era fundada na proteção social e deveria persistir até a total recuperação do indivíduo, tido como não mais atentatório contra a vida social.

Não havia preocupação com a segregação do agente, pois o que se objetivava realmente era a proteção social, e não o efetivo tratamento do agente presumido delinquente. Dessa forma perpetuava-se uma sanção penal investida de um termo que falsamente garantia tratamento a moléstia do agente.

Em 1969 foi publicado, mediante o decreto-lei 1.004, o novo Código Penal, decorrente da apresentação realizada anteriormente em 1963 de autoria de Nelson Hungria, mantendo-se quase que inteiramente o código penal de 1940. Ao tratar das medidas de segurança pessoais, acrescentou às medidas não-detentivas a cassação da habilitação para dirigir veículos automotores e a interdição do exercício da profissão.

Algumas modificações terminológicas foram incluídas ao Código, enquanto o anterior tratava os destinatários das medidas de segurança como *irresponsáveis*, o Código Penal de 1969 passou a descrevê-los como *inimputáveis*.

Neste código passou-se a proibir a aplicação da pena para posteriormente se aplicar a medida de segurança. Dessa forma não era possível mais cumular a aplicação das sanções penais, ou seja, pena e medida de segurança, afastava-se, portanto, o sistema duplo binário.

3.2 SISTEMA VICARIANTE

Com a proibição de cumulação de pena e medida de segurança nasce no Brasil o *sistema vicariante*, que estabelece a aplicação de apenas uma modalidade de sanção, seja ela pena ou medida de segurança.

Hoje não se pode mais se aplicada as duas sanções pois com a reforma do código penal foi adotado o sistema vicariante. Agora o juiz deveria decidir se o indivíduo era imputável ou inimputável, cabendo naquele caso a aplicação de pena ou medida de segurança. Na dúvida, sobre a imputabilidade ou inimputabilidade, deveria o julgador optar por aplicar somente uma das sanções.

Bitencourt aborda muito bem essa situação em sua obra onde relata que:

[...] a reforma penal de 1984 adotou, em toda sua extensão, o sistema vicariante, eliminando definitivamente a aplicação dupla de pena e medida de segurança, para os imputáveis e semi-imputáveis. A aplicação conjunta de pena e medida de segurança lesa o princípio do *ne bis in idem*, pois, por mais que se diga que o fundamento e os fins de uma e outra são distintos, na realidade, é o mesmo indivíduo que suporta duas consequências pelo mesmo fato praticado [...] (BITENCOURT, 2010)

Com a adoção desse novo sistema, o vicariante não permite mais que o agente praticante do ato tido como crime seja submetido a mais de uma sanção penal, dito em:

[...] o imputável que praticar uma conduta punível sujeitar-se-á somente à pena correspondente; o inimputável, à medida de segurança, e o semi-imputável, o chamado "fronteiriço", sofrerá pena ou medida de segurança, isto é, ou uma ou outra, nunca as duas, como ocorre no duplo binário[...] (BITENCOURT, 2010).

Todavia, há quem discorde que o sistema adotado pelo Brasil é o *vicariante*, os que discordam sustentam que na verdade o sistema adotado pelo Código Penal Pátrio é o alternativo, apesar de ser equivocadamente descrito por vários doutrinadores como *vicariante*. As mudanças nos dois sistemas não são substanciais, posto que no alternativo também não se admite a imposição de medida de segurança e pena ao mesmo tempo.

Dessa forma, a única diferença notável é revelada ao percebermos o *sistema vicariante* é um sistema flexível, ou seja, que permite que durante o cumprimento da execução, possam ser alternadas entre a pena e medida de segurança, de acordo com as condições subjetivas do infrator. Temos claramente pela leitura do Código Penal Pátrio que este não admite tal alternância no ordenamento jurídico brasileiro, o que caracterizaria mais precisamente o alternativo.

Passada a fase de definições e transformações propostas pelo Código de 1969, vieram as inúmeras prorrogações de sua vigência, tendo o referido código sido alterado pela lei 6.016 de 31 de dezembro do ano de 1973 e finalmente revogado no ano de 1975, sem ao menos ter entrado em vigência. Dessa forma, manteve-se todo o texto do Código Penal de 1940.

A partir da revogação voltaram a vigor o sistema do duplo binário, a presunção de periculosidade tão questionada pelo Código de 1969, e outras evoluções legislativas tão importantes para o desenvolvimento da matéria forma suprimidas.

Agora o texto legal do Código Penal de 1940 necessitava imprescindivelmente de alterações legislativas que garantissem as evoluções posteriores ao Código e o readapta-se ao sistema penal moderno estabelecido no Código de 1969.

Com as conclusões retiradas do Código revogado, propostas surgiram de modo a transformar tendenciosamente o instituto da medida de segurança em uma verdadeira sanção penal.

Para repensar o novo código foi formada uma comissão em 1981, presidida pelo Ministro Francisco de Assis Toledo, e foi justamente a medida de segurança um dos pontos cruciais de acalorada discussão da referida comissão.

A comissão decidiu, após intensa discussão, que a medida de segurança, levando em conta sua finalidade, deveria ser aplicada exclusivamente ao agente inimputável ou semi-imputável. O Código de 1984, aprovado por esta comissão assim contemplou o instituto da medida de segurança, destinando-a a agentes inimputáveis ou em estado de semi-imputabilidade.

A partir deste código os inimputáveis eram caracterizados por aqueles agentes *portadores de doença mental ou desenvolvimento mental retardado ou*

incompleto que, ao tempo da ação ou omissão, era inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.

Já o semi-imputável definiu-se como *aquele que em virtude de perturbação de saúde ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, não possui ao tempo da ação ou omissão inteira capacidade de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.*

O semi-imputável, também chamado de *fronteiriço*, é entendido como aquele que está em uma zona intermediária de sanidade mental, pois embora capaz de entender o caráter ilícito do fato, não tem total controle sobre os seus atos, merecendo, pois, a aplicação da medida de segurança, ou pena, ressaltando aqui o *sistema vicariante*.

O Código de 1984 veio privilegiar o princípio da legalidade ao revitalizar os requisitos obrigatórios de aplicação da medida de segurança, fundada na *periculosidade criminal* e na *prática de um fato definido como crime*. Agora em hipótese alguma poderá o juiz aplicar a medida de segurança sem que o agente incida nos dois pressupostos básicos de sua aplicação. A periculosidade social que antes autorizada a presunção de delinquência não mais tem lugar no código atual.

O Código vigente à época agora trazia apenas duas modalidades de medidas de segurança, uma privativa e outra restritiva. A primeira consistente na *internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico* e a segunda de *tratamento ambulatorial*.

O critério para a aplicação de uma ou outra foi estabelecido pelo novo código, fundado na gravidade do delito praticado e não na periculosidade representada pelo agente.

Tal critério é essencialmente objetivo, posto que nos delitos punidos com detenção poderá ser aplicado o tratamento ambulatorial, para os delitos punidos com reclusão será aplicado a internação em estabelecimento especial.

Quanto ao tempo máximo de duração das medidas de segurança o Código de 1984 não fixou limite, atrelando o fim da medida à cessação da periculosidade do agente.

Quanto ao limite mínimo de aplicação da medida de segurança o legislador deixou de pronunciar-se expressamente, todavia, estabeleceu que durante a aplicação da medida de segurança o infrator se submeterá a exame pericial para apurar a cessação da periculosidade em prazo mínimo de 01(um) ano e máximo de 03 (três) anos, o que não deixa de ser formalmente um limite mínimo de cumprimento.

Possibilitou também o novo código a “regressão” do infrator, submetido a tratamento ambulatorial, a tratamento de internação, se for comprovada a necessidade para fins curativos do agente.

Para o semi-imputável é possível a substituição da pena privativa de liberdade por uma medida de segurança quando o exame pericial assim o justificar, todavia, subordinado a realização do exame no prazo supra.

4 CRIME E CONTRAÇÃO PENAL

4.1 Conceito de crime

Nas palavras do ilustre doutrinador Guilherme Nucci podemos constatar que crime tem um conceito artificial pois independe de fatores naturais, constatados por um juízo de percepção sensorial, assim se tornando impossível classificar uma conduta como criminosa. A sociedade que define o que é crime, sendo as condutas mais gravosas que merecem punição. Assim os legisladores transformam essa vontade de punir como uma figura típica do punitivo criando leis que permite que o desejo da sociedade seja concedido.

Existem três conceitos de crime, o material, analítico e formal. mas em verdade o que mais se encaixa para termos esse conceito e que crime é um fato típico, antijurídico e culpável , pois essa é a corrente majoritária no Brasil

4.2 Diferença do crime e a contração penal

Existe uma diferença de crime e contração penal, crime é um ato mais gravoso e a contração é um ato mais brando por assim dizer, que o que mais se difere é a pena aplicada. Os crimes são sujeitos á penas de reclusão ou detenção e já a contração penal no máximo se aplica uma prisão de caráter simples.

Nas palavras de Nucci:

[...]crimes cominam-se penas privativas de liberdade , isolada alternativamente ou cumulativamente com multa , enquanto as contrações penais, admitem-se a possibilidade a possibilidade de fixação unicamente de multa[...] (NUCCI, 2012).

