

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA  
FACULDADE DE DIREITO

DAIENE BORGES DO SACRAMENTO

**CONSIDERAÇÕES ÉTICAS E LEGAIS DA APLICAÇÃO DA MEDIDA DE  
SEGURANÇA**

Juiz de Fora  
2017

DAIENE BORGES DO SACRAMENTO

**CONSIDERAÇÕES ÉTICAS E LEGAIS DA APLICAÇÃO DA MEDIDA DE  
SEGURANÇA**

Artigo apresentado à Faculdade de Direito da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel. Na área de concentração Direito Penal sob orientação do Prof. Ms. João Beccon de Almeida Neto.

Juiz de Fora  
2017

## **FOLHA DE APROVAÇÃO**

**DAIENE BORGES DO SACRAMENTO**

### **CONSIDERAÇÕES ÉTICAS E LEGAIS DA APLICAÇÃO DA MEDIDA DE SEGURANÇA**

Artigo apresentado à Faculdade de Direito da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel. Na área de concentração Direito submetida à Banca Examinadora composta pelos membros:

---

Orientador: Prof. Ms. João Becon de Almeida Neto  
UFJF

---

Prof. Dra. Marcella Alves Mascarenhas Nardelli  
UFJF

---

Prof. Ms. Kelvia de Oliveira Toledo Guimarães  
UFJF

**PARECER DA BANCA**

**APROVADO**

**REPROVADO**

Juiz de Fora, 10 de Novembro de 2017

## RESUMO

O presente artigo tem por objetivo analisar o artigo 96 e 97 do código penal brasileiro, que prevê a aplicação da medida de segurança e seu caráter preventivo e “curativo” em conjunto com a Lei 10.206/2001, que estatui a extinção progressiva dos manicômios. Isto posto, é necessário observar quais os requisitos de aplicabilidade dessa medida penal, os tipos de estabelecimentos nos quais são cumpridas tais medidas, e, a forma em que é feito o diagnóstico da periculosidade do indivíduo. Feitas as considerações supra, a finalidade do presente artigo é versar sobre a situação dos portadores de transtornos mentais que praticaram algum delito e sofrem a sanção de medida de segurança e as condições em que são cumpridas tais medidas nos Estabelecimentos Psiquiátricos de Tratamento e Custódia dialogando com os direitos e a dignidade humana do interno, abordando, também, a questão da periculosidade do agente e as inovações no que se refere ao tratamento dos portadores de transtorno mental junto ao judiciário.

Palavras-chave: medida de segurança, reforma psiquiátrica, periculosidade.

## **ABSTRACT**

The present article aims to analyse the articles 96 and 97 from the Brazilian Criminal Code, which prescribes the application of the security measure and its preventive and “healing” nature along with the law 10.206/2001, which determines the progressive extinction of mental hospitals. It is necessary to observe the applicability requirements of this penalty, the types of establishments where these measures are complied and how the diagnosis of the perilousness is done. After the considerations aforementioned, the aim of this article is to evaluate about the situation of the patients with mental disorders who committed some kind of offence and undergo the security measure penalty as well as the conditions in which these measures are complied in psychiatric establishments for treatment and custody and how it dialogues with the rights and human dignity of the inmate. It also addresses the risks agents are exposed to and the innovations when it comes to the treatment of the mental patients along with the judicial system.

Key words: security measure, psychiatric reform, perilousness

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>6</b>
<b>2 PRESSUPOSTOS DE APLICAÇÃO DA MEDIDA DE SEGURANÇA .....</b>	<b>8</b>
2.1 Modalidades de Medida de Segurança .....	8
2.2 Da periculosidade .....	8
2.3 Espécies de Medida de Segurança .....	9
2.4 Laudo Pericial .....	10
<b>3 A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL E O DIREITO PENAL.....</b>	<b>11</b>
3.1 Técnica Processual Penal e Saúde Mental .....	12
3.2 A realidade dos estabelecimentos psiquiátricos de tratamento e custódia .....	14
3.3 A experiência do Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário Portador de Sofrimento Mental .....	17
<b>4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>19</b>