4.3 Sujeito passivo e ativo do crime

O sujeito ativo é aquele que pratica a conduto descrita pelo tipo penal, que pratica o ato típico antijurídico e culpável.

Insta salientar que existe alguns sujeitos que não podem ser ativos em relação a pratica de crime, como animais e coisas.

4.4 Sujeito passivo

É aquele que tem seu direito ou bem jurídico violado, é o titular do bem jurídico protegido pelo tipo penal.

5 SANÇÕES PENAIS

Não podemos de deixar de falar sobre o que são impostos os agentes que cometem esses atos tidos como crime.

As sanções penais são os atos que o estado impõe ao indivíduo que praticou algum fato tido como crime ou contravenção penal.

Existem duas espécies de sanção no nosso país, a mais conhecida que é a pena, que foi citada a cima e a medida de segurança que é o material de estudo do presente trabalho.

A pena e cabível ao crime tido como fato típico, ilícito e culpável os 3 elementos têm que ser preenchidos para que se exista crime. De modo que só se pode analisar o elemento seguinte se o anterior for preenchido.

Ex: se o fato não for típico, mas ilícito e culpável, já não podemos falar em crime, pois o primeiro requisito não entrou na linha de seguimento. Se o ato for típico mas não ilícito e culpável também não podemos falar de crime.

Há uma exceção nessa regra do fato dito como tipo ilícito e culpável, e estava exceção está no último requisito, o culpável, assim que entramos na medida de segurança.

No caso da medida de segurança existe o fato típico que é a ação dirigida a uma finalidade, existe o elemento da ilicitude, mas não preenche o elemento culpabilidade, pois este é substituído por periculosidade.

A medida de segurança é uma sanção penal que tem caráter preventivo por assim dizer. A maior preocupação da medida de segurança é de o agente não vir a delinquir

Por ser divergente os requisitos o sujeito que não tem culpabilidade mas sim periculosidade a ele é imposto a sanção penal medida de segurança, ato este que é imposto aos inimputáveis e aos semi-inimputáveis.

6 MEDIDAS DE SEGURANÇA

6.1 Conceitos

Trata-se de uma forma de sanção penal, com caráter preventivo e curativo, visando evitar que o autor de um fato havido como infração penal, inimputável ou semi-imputável, mostrando periculosidade, torne a cometer outro injusto e receba tratamento adequado.

Segundo Nucci:

Pierangeli e zaffarone sustentam ser a medida de segurança uma espécie de sanção penal, pois sempre que se tira a liberdade do homem, por uma conduta por ele praticada, na verdade o que existe é uma sanção penal. Toda privação de liberdade por mais terapêutica que seja, pra quem a sofre não deixa de ter um conteúdo penoso. Assim, pouco importa o nome dado e sim o efeito gerado. (NUCCI, 2012, p.580.)

6.2 Espécies de medidas de segurança

De acordo com a Constituição federal:

Art. 96. As medidas de segurança são: (Redação dada pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984).

I - Internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou, à falta, em outro estabelecimento adequado; (Redação dada pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984)

II - sujeição a tratamento ambulatorial. (Redação dada pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984)

Parágrafo único - Extinta a punibilidade, não se impõe medida de segurança nem subsiste a que tenha sido imposta. (Redação dada pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984). (CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL, 1988).

6.3 Imposição da medida de segurança para inimputável

A imposição da medida de segurança para inimputável é apresentada na Constituição Federal:

Art. 97 - Se o agente for inimputável, o juiz determinará sua internação (art. 26). Se, todavia, o fato previsto como crime for punível com detenção, poderá

o juiz submetê-lo a tratamento ambulatorial. (Redação dada pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984). (CONSTITUIÇÃO DA REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL, 1988).

6.4 Prazo

Já os prazos:

§ 1º - A internação, ou tratamento ambulatorial, será por tempo indeterminado, perdurando enquanto não for averiguada, mediante perícia médica, a cessação de periculosidade. O prazo mínimo deverá ser de 1 (um) a 3 (três) anos. (CONSTITUIÇÃO DA REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL, 1988).

6.5 Perícia médica

Com relação as Perícias médicas:

§ 2º - A perícia médica realizar-se-á ao termo do prazo mínimo fixado e deverá ser repetida de ano em ano, ou a qualquer tempo, se o determinar o juiz da execução. (CONSTITUIÇÃO DA REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL, 1988).

6.6 Desinternação ou liberação condicional

§ 3º - 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. (CONSTITUIÇÃO DA REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL, 1988).

§ 4º - Em qualquer fase do tratamento ambulatorial, poderá o juiz determinar a internação do agente, se essa providência for necessária para fins curativos. (CONSTITUIÇÃO DA REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL, 1988).

6.7 Substituição da pena por medida de segurança para o semi-imputável

Art. 98 - Na hipótese do parágrafo único do art. 26 deste Código e necessitando o condenado de especial tratamento curativo, a pena privativa de liberdade pode ser substituída pela internação, ou tratamento ambulatorial, pelo prazo mínimo de 1 (um) a 3 (três) anos, nos termos do artigo anterior e respectivos §§ 1º a 4º. (CONSTITUIÇÃO DA REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL, 1988).

6.8 Direitos do internado

Art. 99 - O internado será recolhido a estabelecimento dotado de características hospitalares e será submetido a tratamento.

A medida de segurança é aplicada da seguinte maneira, se o infrator for considerado inimputável na época que cometeu o crime, a este será imposto a medida de segurança, mas tudo depende da gravidade da infração cometida, se for um ato mais gravoso a ele será aplicado a internação que esta equivale ao regime fechado da pena privativa de liberdade, se for uma infração mais branda a ele será imposto tratamento ambulatorial que tem comparação com a pena restritiva de direitos. (CONSTITUIÇÃO DA REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL, 1988).

7 DAS ESPECIES E DAS APLICAÇÃO DA MEDIDA DE SEGURANÇA

7.1 Hospital de Custódia

A internação em hospital de custódia é uma modalidade de medida de segurança, conforme previsão do Código Penal, em seu artigo 96, I, e alcançam aqueles que cometeram delitos por serem portadores de doença mental, desenvolvimento mental incompleto, viciados em drogas e foram tidos como perigosos.

Enquadraram-se na condição de inimputáveis, após avaliação médica por perito forense, e não foram encarcerados em presídios, mas levados a tratamento em locais especializados, uma vez que são impedidos de serem tratados em hospitais psiquiátricos convencionais, por razões óbvias, já que além de envolver questões judiciais, são pessoas com alto nível de periculosidade.

A legislação prevê, no artigo 14, parágrafo 2º c/c artigo 42 da LEP, que na ausência de instalações voltadas para atender essas pessoas, o tratamento poderá ser realizado em outro estabelecimento adequado para a assistência médica e psiquiátrica, desde que autorizado pela direção do estabelecimento. Lembrando que não se admite o cumprimento de medida de segurança em presídio comum, ou seja, não é permitido a permanência do sentenciado em cadeia pública ou estabelecimento em que inexista tratamento necessário ao sentenciado.

No entanto, é permitido o acompanhamento de médico de confiança pessoal, com intuito de que este possa, além de acompanhar, orientar no tratamento.

Ao findar do prazo decretado para aplicação da medida de segurança, é realizada nova perícia médica, a fim de se constatar se cessou a periculosidade, e ocorrendo, o juiz da execução determinará a revogação da medida com a desinternação, para aquele que se encontra recluso, ou liberação em caso de tratamento ambulatoria.

É bom lembrar que, em caso de desinternação ou liberação, se o agente vier a cometer algum fato que caracterize a persistência da periculosidade, voltará para o estágio anterior, conforme alerta o artigo 97, parágrafo 3º do Código Penal.

7.2 Período de Internação

O prazo a que está sujeito o inimputável, tanto nos casos de tratamento ambulatorial, quanto nos casos de internação, é indeterminado, embora preveja a legislação prazo

mínimo de um a três anos, irrelevante o delito praticado, conforme dispõe o artigo 97 do CP.

Com essa redação, muito embora, rezando que a internação será por tempo indeterminado, o artigo ao impor teto mínimo de internação, condiciona o juiz à fixação de um prazo mínimo, qual seja, entre um e três anos.

O magistrado, segundo o seu entendimento, amparado com laudos médicos, e levando-se em conta o grau de periculosidade do agente deve obedecer ao prazo suscitado pela norma e não deve ser além nem aquém do ali disposto.

Terminado o prazo mínimo da medida de segurança aplicada ao agente, uma nova perícia, a fim de averiguar se ocorreu a cessação da periculosidade do agente, será realizada. Em caso positivo, estará livre, no entanto se restar comprovada que não ocorreu recuperação, mantêm-se a medida de segurança e em períodos anuais será realizada perícia, o que pode ocorrer a qualquer tempo, em caso do juiz assim determinar.

Infere-se com isso que do laudo pericial dependerá a desinternação ou a continuidade do paciente à exposição na medida de segurança.

Ocorrendo a desinternação, o juízo da execução o fará em caráter condicional nos termos do artigo 132 e 133 da LEP, que exige:

Artigo 132, parágrafo 1º a- obter ocupação lícita, dentro de prazo razoável se for apto para o trabalho; b- comunicar periodicamente ao juízo sua ocupação; c- não mudar do território da comarca do Juízo da Execução, sem prévia autorização deste. Parágrafo 2º Poderão ainda ser impostas ao liberado condicional (...): a- não mudar de residência sem comunicar ao juízo e à autoridade incumbida da observação cautelar e de proteção; b- recolher-se à habitação em hora fixada; c- não frequentar determinados lugares.

Artigo 133. Se for permitido ao liberado residir fora da Comarca do Juízo da Execução, remeter-se-á cópia da sentença do livramento ao juízo do lugar para onde ele se houver transferido e à autoridade incumbida da observação cautelar e de proteção. (LEI DE EXECUÇÃO PENAL, 1984).

7.3 Saídas Terapêuticas

Ao que se referem às saídas terapêuticas, sua função é possibilitar a reinserção do agente à sociedade.

Periodicamente o paciente sai para o convívio familiar, cujas saídas podem ser a cada sete, quinze, ou trinta dias. Claro que são saídas responsáveis e há de se observar alguns critérios como, orientação para a família como agir, caso o paciente comporte-

se de maneira inadequada como apresentando quadros que venham a refletir sua condição mental periculosa.

Além disso, o familiar responsável é orientado também como administrar a medicação do seu parente contemplado com a saída terapêutica.

Ressalte-se que a importância dessas saídas não reside apenas numa maneira de colaborar para a readaptação do paciente ao convívio em sociedade, mas serve também, para averiguar se realmente está apto para tal, pois há casos em que o paciente apresenta piora do quadro psiquiátrico, tão logo se aproxima o dia da saída terapêutica.

7.4 Verificação da Cessaçãõ da Periculosidade

Ao término do prazo mínimo da internação, obedecendo ao artigo 97 do CP, será realizada perícia médica para se averiguar a possível cessação da periculosidade do internado. E após esse prazo, a perícia será realizada “de ano em ano”, como diz o parágrafo 2º, do artigo 97, “ou a qualquer tempo”.

Em caso positivo, ou seja, após a perícia constatar que ocorreu a cura do agente, o juiz da execução decretará a desinternação, mas de forma provisória, obedecendo ao que reza o artigo 132 e 133 da LEP.

Ressalte-se que o desinternado, ao ser contemplado com sua liberação, deverá ter acompanhamento ambulatorial durante determinado período, e caso manifeste-se de maneira inadequada ao convívio social, voltará ao status anterior, ou seja, será novamente internado.

8 A APLICAÇÃO DA MEDIDA DE SEGURANÇA COMO NÃO VIOLAÇÃO DOS DIREITOS HUMANOS

O artigo 1º, inciso III, da Constituição Federal reza que o Brasil se constitui como Estado Democrático de Direito sendo que possui como um dos fundamentos, a dignidade da pessoa humana.

A Declaração Universal dos Direitos do Homem, em seu artigo 5º, diz que: “ninguém será submetido a tortura, nem a tratamento ou castigo cruel, desumano ou degradante”.

José Afonso Silva explica que não é porque a pessoa praticou um comportamento indigno, que esta será privada dos direitos fundamentais inerentes ao ser humano.

O que se depreende ao lermos LEP e CP ao que se referem à aplicabilidade das medidas de segurança aos inimputáveis por doença mental, é que no período em que se encontrar internado, será oferecido um bom acompanhamento psiquiátrico e medicações que favoreçam sua recuperação. Além disso, imaginamos que serão oferecidas instalações dignas e condizentes para sua recuperação.

No entanto, o que vemos nos hospitais de custódia é justamente o inverso do que esperamos.

9 HOSPITAIS DE CUSTÓDIA E VIOLAÇÃO DOS DIREITOS HUMANOS

Contrariando o que dispõe a Constituição Federal, hoje ainda vemos internados expostos a péssimas condições e tratamento precários, nos hospitais em que ficam reclusos.

No segundo semestre de 2009, no estado do Rio de Janeiro, foram realizadas visitas em três hospitais de custódia daquela cidade. Dessas visitas foram identificadas, também, várias irregularidades, o que na ocasião deu resultado ao primeiro Fórum de Discussão sobre os Manicômios Judiciários do Rio de Janeiro, composto pelo Conselho Regional de Psicologia – CRP-RJ, Comissão de Direitos Humanos da ALERJ, o Grupo Tortura Nunca Mais/RJ, a Justiça Global-ONG de Direitos Humanos e a Associação Pela Reforma Prisional – ARP.[28]

O relatório dessas visitas constatou que ainda se utilizam celas solitárias, banheiros sujos, úmidos e ausência de vasos sanitários, celas coletivas e superlotadas com internos dormindo no chão, iluminação precária, dentre outras violações aos direitos humanos.

Um comentário que nos chamou a atenção foi o do Senhor Marcos Argolo, representando o Hospital Henrique Roxo, ao afirmar que se ele preparasse o relatório, este seria pior do que aquele apresentado pelos visitantes, pois segundo ressaltou, vê mais coisas do que o que foi possível ser visto em apenas duas visitas, devido a sua convivência diária na instituição.

Um balanço apresentado pela Comissão Nacional de Direitos Humanos – CNDH, do Conselho Federal da Ordem dos Advogados do Brasil, referente a vistorias realizadas

em 38 manicômios de 15 estados e do Distrito Federal, no segundo semestre do ano de 2009, relata que encontraram pacientes nus em regiões frias, hospitais tratando doentes mentais como presidiários (em enfermarias trancadas com grades e cadeados), hospitais sem medicamentos indispensáveis aos tratamentos, hospitais sem plantão médico no fim de semana.

O presidente da CNDH, Senhor Edísio Simões Souto ao analisar o quadro encontrado sintetizou afirmando que há um faz de conta no tratamento, quando na verdade, ninguém está sendo tratado.

Nas visitas realizadas uma observação pertinente é ao que se refere às celas solitárias. Essa prática arbitrária causa o efeito inverso aquele esperado em um tratamento da magnitude a que se propôs aos hospitais de custódia. Torre comenta que ao isolar o indivíduo por longo período poderá ocasionar redução de suas capacidades mentais ou mesmo loucura e frisa que:(...) Há inúmeros casos de prisioneiros que enlouqueceram nas prisões ou que quando de lá saíram já não eram os mesmos (...).

Ressalte-se que aqui já estamos falando de pessoas com desvios mentais que são internados justamente para que haja sua recuperação, a partir de tratamentos.

O mutirão, iniciado em 12 de julho de 2010 pelo CNJ a fim de levantar irregularidades em manicômios judiciais, em sua primeira visita realizadas no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Salvador, o juiz auxiliar da presidência do CNJ, Dr. Márcio André Keppler Fraga encontrou deficiência no atendimento dos internos, nos quesitos relacionados aos direitos humanos, falta de profissionais capacitados, falta de higiene, falta de material, falta de alimentação, dentre outros problemas.

Em vista de toda essa violação aos direitos humanos, as entidades que defendem o fim desses manicômios tiveram um motivo para comemorar, quando em 2001 foi sancionada a Lei nº 10.216, que assegura um novo tratamento aos acometidos por doença mental.

Essa Lei, assim como a LEP surgida no início da década de 1980, vem com o intuito de assegurar tratamentos efetivos aos doentes mentais sujeitados a tratamento.

É assim que no parágrafo 2º, da Lei 10.216/2001 em seus incisos, elenca uma série de direitos que possuem, dentre eles, tratamento com humanidade e respeito e

inserção na família, trabalho e comunidade, como parte do tratamento para sua recuperação.

No artigo 6º, parágrafo único, da mesma lei, é considerada três tipos de internação: voluntária, quando o usuário consente, involuntária, aquela a pedido de terceiros e a que nos interessa: internação compulsória, que é a determinada pela justiça.

Continuando na mesma lei, o artigo 4º prevê que apenas quando não existirem mais recursos extra-hospitalares é que a internação será indicada, com isso, busca-se o tratamento psiquiátrico do infrator, sem a necessidade de mantê-lo recluso.

Em 2003 a Lei 10.708, de 31 de julho, em consonância com a Lei 10.216/2001 veio instituir o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais que foram desinternados.

O parágrafo 3º, do artigo 3º desta Lei 10.708/2003, é categórico ao afirmar que os egressos de Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico poderão ser beneficiados com o auxílio “De Volta Para Casa”. Refere-se à ajuda financeira, em pagamentos mensais, diretamente aos beneficiários ou, conforme o caso, aos seus representantes legais, conforme lemos no parágrafo 2º do artigo 2º da lei citada.

Interessante o comentário feito pelo Delmanto no que se refere o artigo 99 do Código Penal ao dispor sobre o direito do internado:

Ao mesmo tempo em que este art. 99 impõe que o sujeito a quem se aplicou medida de segurança de internação fique recolhido, garante-lhe que o seja em estabelecimento hospitalar e com o devido tratamento médico. Não se admite, pois, que o inimputável fique recolhido à cadeia ou presídio comum. Deve receber o tratamento psiquiátrico necessário, em hospital, ou na falta de vagas, em local com dependência médica adequada. Na realidade a Lei nº 7.209/84 trocou o nome “manicômio” por outro, mas não se previu a construção de melhores estabelecimentos, persistindo a antiga e precária situação deles. (DELMANTO, 2016)

Nota-se que muito embora o Estado tenha se movimentado no intuito de humanizar o tratamento disponibilizado aos inimputáveis e instituídas leis como 10.708/2003 e 10.216/2001, as arbitrariedades persistem e as violações aos Direitos Humanos são evidenciadas a cada nova visita que é feita aos hospitais de custódia em nosso país.