## 1. INTRODUÇÃO

No século XVII houve a criação do Hospital Geral, em Paris, o que, em um primeiro momento, parecia se tratar de uma reforma administrativa pois havia diversos estabelecimentos de internação, os quais passaram a ter uma administração única: a Salpêtrière<sup>1</sup>, que Luís XIII disponibilizou para fazer uma casa de retiro destinada aos inválidos do exército. No Hospital Geral permaneciam pessoas que estavam à margem da sociedade, e lá elas eram mantidas segregadas. Esta prática era recorrente em vários países da Europa.

Trata-se de recolher, alojar, alimentar aqueles que se apresentam de espontânea vontade, ou aqueles que para lá são encaminhados pela autoridade real ou judiciária. É preciso zelar pela subsistência, pela boa conduta e pela ordem geral daqueles que não puderam encontrar seu lugar ali, mas que poderiam ou mereciam ali estar (FOUCAULT, 2017).

Dentre todas as figuras que viviam marginalizadas, havia os loucos, entendidos estes como as pessoas cujos “defeitos” – que também podiam ser classificados como pecados (tais como: avareza, luxúria, discórdia) – eram evidenciados. Após a Reforma Protestante e a Contrarreforma da Igreja Católica no século XVI, os mesmos atributos eram tidos por sinal de endemoniamento.

Diante desse quadro, o médico francês Phillipe Pinel, considerado por muitos o pai da psiquiatria, observou a necessidade de tratar os doentes mentais<sup>2</sup>, e, por consequência, protegê-los de uma sociedade que os considerava impuros e dignos de morte simplesmente por terem condutas desviantes dos padrões estabelecidos da época.

Essa ideia de proteção fez com que Pinel criasse os hospícios, termo derivado de hospitalidade, noção que condiz com a pretensão de acolher ao invés de rejeitar, já que, até então, os sujeitos com posturas desviantes eram considerados doentes mentais, e por isso precisariam de tratamento curativo<sup>3</sup>.

Infelizmente, ao longo dos anos, foi deturpada a ideia de tratamento psíquico, levando as pessoas com transtorno mental a ficarem confinadas em verdadeiros presídios travestidos de hospital. Lugares que as pessoas eram submetidas a experiências médicas, como eletrochoque e lobotomia.

---

<sup>1</sup> Literalmente, mina de salitre; hospício para mulheres em Paris. (N. do T.)

<sup>2</sup> Existem várias formas de categorização do “louco-infrator” no decorrer do texto poderão ser encontradas as expressões: portador de transtorno mental; pessoa em sofrimento mental; sujeito em sofrimento psíquico; como forma de proporcionar uma nomenclatura mais humanista, como é adotada hodiernamente.

<sup>3</sup> Informações obtidas no **Documentário Saúde Mental e Dignidade Humana**, disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=UIt9ePwpvEY> acesso em 25 de setembro de 2017.

Na década de 1980 surgiu uma inquietação por parte dos profissionais da saúde mental para que pudesse conferir um tratamento adequado às pessoas com sofrimento psíquico a fim de proporcionar qualidade de vida e dignidade a esses internos.

O presente artigo tem por finalidade evidenciar as questões relacionadas à aplicação de medida de segurança, principalmente no que diz respeito aos desafios de uma interpretação constitucional do instituto penal da medida de segurança.

## **2. PRESSUPOSTOS DE APLICAÇÃO DA MEDIDA DE SEGURANÇA**

A medida de segurança tem o caráter eminentemente preventivo, isso quer dizer que é uma forma de controle social, em que o Estado invade a liberdade do indivíduo inimputável que comete uma infração penal. A periculosidade é o principal elemento de análise para o emprego de tal sanção penal. Sendo assim, o diagnóstico é fundamental para que seja justa a decisão do juiz criminal.

### **2.1. Modalidades de Medida de Segurança**

Temos disposto no artigo 96 do Código Penal brasileiro as modalidades de medida de segurança, quais sejam: a internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico e o tratamento ambulatorial.