10 O CARÁTER DE PERPETUIDADE DAS MEDIDAS DE SEGURANÇA APLICADAS AOS INIMPUTÁVEIS POR DOENÇAS MENTAIS

Nas medidas de segurança aplicadas aos imputáveis aqui abordados, a norma não prevê período máximo para sua internação.

O artigo 97, parágrafo 1º do Código Penal diz que: a internação, (...) será por tempo indeterminado, perdurando enquanto não for averiguada, mediante perícia médica, a cessação de periculosidade. O prazo mínimo deverá ser de 1 (um) a 3 (três) anos.

O artigo 5º, inciso XXXIX da nossa Constituição Federal é claro ao informar que: não há crime sem lei anterior que o defina, nem pena sem prévia cominação legal;

Obviamente ao tema, temos aqueles que discordam da posição de que há caráter de perpetuidade na aplicação da medida de segurança aplicada ao imputável por doença mental, haja vista que há correntes doutrinárias que entende de maneira diversa o tema suscitado.

Luiz Carlos Betanho e Marcos Zilli, ao tratar do tema, sabiamente nos trouxeram a posição de Eugênio Raúl Zaffaroni e José Henrique Pierangeli, reproduzindo sua posição quanto ao tema ao afirmar que o tratamento médico ou a custódia psiquiátrica não podem ser considerado pena já que uma se distingue da outra quando são observados os objetivos e meios para os quais são empregadas.

Mas também nos apresentou a posição de José Frederico Marques que ao tema, manifestou em contrário ao reconhecer que as medidas de segurança são sancionatórias uma vez que com elas, o Estado tutela penalmente os bens jurídicos essenciais para a vida coletiva.

A Lei 10.216/2001, embora dispondo sobre a proteção e direitos dos imputáveis mentais, não prevê prazo máximo para internação. Já a Lei 10.708/2003 prevê auxílio-reabilitação psicossocial, com auxílio financeiro. No entanto, a ajuda fica condicionada à ressocialização do indivíduo na sociedade, ou seja, necessário se faz que saia.

Depreende-se, ao analisar os relatos em que descrevem as condições encontradas nos hospitais de custódia e o tratamento a que os internos estão sujeitos, que a reabilitação torna-se praticamente impossível.

Como concluiu o juiz auxiliar da presidência do CNJ, ao se deparar com a precariedade em hospital de custódia visitado por ele, afirmando que o imputável recebe tratamento pior que aquele ofertado ao criminoso imputável, pois fica privado

do contato com seus familiares, em um manicômio judicial, onde pode ficar *ad eternum*.

Oliva, por sua vez, lembra que o hospital de custódia equipara-se a uma prisão perpétua já que inexistente prazo para a liberdade, pois para que isso ocorra necessário se faz a presença de laudo psiquiátrico de natureza subjetiva e sem data para acontecer.

O Estado condiciona a desinternação do custodiado à sua cura ficando aquele responsável por sua reabilitação, porém, não oferece os meios cabíveis para o tratamento previsto o que conseqüentemente leva a internação eterna.

Elias Abdalla Filho e Patrícia Abdalla de Souza, ao comentarem a medida de segurança em questão, também levantam a hipótese da perpetuidade desse tratamento, pois, se há falta de apoio psicossocial para os internados, se está ausente, ou precário, o tratamento psiquiátrico ofertado a eles, se há carência na estrutura física de seu tratamento, encontra-se presente a possibilidade dos internos permanecerem nos hospitais de custódia, pelo resto de suas vidas.

Sabidamente observam que a ausência do tratamento necessário para cura ou amenização do transtorno, pode agravar a doença mental e dificultar ainda mais a cessação da demência.

Enquanto o paciente não estiver preparado para voltar à sociedade, este estará recluso, haja vista que essa é a condição para sua liberdade. Essa verificação da sua sociabilidade se dá com base em laudo médico feito por perícia. Essa perícia é chamada de Exame de Verificação de Cessação de Periculosidade e tem por objetivo avaliar o risco de violência que o paciente em tratamento oferece à sociedade, fornecendo subsídios para o sistema judicial mantê-lo ou não na condição de periculosidade.

Ainda hoje no Brasil a conclusão do exame de cessação de periculosidade pode apontar apenas duas alternativas: *sim* ou *não*. Essa escolha taxativa precisa ser feita pelo profissional a partir de um exame realizado no presente, no qual busca inferir o comportamento futuro do paciente. Um exame ao qual este paciente é submetido quando se encontra em ambiente artificialmente protegido contra uso de álcool e drogas, bem como longe de relações afetivamente conflituosas. É a partir dessa

“redoma” que o profissional deve definir seu comportamento em outro ambiente, habitualmente muito mais desfavorável, sob vários pontos de vista.

A disparidade entre o estado no qual se encontra o paciente durante a avaliação e a condição que possivelmente irá enfrentar depois, tende a gerar uma margem de erro que não deveria ser desconsiderada, mas que poderia ser evitada ou, ao menos, diminuída caso se adotasse a linha dos estudos internacionais atuais.

Estes estudos admitem gradações nesse tipo de avaliação; o nível do risco de violência apresentado pelo paciente pode ser classificado em pequeno, médio ou alto.

Dessa forma o profissional não é obrigado a escolher apenas entre opostos: se a periculosidade está completamente cessada ou se é absolutamente negada a cessação dessa condição.

Porém, em não tendo o tratamento adequado, e não podendo o paciente recuperar-se sozinho, obviamente a única constatação da perícia será a óbvia, qual seja a de que o paciente não possui condições para retornar a sociedade.

O Juiz Federal Fábio Roque da Silva Araújo nos lembra de uma decisão do Superior Tribunal Federal no *habeas corpus* 84.219-4:

(...) o Min. Sepúlveda Pertence assevera, em seu voto, expressamente que “ao vedar as penas de caráter perpétuo, quis a Constituição de 1988 (art. 5º., XLVII, b) se referir às sanções penais e, dentre elas, situam-se as medidas de segurança”. Mais que reconhecer o limite temporal das medidas de segurança, sob pena de consagrar-se a adoção da pena de caráter perpétua, determinou expressamente o STF que este limite deve coincidir com aquele preconizado à execução das penas privativas de liberdade, insculpido no art. 75 do CP. (ARAUJO, 2008)

O HC mencionado tem como paciente Maria de Lourde Figueiredo, ou Maria das Graças da Silva, ou Maria de Lourde Figueire, cuja internação se deu em 14 de abril de 1970, e, portanto, sujeita a aplicação da medida de segurança e internada a mais de 30 anos.

O Ministro Sepúlveda Pertence, no mencionado *habeas corpus*, entendeu cabível a aplicação, por analogia, do artigo 682, parágrafo 2º do Código de Processo Penal, e decretou a interdição civil, em conformidade com o que reza o artigo 1.769 e seguintes do Código Civil, fazendo a ressalva: (...) até que se efetive referido procedimento de internação, dada as peculiaridades do caso, seja mantida a paciente no hospital em que ora se encontra (...).

Como debatido nos parágrafos acima, o Estado não vem proporcionando meios eficientes para a recuperação do indivíduo sujeito a medida de segurança discutida.

E, mesmo havendo o entendimento do STF, no *habeas corpus* 84.219-4, devemos observar que o Estado apenas se posicionou, quando provocado a analisar uma situação arbitrária, em que, passados mais de três décadas, a paciente ainda se encontrava custodiada em um hospital de custódia, sob a égide do Estado.

10.1 Previsões no Código Penal

O Código Penal que se encontra em vigor foi instituído pelo Decreto-Lei nº 2.848/40, nos termos da Carta Magna de 1937, em seu artigo 187. Obviamente que, transcorridos mais de meio século, necessário se fez a realização de algumas mudanças. Desta forma observa-se que as modificações mais significativas foram introduzidas pelas Leis nº 6.416/77, 7.209/84, 9.983/00, 10.028/00 e 10.224/01.

Não faremos considerações sobre as leis citadas, pois o objetivo desta humilde explanação é tratar do caráter da perpetuidade das medidas de segurança aplicadas aos inimputáveis por doença mental, logo, bastante dizer que das mudanças promovidas pelas leis citadas no parágrafo acima, a que trouxe significativa importância ao assunto abordado é a Lei 7.209/84. Esta lei em seu artigo 1º reformou a Parte Geral do Código Penal de 1940, onde está o título que aborda o tema deste trabalho.

As mudanças que se referem às medidas de segurança já foram discutidas em tópicos anteriores.

O artigo 97 do CP, em seu *caput* diz que, Se o agente for inimputável, o juiz determinará sua internação. (art. 26).

Já o artigo 26, *caput* do mesmo código, explica:

É isento de pena o agente que, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento. (CODIGO PENAL, 1940).

O código, no artigo 96 informa que:

As medidas de segurança são: I- internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou, à falta, em outro estabelecimento adequado; II- sujeição a tratamento ambulatorial. Parágrafo único. Extinta a punibilidade,

não se impõe medida de segurança nem subsiste a que tenha imposta. (CODIGO PENAL, 1940).