No artigo 97 do diploma penal, há a previsão da aplicação da medida de segurança ao inimputável, conforme decisão proferida pelo juiz considerando o artigo 26 da mesma lei. Além disso, trata sobre o prazo, a perícia médica e sobre a desinternação ou liberação condicional. Existem muitas críticas em relação a essa forma de correção imposta pelo Estado.

É sabido que tanto a internação quanto o tratamento ambulatorial são medidas com prazo indeterminado, conforme preceitua o artigo 97 § 1º do Código Penal. Desta forma, “pode-se, assim, atribuir, indiscutivelmente, o caráter de perpetuidade a essa espécie de resposta penal, ao arripio da proibição constitucional” (BITTENCOURT, 2012, p. 706).

O que a legislação impõe como prazo mínimo de um a três anos diz respeito ao tempo mínimo em que a pessoa em sofrimento psíquico infratora deverá passar pela perícia médica.

### **2.2. Da periculosidade**

O diagnóstico da periculosidade é feito por um psiquiatra que “se torna efetivamente um juiz; ele instrui efetivamente o processo, e não no nível da responsabilidade jurídica dos indivíduos, mas no de sua culpa real” (FOUCAULT, 1974-1975, p.21).

Deste modo podemos compreender que a função do psiquiatra é fundamental para que se possa determinar a existência de anomalias mentais que possam se relacionar com o delito em questão, definir o tipo de tratamento que o doente mental infrator deverá incorrer e proporcionar métodos para que haja a reabilitação do indivíduo, e, principalmente, a sua cura.

Instruído o processo criminal, com os dados relevantes, cabe ao juízo prosseguir com a adequação da sanção a ser imposta ao indivíduo. E como pressupostos para a aplicação da medida de segurança é necessário que haja: i) prática de fato típico punível; ii) periculosidade do agente; iii) ausência de imputabilidade plena.

Cumpridos os requisitos supracitados, o juiz criminal determinará a espécie de medida de segurança a que o indivíduo será submetido, haja vista que o diploma penal atual prevê duas possibilidades, quais sejam: a internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico, e a sujeição a tratamento ambulatorial.

### **2.3. Espécies de medida de segurança**

A primeira espécie, conhecida também por medida detentiva - pois priva a liberdade do indivíduo -, prevista no inciso I do artigo 96, do diploma penal brasileiro, poderá ser cumprida em outro estabelecimento adequado na falta de hospital de custódia e tratamento psiquiátrico. Notadamente, mesmo que tenha sido adotada nova terminologia com o advento da Lei Federal 10.206/2001, não foi modificada a estrutura precária dos estabelecimentos de internação judicial.

Já a segunda espécie trata de uma modalidade que permite a substituição de internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico por tratamento ambulatorial conhecida como restritiva, pois o agente continua livre, mas é submetido ao tratamento ambulatorial -, nos casos em que as infrações penais forem puníveis com detenção.

Dessa forma, são oferecidos à pessoa cuidados médicos, sem a necessidade de internação, fato este que poderá se modificar conforme disposto no § 4º do art. 97 do Código Penal. No entanto, para que seja oferecido o tratamento ambulatorial não basta que o fato típico seja punido com detenção, mas serão consideradas as circunstâncias pessoais (analisando sempre a periculosidade do agente) para que possa cumprir uma medida mais liberal.

Existem vários motivos que podem culminar na internação em estabelecimento de tratamento psiquiátrico e custódia (ECTP) previsto na legislação processual penal, como o cumprimento de medida de segurança, a espera do laudo pericial, a transferência de presídios, internação em situação temporária ou por conversão de pena (DINIZ, 2013).

## 2.4. Laudo Pericial

O laudo pericial é fundamental para a análise da periculosidade do indivíduo e tem como caráter precípua fundamentar a aplicação da medida de segurança, pois a Justiça é incompetente (do ponto de vista médico) para declarar a sanidade do indivíduo.

É a partir dele que há a possibilidade de se estabelecer uma demarcação dicotômica entre doença e responsabilidade e, com isso, designar o melhor local para que seja cumprida a sanção penal.

Se declarada a imputabilidade, o indivíduo deverá ser recolhido a uma instituição onde cumprirá a medida penal imposta (pena – pois tem o caráter punitivo). No caso dos inimputáveis, estes deverão ser recolhidos a um Estabelecimento Psiquiátrico de Tratamento e Custódia, a fim de obter a cura para sua doença.

Não obstante, temos que observar a forma como eram produzidos esses laudos periciais, pois constatavam-se relatos que se relacionavam intimamente com a biografia do autor do fato, baseados na noção de perversidade.

Sendo assim, é necessário que haja um diálogo entre as noções médicas e jurídicas, para que seja possível determinar se houve dolo, ou seja, a intenção de causar dano.

Sendo verificada a inimputabilidade, surge a necessidade de não tratar tão somente o indivíduo em sofrimento psíquico em conflito com a lei, mas também a sua periculosidade. Podemos dizer, grosso modo, que para a noção médico-legal existe um indivíduo perigoso (não necessariamente doente), mas não no sentido jurídico-penal, isto é, atribuir a ele um fato típico ilícito e culpável.

O que ocorre na prática é uma absolvição imprópria. Pois não foi possível preencher o critério da culpabilidade que consiste na capacidade de culpabilidade, consciência da ilicitude e exigibilidade de conduta.

Verificamos que no núcleo essencial do exame médico-legal se encontra a perversão e o perigo. Essa dicotomia entre perversão e perigo alimenta o imaginário social de que a pessoa em sofrimento psíquico é incapaz, irresponsável e violenta.

### 3. A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL E O DIREITO PENAL

Iniciando a questão da reforma psiquiátrica no Brasil e fazendo um paralelo com a nossa atual legislação penal, é necessário lançar mão de uma interpretação constitucional sobre a Medida de Segurança.

É sabido que nossa Carta Magna elegeu a *dignidade da pessoa humana* como fundamento da República Federativa do Brasil. Porém, diante do saber médico tradicional, percebe-se que os portadores de transtornos mentais têm sua dignidade violada, posto que tratar da dignidade significa tratar também da manifestação da autonomia.

Ora, se um portador de doença mental é tido como incapaz, logo não pode manifestar sua vontade.

A noção de autonomia é amplamente discutida entre os autores que tratam da reforma psiquiátrica. Para eles a questão da autonomia é muito mais quantitativa do que qualitativa – a antítese autonomia dependência marca a própria vida humana. Somos tão mais autônomos à medida que conseguimos ampliar o número de coisas/relações de que somos dependentes (JACOBINA, 2008, p. 96).

Pode-se concluir a importância do devido tratamento terapêutico para que a pessoa em sofrimento mental possa ser inserida na sociedade na medida em que se torne autônoma, atribuindo-lhe, assim, cidadania.

Embora os inimputáveis sejam impossibilitados de “cumprir o contrato social” não podemos usar o direito penal como mecanismo de controle sanitário ou social.

Nos ensinamentos de TENÓRIO (2001 *apud* JACOBINA 2008, p. 97), observa-se que:

O louco, desprovido de razão era incapaz de discernimento quanto ao contrato social. Sua inadequação a esse contrato não podia ser vista como desobediência passível de punição, ao contrário dos cidadãos que, dotados pela razão da capacidade de conhecer, firmar, e respeitar o contrato, descumpriam-no. Persistia, contudo, a necessidade social de exclusão do louco, justamente por sua incapacidade de cumprir e respeitar o contrato social.

Sérias críticas são tecidas decorrentes do modelo atualmente empregado. Mesmo que tenha ocorrido a reforma psiquiátrica – Lei Federal 10.216/2001 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtorno mental e redireciona o modelo assistencial de saúde mental –, não foi possível que fosse reparada sua inconstitucionalidade.

Isto posto, observa-se que as contrariedades encontradas no mecanismo de internação são notadamente inconstitucionais, pois baseiam-se na periculosidade social do sujeito (juízo para o futuro) e não na culpabilidade (tempo do passado).