10.2 Previsão na Lei de Execução Penal

A Lei de Execução Penal – LEP prevê que para ocorrer a internação do indivíduo em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, ou for submetido a tratamento ambulatorial, é necessário a expedição de guia pela autoridade judiciária, conforme lembra o artigo 172 da LEP.

Prevê a possibilidade de substituição da pena por medida de segurança, sempre que sobrevier doença mental ou perturbação da saúde mental. E conforme o texto, o juiz de ofício, a requerimento do Ministério Público ou da autoridade administrativa poderá determinar a substituição da pena por medida de segurança, é o previsto no artigo 183 da LEP. E o artigo 184 faz uma ressalva importante, qual seja a conversão do tratamento ambulatorial em internação, e por período mínimo de um ano.

Notamos que há uma competente cautela na aplicação das medidas de segurança, e vemos que a LEP, no artigo 185 entende como desvio na execução sempre que ocorrer excesso na execução da medida determinada em sentença, normas legais ou regulamentos.

E determina em seu artigo 101, que o tratamento ambulatorial será realizado em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, ou em outro local que possua dependências médicas adequadas.

11 REFORMA PSIQUIATRICA NO BRASIL

Conforme pode se depreender da reflexão sobre termos utilizados em saúde mental, expostosa psiquiatria passou e passa por diferentes mudanças. A concepção de doença (mental) foi substituída pela de saúde (mental) e o tratamento científico e social dispensado às pessoas com transtornos mentais ou sofrimento psíquico sofreu profundas releituras. Este movimento, ou conjunto de movimentos, a que costumamos nos referir como Reforma Psiquiátrica (RP) é um processo social de altíssima complexidade.

O início foi marcado pelo Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) deflagrado no Rio de Janeiro, em 1978, no bojo de outros movimentos pela liberdade, pelos direitos humanos e pelo fim da ditadura militar no país. De lá para cá, a trajetória da RP propiciou transformações profundas no setor saúde, com repercussões para toda a sociedade, até

chegar ao conjunto de ações, iniciativas e serviços que hoje a compõem, caracterizando-a tanto como movimento sócio-profissional como rede de dispositivos acoplada ao aparelho de estado (Amarante e Oliveira, 2004). (OLIVEIRA, 2009, p. 2).

A síntese desse processo, que coincide com a (re) democratização do país e se caracteriza, sobretudo, pela busca do reconhecimento dos direitos e da cidadania do louco e sua reinserção psicossocial.

Nesse sentido a Luta Antimanicomial nasce profundamente marcada pela idéia de defesa dos direitos humanos e de resgate da cidadania dos que carregam transtornos mentais.

A Reforma Psiquiátrica teve o intuito não só de denunciar os manicômios como instituições de violências, propõe também a construção de uma rede de serviços e estratégias territoriais e comunitárias, profundamente solidárias, inclusivas e libertárias. Com a mobilização dos profissionais da saúde mental e dos familiares de pacientes com transtornos mentais.

Importantes acontecimentos como a intervenção e o fechamento da Clínica Anchieta, em Santos/SP, e a revisão legislativa proposta pelo então Deputado Paulo Delgado por meio do projeto de lei nº 3.657, ambos ocorridos em 1989, impulsionam a Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Em 1990, o Brasil torna-se signatário da Declaração de Caracas a qual propõe a reestruturação da assistência psiquiátrica, e, em 2001, é aprovada a Lei Federal 10.216 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

Dessa lei origina-se a Política de Saúde Mental a qual, basicamente, visa garantir o cuidado ao paciente com transtorno mental em serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, superando assim a lógica das internações de longa permanência que tratam o paciente isolando-o do convívio com a família e com a sociedade como um todo.

A Política de Saúde Mental no Brasil promove a redução programada de leitos psiquiátricos de longa permanência, incentivando que as internações psiquiátricas, quando necessárias, se dêem no âmbito dos hospitais gerais e que sejam de curta duração. Além disso, essa política visa à constituição de uma rede de dispositivos diferenciados que permitam a atenção ao portador de sofrimento mental no seu

território, a desinstitucionalização de pacientes de longa permanência em hospitais psiquiátricos e, ainda, ações que permitam a reabilitação psicossocial por meio da inserção pelo trabalho, da cultura e do lazer.

A mostra fotográfica que aqui se apresenta traz a força documental das imagens, que, para além das palavras, prova que a mudança do modelo de atenção aos portadores de transtornos mentais não apenas é possível e viável, como, de fato, é real e acontece.

Em parceria, a Coordenação Nacional de Saúde Mental e o Programa de Humanização no SUS, ambos do Ministério da Saúde, registraram o cotidiano de 24 casas localizadas em Barbacena/MG, nas quais residem pessoas egressas de longas internações psiquiátricas e que, por suas histórias e trajetórias de abandono nos manicômios, mais parecem personagens do impossível.

Antes, destituídos da própria identidade, privados de seus direitos mais básicos de liberdade e sem a chance de possuir qualquer objeto pessoal (os poucos que possuíam tinham que ser carregados junto ao próprio corpo), esses sobreviventes agora vivem. São personagens da cidade: transeuntes no cenário urbano, vizinhos, trabalhadores e também turistas, estudantes e artistas. Compuseram e compõem novas histórias no mundo.

Essa mostra fotográfica de beneficiários do Programa de Volta para Casa e moradores de Serviços Residenciais Terapêuticos é, acima de tudo, uma homenagem aos que transpuseram os muros dos hospitais, da sociedade e os seus próprios.

O processo de redemocratização e os rumos do Movimento nos primeiros anos de construção do SUS Ainda tomando como base o trabalho elaborado por Paulo Amarante e Walter Ferreira de Oliveira:

o início dos anos 80 parecia anunciar uma relativa desaceleração nas atividades do Movimento; no cenário internacional, a morte de Basaglia anunciava tempos de pouco perspectiva, enquanto, no Brasil, com a [re]abertura democrática, as propostas renovadoras das reformas sanitária e psiquiátrica eram paulatinamente integradas ao aparelho de Estado sem maiores conflitos, mas a própria conjuntura política, outra vez, encarregou-se de imprimir mais uma reviravolta importante para o setor da saúde. A campanha por eleições diretas para Presidente da República, em 1983, movimento conhecido como “Diretas Já!”, mobilizava milhões de pessoas em todo país que, em 1985, elegeria seu primeiro presidente civil após mais de vinte anos de ditadura militar. Com o governo civil, nasceu a Frente Ampla, que elaborou o projeto do período que ficou conhecido como Nova República. Nascia também, o movimento pela nova Constituição Federal, que seria

promulgada em 1988. No clima de reconstrução nacional característico da Nova República, foi convocada a 8ª Conferência Nacional de Saúde, para a qual Sérgio Arouca foi nomeado presidente. Participante ativo do Movimento de Reforma Sanitária, Arouca rompeu com o padrão das conferências anteriores, exclusivas aos profissionais da área, privilegiando um novo formato que incluísse também, e de modo expressivo, a participação popular, com representantes dos vários setores da comunidade; pré- 22 conferências em níveis estadual e municipal foram então organizadas e milhares de pessoas se reuniram em variadas entidades e instituições da sociedade civil: estima-se que das 4.000 pessoas que enfim compareceram à 8ª Conferência em Brasília, mil eram delegados eleitos nessas atividades preparatórias. (AMARANTE; OLIVEIRA, 2004, p. 14).

E continua:

Uma nova concepção de saúde nasceu no Brasil a partir dessa bem sucedida 8ª Conferência - a saúde como um dever do Estado e um direito do cidadão - e permitiu a formalização de alguns princípios básicos, tais como universalização do acesso à saúde, integralidade, equidade, descentralização e democratização, que implicaram numa nova visão do Estado no Brasil - como promotor de políticas de bem-estar social - e uma nova visão de saúde no país: como sinônimo de qualidade de vida. (AMARANTE; OLIVEIRA, 2004, p. 14).

Assim, em 1987, a I Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM) realizou-se segundo as mesmas bases organizacionais; apesar de dissidências e resistências em contrário, a militância do MTSM garantiu que de fato houvesse a continuidade do processo de abertura da participação social nos debates iniciada anteriormente, e decidiu oportuno realizar, ainda no mesmo ano, o II Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental, em Bauru, onde definitivamente o que começou como a iniciativa de uma classe tornou-se um autêntico movimento social, sob o lema “Por uma Sociedade sem Manicômios”. Esse lema expressava tanto uma ruptura epistemológica quanto estratégica, que marcaria os anos subsequentes. O eixo dos debates abandonaria os limites meramente assistenciais e, mais ainda, a simples oposição entre serviços extra-hospitalares versus hospitalares: passava a vislumbrar a superação radical do modelo psiquiátrico tradicional, expresso tanto na estrutura manicomial quanto no saber médico sobre a loucura.