Ainda que a reforma psiquiátrica estabelecesse as regras para portadores de transtornos mentais, não especificou o tipo de tratamento dirigido a eles quando praticassem fato penal típico e punível, não sendo clara, ainda, ao não revogar disposições em contrário.

Dessa forma, ao submeter um cidadão a uma internação “manicomial”, sem que haja prazo definido e contrário à sua vontade, é, sem dúvidas, uma sanção penal, e não uma sanção terapêutica. Como nos mostra JACOBINA (2008, p.100):

No trabalho intitulado Sistema Único de Saúde e Manicômio Judiciário, apresentado no Curso de Especialização a Distância em Direito Sanitário para magistrados e membros do Ministério Público, promovido pela Universidade de Brasília e ENSP/FIOCRUZ, as promotoras alagoanas Adriana Maria de Vasconcelos Feijó e Dalva Vanderlei Tenório defendem a inclusão dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico nos SUS, embora não questionem a coerência e as constitucionalidade da própria medida de segurança, quando confrontadas com os princípios constitucionais de tutela e liberdade e da dignidade da pessoa humana. Partindo do pressuposto implícito de que as medidas de segurança são perfeitas juridicamente e adequadas sanitariamente, elas concluem: “Promoção do credenciamento junto ao SUS dos hospitais de custódia e tratamento psiquiátricos, garantindo-se aos pacientes submetidos à medida de segurança o acesso a métodos terapêuticos modernos como forma de possibilitar a melhoria na qualidade de saúde mental e o respeito à dignidade e da cidadania dos portadores de transtorno ou doença mental”.

Se se tratasse de uma sanção de natureza terapêutica, não seria nada mais justo que os ECTP integrassem o Sistema Único de Saúde, e não o sistema penitenciário, mesmo sendo considerados estabelecimentos hospitalares públicos.

### **3.1 Técnica Processual Penal e Saúde Mental**

O momento em que se discute a condição psíquica do acusado é na fase processual. Para isso, é necessário que ocorra a dúvida da sanidade no momento do fato, pela forma que cometeu o ato ilícito; histórico de passagem pelo sistema psiquiátrico; ou mesmo, a defesa achar necessário que o réu passe pelo procedimento de insanidade.

Vale destacar o disposto no artigo 149 do Código de Processo Penal:

Art. 149. Quando houver dúvida sobre a integridade mental do acusado, o juiz ordenará, de ofício ou a requerimento do Ministério Público, do

defensor, do curador, do ascendente, descendente, irmão ou cônjuge do acusado, seja este submetido a exame médico-legal.

§ 1º O exame poderá ser ordenado ainda na fase do inquérito, mediante representação da autoridade policial ao juiz competente.

§ 2º O juiz nomeará curador ao acusado, quando determinar o exame, ficando suspenso o processo, se já iniciada a ação penal, salvo quanto às diligências que possam ser prejudicadas pelo adiamento.

Se o incidente de insanidade mental for admitido pelo juiz, deverá o processo ser suspenso e, em seguida, ser nomeado um curador para o réu, pois há a presunção de que ele não é capaz de cuidar dos seus próprios interesses processuais, pelo menos até que os peritos atestem sobre sua (in)sanidade mental.

Neste ponto o réu torna-se objeto do procedimento de insanidade mental. O artigo 150 do Código de Processo Penal, determina “que o acusado, se estiver preso, deverá ser internado em manicômio judiciário, onde houver, ou, se estiver solto, e o requererem os peritos, em estabelecimento adequado que o juiz designar”.

A lei processual penal ao estabelecer que o réu seja internado, antes mesmo que haja o laudo pericial sobre sua sanidade mental, está obviamente permitindo a internação, não a título de cumprimento de pena, mas tão somente a título de prisão processual – notadamente de natureza cautelar. Trata-se de flagrante violação à dignidade da pessoa humana, visto que, conforme o artigo 312 do mesmo diploma, a prisão cautelar deve ser alicerçada sobre pressupostos, quais sejam, a prova de existência de crime e indícios de autoria, além de atender um de quatro requisitos: garantia da ordem pública, da ordem econômica, por conveniência da instrução criminal ou para assegurar a aplicação da lei penal.