A luta antimanicomial definia o movimento pela saúde mental como um processo cultural no qual a produção social da qualidade da vida não corresponde a um território exclusivo de tecnocracias, mas a um campo aberto aos cidadãos; a idéia central de que as pessoas com 23 transtorno mental integram o coletivo da cidade se estabelece então como parâmetro de inclusão, essencial a todo e qualquer projeto terapêutico. Nessa concepção, um sistema terapêutico deve ser um centro organizador de pessoas, saberes e práticas que visam à qualidade de vida do coletivo comunitário, a partir do ponto de vista daqueles que são usuários do sistema, seus sujeitos primordiais, e na perspectiva de uma ação contínua, crítica e transformadora das realidades pessoais, sociais e institucionais. Foi também, no II Congresso de Bauru que se criou a data comemorativa do Dia Nacional de Luta

Antimanicomial, sendo escolhido o dia 18 de Maio. Assim, a cada 18 de Maio seriam promovidas atividades científicas, culturais, políticas, em toda cidade ou espaço que o movimento fosse capaz de mobilizar, com o objetivo de chamar a sociedade a refletir sobre a violência do modelo psiquiátrico e a aderir à luta de transformação. No cenário nacional o movimento sanitário mobilizava a população para a inclusão na Constituição da emenda da saúde que, aliás, foi uma das únicas, senão a única emenda aprovada por proposta popular com mais de 150 mil assinaturas recolhidas. A nova Constituição, promulgada em 1988, já incorporava, em seus artigos 196 a 201, os princípios do Sistema Único de Saúde - SUS. Mas o SUS somente seria regulamentado em 1990, por intermédio das Leis Orgânicas 8.080/90 e 8142/90. (AMARANTE; OLIVEIRA, 2004, p. 15).

12 CASOS DE DESLEIXO EM MEIO AO TEMA

12.1 Caso Febrônio Índio do Brasil”

O caso mais gritante de segregação perpétua praticada pelo Estado contra um inimputável é sem dúvidas o do interno número 000001 do Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro. Trata-se de Febrônio Índio do Brasil, um delinquente que na década de 1920 por ter praticado vários crimes, já havia sido preso por pelo menos vinte e nove vezes. Dentre os crimes, chegou a se passar por dentista e trabalhou em várias cidades do Brasil, praticando a profissão.

Criou uma seita e escreveu um livro intitulado ‘Revelações do Príncipe do Fogo’, em que dizia ser ele o mensageiro do Deus-Vivo.

Ao ser acusado de estuprar e matar duas crianças, crimes que o fez ser conhecido em todo o país, foi preso e levado a julgamento. Seu advogado alegou em sua defesa, que ele deveria ser internado em uma casa de louco. A perícia declarou sua insanidade e o juiz acabou considerando-o inimputável. Assim, Febrônio ficou segregado da sociedade por mais de cinquenta anos, quando morreu.

Obviamente que o caso de Febrônio encerra-se em 1984, e como já discutido, tivemos mudanças significativas com a reforma penal ocorrida no mencionado ano. No entanto, ainda hoje vemos internos que, transcorridos mais de 30 anos de medida de segurança, estão reclusos.

Araújo em seu artigo indica que:(...) as medidas de segurança, a par da sua natureza terapêutica possuem também atributos punitivos, constituindo verdadeiras modalidades de sanção penal;

Desta forma, a mudança realizada em nosso ordenamento jurídico ao que se referem às medidas de segurança, é um avanço, mas insuficiente para evitar que tenhamos outros Febrônios.

12.2 Barbacena

Barbacena situa-se na Serra da Mantiqueira, a 169 km da capital mineira e conta hoje cerca de 124.600 habitantes.

Esse município de clima ameno de montanha, com temperaturas médias baixas para os padrões brasileiros, recebeu a alcunha de “Cidade dos Loucos” durante longos anos. Esse título foi recebido em função dos sete hospitais psiquiátricos que abrigou. A justificativa técnica para a instalação de tantos manicômios no mesmo território deve-se à antiga crença, defendida por alguns médicos da época, de que o clima de montanha era salutar para os que carregavam doenças nervosas. Nesse clima, os loucos ficariam menos arredios e, supostamente, facilitariam o tratamento.

Outra versão conta que, ao perder a disputa política para Belo Horizonte de sediar a capital mineira, ganha, como “prêmio de consolação” os tantos hospitais psiquiátricos, dos quais ainda restam três na cidade.

O maior desses hospitais, hoje administrado pela fundação hospitalar do estado de Minas Gerais (fhemig), começou a funcionar em 1903, numa imensa área rural (cerca de oito milhões de m²), nas terras da Fazenda da Caveira, que pertencera a Joaquim Silvério dos Reis – o delator da Inconfidência Mineira. As instalações desse hospital abrigaram anteriormente uma clínica de repouso e clínica para os nervos e, posteriormente, um Sanatório para Tuberculosos. Era uma instituição para ricos. Com a falência do sanatório, o prédio foi ocupado por um hospital psiquiátrico, em que os pacientes se dividiam em pagantes e indigentes. A conhecida “laborterapia” era usada na época como parte do tratamento da loucura, na crença de que era necessário evitar a ociosidade, a qual era perniciosa ao espírito do louco. Por meio do trabalho, retirava-se o louco de sua condição de criatura inútil, possibilitando a canalização da sua agressividade e, conseqüentemente, a cura. Dessa forma, os pacientes pobres e considerados indigentes eram forçados a trabalhos monótonos e repetitivos, sem remuneração, e faziam trabalhos pesados na lavoura, na área do hospital, e na confecção de tijolos, bonecos, tapetes e outros produtos que eram vendidos ou consumidos internamente.

O hospital chegou a abrigar cerca de 5.000 moradores, os quais chegavam de todos os cantos do Brasil, apinhados em um trem que parava na frente dos pavilhões. Esse sinistro e terrível veículo ficou conhecido como “Trem de Doido”.

Do hospital, a maioria das pessoas não saía nunca mais. Muitos chegavam crianças e nunca mais viam suas famílias. Para lá, eram enviados meninos considerados pelos pais e professores como desobedientes; moças que, para a desgraça familiar, tinham perdido a virgindade ou que engravidavam sem estarem casadas; presos políticos e toda a sorte de “indesejáveis” na sociedade, dentre os quais também os sífilíticos e os tuberculosos.

Os internos viviam no hospital em estado de absoluto abandono. Perambulavam pelos pavilhões nus e descalços e eram forçados a comer comida crua, servida em cochos e sem talheres.

Para acomodar tanta gente nas instalações do hospital, as camas eram retiradas e feno era espalhado pelo chão. Tal estratégia chegou até mesmo a ser recomendada como medida em outros hospitais psiquiátricos da região. As pessoas dormiam todas juntas, amontoadas no piso do quarto sobre o feno. Conviviam com ratos, que lhes mordiam, com suas próprias fezes e urina e morriam às dezenas de diarreia, desnutrição, desidratação e de tantas outras doenças oportunistas. Estima-se que cerca de 60 mil pessoas morreram nesse hospital. Eram 60 óbitos por semana, 700 por ano.

Vários ex-internos se referem a um chá que era frequentemente servido por volta da meia-noite e “estranhamente”, no dia seguinte, muitos amanheciam mortos e eram empilhados nos corredores e pátios do hospital.

Uma das histórias mais pavorosas conta que era prática corrente no hospital o método de “desencarnar” os mortos, o que consistia em colocá-los em tonéis com ácido para tirar-lhes a carne e vender os esqueletos às faculdades de medicina. Muitos internos participavam dessa função, “desencarnando” seus colegas mortos e muitas faculdades de medicina, em todo o Brasil, compravam os cadáveres de Barbacena para abastecer seus laboratórios de anatomia.

Os mais rebeldes ou aqueles que cometiam algum ato considerado pelos funcionários como insubmissão eram mantidos presos em celas gradeadas, algemados pelos pés

e mãos, contidos por várias técnicas e métodos diferentes. Passavam por sessões de eletro choque, das quais saíam mortos ou com dentes e ossos quebrados.

O hospital possuía um centro cirúrgico no qual eram realizadas as psicocirurgias, como a lobotomia, mais apropriadamente chamada de leucotomia. Esse procedimento leva a um estado de sedação, com baixa reatividade emocional dos pacientes, considerado como eficaz para a melhoria dos sintomas externos da doença psiquiátrica.

Em 1979, o conhecido psiquiatra italiano Franco Basaglia visitou o Hospital Colônia de Barbacena e o comparou aos campos de concentração nazistas de Adolf Hitler.

Psiquiatra francês, Jean-Étienne Esquirol foi discípulo de Phillippe Pinel, considerado o pai da psiquiatria. Nesse pequeno trecho, Esquirol descreve um estabelecimento destinado aos alienados na França, em 1818:

“Vi-os nus, cobertos de trapos, tendo apenas um pouco de palha para abrigarem-se da fria umidade do chão sobre o qual se estendiam. Vi-os mal alimentados, sem ar para respirar, sem água para matar a sede e sem as coisas mais necessárias à vida. Vi-os entregues a verdadeiros carcereiros, infectados, sem ar, sem luz, fechados em antros onde se hesitaria em fechar os animais ferozes, e que o luxo dos governos mantém com grandes despesas nas capitais”.

(ESQUIROL, 1818)

13 JURISPRUDÊNCIAS A CERCA DO TEMA

DESERÇÃO. MEDIDA DE SEGURANÇA, TRATAMENTO AMBULATORIAL. SEMI-IMPUTABILIDADE. inimputabilidade exclui a culpabilidade, gerando a absolvição. Tal não ocorre em se tratando de semi-imputabilidade, quando o agente responde pelo crime com pena atenuada ou com aplicação da medida de Segurança. Inteligência do artigo 97, § 1º, do CP(comum), que melhor aproveita ao sentenciado. Recurso provido, em parte. Decisão unânime.