Sobre a possibilidade de se inserir o réu em um hospital de custódia e tratamento psiquiátrico, à luz do artigo 96, I do Código Penal, para que possa ser submetido a tratamento – pois se trata de um “ambiente dotado de características hospitalares” – antes mesmo que seja considerado inimputável juridicamente, ou por ordem médica deferida pelo juiz, JACOBINA (2008, p. 121) esclarece que:

Tudo isso remete a uma questão histórica de cunho técnico-jurídico: a sucessão de leis no tempo que tornou defasado o discurso normativo do Código de Processo Penal em comparação ao Código Penal. Não se pode deixar de interpretar uma lei mais antiga sem atentar para a legislação mais nova, harmonizando-as. É preciso fazer uma releitura do CPP quanto ao internamento do acusado em um desses hospitais para a submissão a exame

médico-pericial, uma vez que ao menos no discurso normativo, os manicômios deixaram de ser instituições penais *strictu sensu* para transformarem-se em hospitais. Não se pode admitir que um internamento seja feito por força de um simples requerimento dos peritos, deferido pelo juiz criminal.

O elemento utilizado para embasar o laudo médico acerca da sanidade mental é a periculosidade, enquanto aos imputáveis avalia-se a culpabilidade.

A periculosidade é a “potência, a capacidade, a aptidão ou idoneidade que um homem tem para converter-se em causa das ações danosas” (SOLER *apud* JESUS, 1986, p. 473). BARROS-BRISSET (2010, p.16) ilustra este cenário:

Embora a população de modo geral e mesmo a imprensa qualifiquem pessoas como “perigosas” - por exemplo, o lendário Fernandinho Beira-Mar -, juridicamente não lhes é atribuída a presunção de periculosidade, ainda que exista o risco de elas voltarem a praticar crimes quando cumprirem toda a sua sentença penal. O Juiz pode até agravar a medida da pena, se o indivíduo for reincidente ou se seu ato/crime tiver as características que designam um crime como hediondo; todavia, do ponto de vista jurídico, isso não implica considerá-lo intrinsecamente perigoso e sua sentença não pode perdurar por um tempo indeterminado. Se fosse atribuída a esses indivíduos a presunção de “periculosidade”, ela só poderia ser legitimada se o processo tivesse excluído a responsabilidade do autor do crime. Quando isso acontece, o processo penal apresenta um curso diferente do daquele que define o réu como um sujeito responsável por seus atos. Juridicamente, para ser considerado um indivíduo com “periculosidade” presumida, não basta parecer perigoso do ponto de vista da imprensa, do público em geral e mesmo da polícia local. Para esse conceito ser atribuído a alguém, a lei impõe que anteriormente tenha sido realizada uma avaliação psiquiátrica para confirmar a evidência do elemento “patológico” nessa pessoa.

Como se vê, a periculosidade se fundamenta na probabilidade de uma ação futura, o que não condiz com o direito penal hodierno, por se tratar de um direito penal do fato e não do autor.

### **3.2 A realidade dos estabelecimentos psiquiátricos de tratamento e custódia**

Considerando a forma em que a “loucura” é percebida juridicamente, é fácil notar a incapacidade de o sistema penal lidar com ela. Visto que as unidades destinadas ao tratamento do portador de doença mental em conflito com a lei não condizem nem um pouco com as

normas estabelecidas e muito menos têm o caráter terapêutico. Daí faz-se imprescindível questionar de quem é a responsabilidade, do ponto de vista médico-legal, pela recuperação do portador de transtorno mental infrator.

A questão da saúde mental deveria ser tratada pelo Direito Sanitário, haja vista que a segregação dos indivíduos com transtorno psíquico serve à sociedade, na medida em que são “penalizados” pela potencial capacidade de praticar novos delitos. Ou seja, é a mera probabilidade de cometer crimes.