(STM - Apelfe: 48247 RJ 1999.01.048247-6, Relator: JOÃO FELIPPE SAMPAIO DE LACERDA JUNIOR, Data de Julgamento: 08/04/1999, Data de Publicação: Data da Publicação: 24/05/1999 Vol: 02699-11 Veículo: DJ)

PENAL. RECURSO ESPECIAL. ROUBO CIRCUNSTANCIADO. INIMPUTABILIDADE. INTERNAÇÃO EM HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO. APELO DEFENSIVO. ALTERAÇÃO PARA TRATAMENTO AMBULATORIAL. IMPOSSIBILIDADE. ART. 97 DO CP. AUTOR DE DELITO APENADO COM RECLUSÃO. RECURSO PROVIDO. 1. Ao autor reconhecidamente inimputável de delito apenado com reclusão aplica-se-lhe a medida de segurança de internação. Aplicação do art. 97 do CP. 2. Recurso provido para anular o acórdão e restabelecer a sentença de primeiro grau, aplicando ao recorrido a medida de segurança de internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico.

(STJ - REsp: 799274 SP 2005/0188937-4, Relator: Ministro ARNALDO ESTEVES LIMA, Data de Julgamento: 26/05/2009, T5 - QUINTA TURMA, Data de Publicação: - -> DJe 29/06/2009).

HABEAS CORPUS. EXECUÇÃO PENAL. PENA PRIVATIVA DE LIBERDADE SUBSTITUÍDA POR MEDIDA DE SEGURANÇA. INTERNAÇÃO EM HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO. PACIENTE QUE PERMANECE HÁ MAIS DE 1 ANO CUSTODIADO EM PRESÍDIO COMUM. ALEGAÇÃO DE FALTA DE VAGAS EM ESTABELECIMENTO ADEQUADO. CONSTRANGIMENTO ILEGAL VERIFICADO. PRECEDENTES DO STJ. PARECER DO MPF PELA CONCESSÃO DA ORDEM. ORDEM CONCEDIDA. 1. O entendimento desta Corte Superior é de que a manutenção de inimputável em prisão comum constitui constrangimento ilegal. 2. Parecer do MPF pela concessão da ordem. 3. Ordem concedida, para que o Juízo da Execução, nos termos do art. 96, I do CPB, transfira o sentenciado para outro estabelecimento adequado e, em caso de total impossibilidade, com as cautelas devidas, considere a possibilidade de substituição da internação por tratamento ambulatorial.

(STJ - HC: 121760 SP 2008/0260439-2, Relator: Ministro NAPOLEÃO NUNES MAIA FILHO, Data de Julgamento: 13/08/2009, T5 - QUINTA TURMA, Data de Publicação: --> DJe 14/09/2009)

Decisão ESTADO DO PARANÁ HABEAS CORPUS CRIME Nº 974.059-8 Impetrante : Vilmar Bonfim. Paciente : Sandro José Miranda. HABEAS CORPUS - ABSOLVIÇÃO IMPRÓPRIA - DETERMINAÇÃO DE INTERNAÇÃO EM HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO - ALEGAÇÃO DE CONSTRANGIMENTO ILEGAL ANTE A PERMANÊNCIA DO PACIENTE NA CADEIA PÚBLICA - PERDA DO OBJETO - RÉU JÁ IMPLANTADO NA COLÔNIA PENAL AGRÍCOLA - INTELIGÊNCIA DO ARTIGO 659 CPP - PEDIDO PREJUDICADO. A impetrante alega que o paciente está sofrendo constrangimento ilegal pelo fato de estar preso na Cadeia Pública de Pato Branco desde 17/09/2012 mesmo tendo sido absolvido em 01/04/2011, momento em que lhe foi determinada a internação em hospital de custódia, sentença esta confirmada pelo Tribunal de Justiça. Aduz que o paciente tem o direito de aguardar em liberdade a abertura de vagas no hospital de custódia. Pede, liminarmente, que seja concedida a liberdade ou a prisão domiciliar ao paciente enquanto aguarda a abertura de vagas no hospital de custódia. No mérito, pleiteia a transferência do paciente àquele local. Antes da análise da liminar, foram solicitadas informações à autoridade coatora (fls. 79/80). Os autos vieram conclusos a este Relator. 2 Extraí-se das informações prestadas pelo MM. Juiz, fls. 86/88, que o paciente foi removido da Cadeia Pública de Pato Branco/PR em 24.10.2012 para o Centro de Triagem em Piraquara. Diante dessas informações, este Relator entrou em contato com o Complexo Médico Penal para averiguar a situação do paciente, obtendo a informação de que o mesmo já está cumprindo a Medida de Segurança desde 26.10.2012, conforme fax-símile enviado pelo Complexo Médico Penal. Assim, é evidente que o habeas corpus restou prejudicado, tendo cessado o alegado constrangimento ilegal. Sobre a perda do objeto do writ, é o ensinamento do doutrinador Guilherme de Souza Nucci¹: "66. Cessaçãõ do interesse de agir: em se tratando de açãõ, é preciso que exista interesse do impetrante em conseguir o provimento jurisdicional para fazer cessar o constrangimento ilegal, já consumado ou em vias de ocorrer. Por isso, caso não mais subsista a violênciã ou coaçãõ, é natural que uma das condições da açãõ tenha desaparecido, dando ensejo ao não conhecimento do habeas corpus. (...)". Diante do exposto: I - Julgo prejudicado o habeas corpus. II - Ciência à Procuradoria Geral de Justiça. 3 III - Publique-se. IV - Intime-se. V - Arquite-se. Curitiba, 08 de novembro de 2012. Des. MARCUS VINÍCIUS DE LACERDA COSTA Relator 1 NUCCI, Guilherme de Souza. Código de processo

penal comentado. 3. ed. rev. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2004, pág. 972.

(TJ-PR - HC: 9740598 PR 974059-8 (Decisão Monocrática), Relator: Marcus Vinicius de Lacerda Costa, Data de Julgamento: 13/11/2012, 5ª Câmara Criminal)

CONCLUSÃO

A intenção do estudo foi desenvolver e analisar as medidas de segurança criminais no aspecto da sua evolução histórica tendo como premissa as legislações criminais brasileiras e, com base nessa análise, avaliar as melhorias ou retrocesso do instituto.

No desenvolver da pesquisa pode-se perceber como as medidas de segurança eram aplicadas desde o início na legislação pátria até a atualidade. Assim, é perceptível que, inicialmente, as medidas de segurança existiram no mundo jurídico com outra roupagem e possuindo um aspecto negativo.

A meu ver, as medidas de segurança mesmo não tendo um prazo máximo de cumprimento estipulado não infringiriam a nossa constituição, pois como já foi dito, ela não tem a intenção de punir o individual, o qual não tem culpabilidade do ato, ela tem a intenção de tratá-lo, de curar e assim prevenir que o ato tido como crime praticado pelos inimputáveis e semiinimputáveis, pondo assim a sociedade com mais segurança.

As medidas de segurança foram criadas com o intuito de acompanhar aqueles infratores que, acometidos por transtornos mentais, vieram a cometer uma ilicitude que, embora sendo crime, não poderia sujeitar o agente às penas previstas em lei.

Desta forma temos que as medidas de segurança não são penas, pois enquanto esta é retributiva preventiva, objetivando readaptar socialmente o delinquente, aquela tem natureza preventiva na medida em que busca evitar que o sujeito ativo de um delito e sob o regime de medida de segurança, não volte a mostrar-se perigoso e cometa nova infração penal.

Mas, no entanto, vimos que muito embora não sejam penas, aqueles que estão sujeitos as medidas, estão expostos a formas sancionatórias equiparadas e, mais

gravosas, às penas, como por exemplo, aquele que vier a cometer um crime de menor potencial ofensivo, sendo inimputável, não sofrerá pena mas será imposto a medida de segurança, o que poderá acarretar sua internação de no mínimo, um ano em hospital de custódia e o que é mais preocupante: sem data prevista para sair, pois o Código Penal prevê que a medida de segurança será por tempo indeterminado, sendo que perdurará enquanto não findar a periculosidade do agente, que será averiguada, mediante perícia médica.

Nesse período de internação, em tese o Estado tratará sua doença mental de forma a proporcionar seu retorno à sociedade. Passará por avaliações periódicas, inclusive com saídas terapêuticas, maneira encontrada para averiguar até que ponto o internado está apto ao regresso para o convívio social.

Porém, em concreto, vemos que esses internos não têm um tratamento adequado para sua reabilitação e assim ao serem avaliados por psiquiatras responsáveis pelo laudo médico, não preenchem os requisitos para a cessação da medida de segurança e continuam internados, aguardando a próxima avaliação, que ao ser realizada, mais uma vez lhe negará a desinternação, já que ao não ser tratado não ocorreu melhora em seu quadro hospitalar e assim, não recebe o aval para ser liberado da medida.