É necessário refletir sobre as condições em que todo o sistema carcerário brasileiro se encontra. Atualmente, existem 26 estabelecimentos que se propõem ao tratamento do portador de sofrimento mental em conflito com a lei.

Em 2011 foi realizado um censo, por Debora Diniz, que teve por objetivo mapear o perfil dos internados, a partir do tipo de infração penal, da qualificação profissional, da cor, da idade, do sexo, do estado civil e qual tipo de tratamento estava submetido.

À época existiam 23 hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico e 3 alas de tratamento psiquiátricos, com a população total de 3.989 pessoas, sendo 3.684 homens e 291 mulheres, observando que, em 14 dos dossiês analisados na ocasião, não havia a informação sobre o sexo (DINIZ, 2013).

Quanto aos diagnósticos, a doença mental mais frequente era a esquizofrenia, totalizando 1.194 casos. Entre a população masculina o censo identificou que, 42% (1.111) dos casos eram de esquizofrenia, 16% (454) eram de indivíduos com retardo mental, 11% (309) eram de indivíduos com transtornos mentais devidos ao uso de álcool e outras drogas, 5% (144) tinham transtornos de personalidade, 3% (97) tinham epilepsia, 3% (95) tinham transtornos afetivos uni ou bipolares, 2% (51) tinham transtornos mentais orgânicos e 1% (37) tinham transtornos da preferência sexual (DINIZ, 2013).

Já entre a população feminina, havia 38% (81) de diagnósticos de esquizofrenia, 13% (28) de retardo mental, 6% (14) de transtornos afetivos uni ou bipolares, 8% (18) de transtornos de personalidade, 14% (31) de transtornos mentais devidos ao uso de álcool. Não havia mulheres com transtornos da preferência sexual entre a população em medida de segurança dos ECTP (DINIZ, 2013).

Em relação aos delitos praticados existia uma concentração de crimes contra a vida, somando 43% (1.128) – nesse universo, 67% (829) foram homicídios e 33% (397) foram tentativas de homicídio –; seguidos de crimes contra o patrimônio, com 29% (818). Crimes contra a dignidade sexual somavam 15% (423); crimes contra a liberdade individual somavam 4% (105) e crimes da lei antidrogas também somavam 4% (102) das medidas de segurança. Cabe ressaltar que um mesmo indivíduo pode se enquadrar em mais de um tipo penal. A coleta de dados foi realizada entre 31 de janeiro e 16 de dezembro de 2011 (DINIZ, 2013).

Esses dados causam estranhamento sobre o número notadamente menor de internados por medida de segurança ou sob internação temporária (aqueles que por decisão judicial aguardam laudo de sanidade) quando comparados ao daqueles que cumprem penas nos estabelecimentos prisionais comuns.

Causa ainda mais perplexidade perceber que o ordenamento jurídico furta a esses indivíduos o real tratamento terapêutico em total desrespeito ao princípio da dignidade da pessoa humana.

Nos ensinamentos de BARROSO (2010):

A dignidade humana, então, é um valor fundamental que se viu convertido em princípio jurídico de estatura constitucional, seja por sua positivação em norma expressa seja por sua aceitação como um mandamento jurídico extraído do sistema. Serve, assim, tanto como justificação moral quanto como fundamento normativo para os direitos fundamentais.

Está delineada a principal causa da luta antimanicomial. A forma degradante que a pessoa portadora de transtornos mentais é tratada no Brasil atualmente, pouco, ou quase nada, se difere daquela empregada antes da Reforma Psiquiátrica.

As condições dos ECTP continuam precárias, pois não há a possibilidade de tratamento e reinserção eficaz a esses internos. As práticas arbitrárias e um modelo de psiquiatria tradicional adotado em alguns estados brasileiros, colaboram ainda mais para a manutenção desse cenário.