Em suma, o Estado não cumpre com o que se propôs fazer, ao manter sob sua tutela pessoas carentes de tratamento psiquiátrico, que internados sem previsão para sair, condicionando sua liberdade à cura que acaba não ocorrendo, acaba por transformar a medida de segurança em uma prisão perpétua.

Além disso, o Estado mantém o indivíduo sob sua tutela embasada em expectativas futuras de ilicitudes, pois uma das intenções da medida de segurança é evitar que o indivíduo cometa outro crime, o que em um Estado Democrático de Direito, não é lícito que se faça.

Podemos estar diante da hipótese de mero acidente causado por um inimputável, que em nenhum momento havia cogitado praticar o crime e o Estado, ao deixá-lo recluso, buscando evitar que pratique novo crime, fere o artigo 5º da CF e o 1º do CP, arbitrariedade essa, amparada pelo artigo 97 do CP, pois os dispositivos, (artigo 5º, inciso XXXIX da Carta Magna e artigo 1º do CP), dizem não haver crime sem lei anterior que o defina e nem pena sem prévia cominação legal.

É nítida a violação ao princípio da legalidade a interferência *ad eternum* no direito de liberdade do indivíduo.

Há também a violação do princípio da igualdade, basta observar, como exemplo, os indivíduos que, embora gozando perfeitamente de suas faculdades mentais, cometem homicídio, são condenados e após cumprirem suas sentenças não continuam reclusos, pois o Estado não faz juízo de valores desses egressos cogitando reincidências ou crimes novos.

Um fato interessante ao analisarmos o *habeas corpus* 84.219-4 é que o Estado após manter reclusa a paciente por mais de trinta e quatro anos, não cumpriu com o que se propôs, ou seja, não realizou a cura da paciente, e após entender que deveria libertá-la do hospital manicomial e amparado por normas do CPPe CC, decretou sua interdição civil, transferindo a responsabilidade para o âmbito civil, já que restou infrutífera o tratamento prometido. Assim, manteve por mais de três décadas, a paciente, segregada do restante da sociedade, com o pretexto de tratá-la, agiu de forma negligente e não cumpriu com o fim ao qual se propôs ao impor a medida de segurança.

Ainda que haja entendimento de que não devemos falar em pena, já que estamos diante de medida de segurança, como defendem Eugênio Raúl Zaffaroni e José Henrique Pierangeli, citados em tópicos anteriores, melhor entendimento, acreditamos, teve José Frederico Marques ao reconhecer que as medidas de segurança são utilizadas para tutelar os bens jurídicos essenciais para a vida coletiva e Haroldo da Costra Andrade, ao declarar que “(...) a proibição da pena perpétua vale, ainda, para a medida de segurança.”

A essa posição de Zaffaroni e Pierangeli podemos imaginar a seguinte situação: é-nos entregue um animal ronronante como um gato, que mia como um gato, solta pêlos como um gato, tem o porte de um gato, mia como um gato, tem o peso médio de um gato, mamífero como um gato e doméstico como um gato doméstico, mas nos fosse dito que trata-se de uma girafa. Ora, não importa o nome que damos a ele, continuará sendo um “animal doméstico, pertencente à família dos Felídeos, um bichano.”

A aplicação da medida de segurança aos inimputáveis da forma em que vemos é desumana e Beccaria sabiamente nos alertou que ao se infringir uma pena a um indivíduo, antes que a infração esteja consumada “(...) é castigar a intenção e não o

fato é fazer valer um poder despótico sobre o pensamento, sempre livre e sempre independente das leis humanas.”

Obviamente, os avanços quanto às medidas de segurança vêm ocorrendo, no entanto está muito aquém do ideal para um Estado Democrático de Direito, basta analisarmos os relatos das visitas efetuadas pelo Conselho Nacional de Justiça, nos hospitais de custódias do país, em cujas visitas foram encontrados internos sem nenhum tratamento psiquiátrico, reclusos em locais insalubres e sem condições propícias para reinserção social.

O quadro que encontramos em nosso país ao que se refém as medidas de segurança, nos faz entender que, há sim o caráter de perpetuidade latente, pois presos, sob alegação de que estão em tratamento, permanecem anos, sem tratamento, sem assistência médica hospitalar, sujeitos a intervenções piores que aquelas dispensadas aos condenados.

Muito embora, vemos de maneira pacata, raríssimas decisões convertendo medida de segurança em intervenção civil, à letra da lei ainda encontra-se suprema ao informar que enquanto não se averiguar a cessação da periculosidade a internação será por tempo indeterminado, e assim, perpetua-se a aplicação da medida ao agente que de forma infeliz cometeu um crime movido por sua insanidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAUJO, Fábio Roque da Silva. **Prazo (mínimo e máximo) das medidas de segurança.** *Jus Navigandi*, Teresina, ano 12, n. 1738, 4 abr. 2008. Disponível em: <<http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=11119>>. Acesso em jul 2017.

ARAUJO, Laura. **O doente mental e o crime.** A história da institucionalização da loucura do tempo do Brasil colônia até a Reforma Penal de 1984. Disponível em: <<https://lauraaraujo.jusbrasil.com.br/artigos/152372678/o-doente-mental-e-o-crime>>. Acesso em ago 2017.

BITENCOURT, Cezar Roberto. **Manual de direito penal. Parte geral.** 4. Ed. Revista, atualizada e ampliada. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 1997, p. 664-665.

BRASIL. Lei n.º 2.848, de 7/12/1940. Aprova o **Plano Nacional de Educação e dá outras providências.** Subchefia para Assuntos Jurídicos, Casa Civil da Presidência da República, Brasília. DF. 2001.. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848compilado.htm>. Acesso em jul 2017

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil:** promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm> Acesso em julho 2017.

BRASIL. **Lei de Execução Penal - Lei 7210/84** | Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984. Disponível em: <<http://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/109222/lei-de-execucao-penal-lei-7210-84>>. Acesso em jul 2017.

CANZIANI, Carolina Esteves. **O prazo da medida de segurança.** In: **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, XVI, n. 118, nov 2013. Disponível em: <http://www.ambito-juridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=13797&revista_caderno=3>. Acesso em ago 2017.

CREMESP. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. **Medida de Segurança. Uma questão de Saúde e Ética.** 2013. Disponível em: <<http://saudedireito.org/wp-content/uploads/2013/11/Livromedidaseguranca.pdf>>. Acesso em jul 2017.

COLHADO. Junyor Gomes. **Conceito de crime no Direito Penal brasileiro.** 2016. Disponível em: <<https://jus.com.br/artigos/47517/conceito-de-crime-no-direito-penal-brasileiro>>. Acesso em mai 2017.

DELMANTO, Celso et al. Código penal comentado. 6. Ed. Atualizada e ampliada. Rio de Janeiro: Renovar, 2002, p. 3, 178 e 184.

ESQUIROL, Jean-Etienne. **Des établissements consacrés aux aliénés em France**. 1818. Disponível em: <<http://www.ccs.saude.gov.br/vpc/barbacena04.html>> Acesso em ago 2017.

FERRARI, Eduardo Reale. **As medidas de segurança criminais e sua progressão executória: desinternação progressiva**. Bol. IBCCrim nº 99, ano 8, fev. 2001a.

FERRARI, Eduardo Reale. **Medidas de segurança e direito penal no estado democrático de direito**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2001.

GRECO, Rogério. **Curso de direito Penal – Parte Geral**. Volume I. Niterói-RJ: Editora Impetus. 2011.

JUSBRASIL. Recurso Especial STJ. **Imputável medida de segurança**. 07/04/2014. Disponível em: <<https://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/busca?q=O+INIMPUTAVEL%2C+MEDIDA+DE+SEGURAN%C3%87A>>. Acesso em set 2017.

LOPES, Claudio Henrique de Assis. **Medidas de segurança**. São Paulo, 2004. Disponível em: <<http://arquivo.fmu.br/prodisc/direito/chdal.pdf>>. Acesso em jul 2017

MASÔ, Marcelo. **Em casos de inimputabilidade psiquiátrica no Júri, advocacia precisa estar alerta**. 2017. Disponível em: <<http://justificando.cartacapital.com.br/2017/08/03/em-casos-de-inimputabilidade-psiquiatica-no-juri-advocacia-precisa-estar-alerta/>>. Acesso em ago 2017.

MECLER, KÁTIA. **Periculosidade: Evolução e aplicação do conceito**. Rev. bras. crescimento desenvolv. hum. vol.20 no.1 São Paulo abr. 2010 Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822010000100010>. Acesso em jul 2017.

MIRABETE, Júlio Fabbrini. **Código Penal Interpretado**. São Paulo. Editora atlas. 2005.

NETO, Jose Airton Dantas. **Surgimento da medida de segurança no mundo e no ordenamento jurídico brasileiro**. 2012. Disponível em: <<http://www.webartigos.com/artigos/surgimento-da-medida-de-seguranca-no-mundo-e-no-ordenamento-juridico>> Acesso em jun 2017.

STINGHEL, Emanuelli Dal Col. **Evolução Histórica da Medida de Segurança a Luz Das Legislações Penais Brasileiras**. 2014. Disponível em: <<https://jus.com.br/artigos/33845/evolucao-historica-da-medida-de-seguranca-a-luz-das-legislacoes-penais-brasileiras>> Acesso em jul 2017.