Em 2000, a Comissão de Direitos Humanos e Minorias do Câmara dos Deputados realizou uma caravana intitulada “Uma amostra da realidade manicomial brasileira” e constatou no manicômio judiciário de Manaus um cenário que:

(...) ao contrário do que indica o seu nome, não oferece qualquer tipo de tratamento aos seus internos. Quando de nossa visita, havia 24 internos na instituição, um pequeno pavilhão dentro da área onde está localizada a Cadeia Pública de Manaus. Neste pavilhão há 5 celas; três delas absolutamente inabitáveis. Esses espaços violam flagrantemente as normas básicas previstas pela própria Lei de Execuções Penais (LEP) e os princípios internacionais ratificados pelo Brasil. São celas escuras, sem ventilação, com dimensões inferiores aos 6 metros quadrados onde se empilham pessoas doentes. Não há um corpo técnico na instituição. O único psicólogo é o diretor. As três celas referidas devem ser imediatamente interditadas e o estado deve providenciar na formação de um corpo técnico capaz de, efetivamente, tratar os internos.

Em todo o território nacional é possível observar as violações aos direitos humanos dos portadores de transtorno mentais que cometem crimes. Essa debilidade do sistema penal fez com que surgisse no final da década de 1980, um movimento antimanicomial com o objetivo de humanizar os tratamentos aos quais eles são submetidos. Ao segregar a pessoa em sofrimento psíquico em conflito com a lei é possível perceber que seus laços familiares são rompidos, culminando na enorme dificuldade de ressocialização.

O movimento antimanicomial, possibilitou um amplo debate no campo médico-legal. Com isso, viu-se a necessidade de atualizar a legislação processual penal para atender de forma humanizada essas pessoas. Com a elaboração do Projeto de Lei do Senado 513/2013, percebe-se essa manifestação do legislativo ao prever que as pessoas em sofrimento psíquico em conflito com a lei possam ter o tratamento ambulatorial, como regra. Esse tratamento ocorrerá no Centro de Atenção Psicossocial, onde será possível a recuperação do sujeito em sofrimento psíquico em conflito com a lei, ter o devido tratamento terapêutico.

### **3.3 A experiência do Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário Portador de Sofrimento Mental**

O Tribunal de Justiça de Minas Gerais foi o pioneiro em conferir um tratamento humanizado aos portadores de transtorno mental em conflito com a lei ao criar o Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário Portador de Sofrimento Mental (PAI-PJ). A finalidade do programa consiste em uma ação conjunta entre o juiz da vara criminal e uma equipe multidisciplinar para definir qual será a melhor medida judicial a ser aplicada aos pacientes infratores, conjugando o tratamento, responsabilidade e inserção social.

O PAI-PJ acompanha os processos criminais em que o sentenciado é ou apresenta indícios a ser portador de transtorno mental. O programa visa conceder aos portadores de transtornos mentais que são condenados um real tratamento terapêutico, através do Sistema Único de Saúde, e conferir acompanhamento social para que ele possa se reinserido na sociedade.

O início do PAI-PJ se deu por meio de um programa piloto em dois de março de 2000, em apenas 15 processos, na Comarca de Belo Horizonte. A inovação e o êxito do programa fez com que começasse a aparecer indicações para acompanhamento na rede ambulatorial.

Norteados pelos princípios da reforma psiquiátrica, estatuídos pela Lei 10.216/2001, busca promover o acesso ao tratamento em saúde mental substituindo o modelo manicomial construindo um projeto terapêutico e social, de forma individualizada, que poderá ser revisto e reconstruído de acordo com a necessidade de cada paciente. Esse acompanhamento é realizado durante o processo criminal até a finalização da execução penal.

A equipe multidisciplinar é composta de psicólogos judiciais, assistentes sociais judiciais, assistentes jurídicos e estagiários em psicologia. A fim de reestabelecer o laço social para aqueles pacientes que ficaram internados por um longo período, são designados acompanhantes para auxiliá-los em tarefas cotidianas.

A autoridade judicial pode realizar de forma efetiva a sua função jurisdicional, ao acompanhar a sentença aplicada através de relatórios fornecidos pela rede de apoio ao paciente judiciário.

#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

É certo que há necessidade de uma revisão na política criminal, principalmente no que diz respeito aos portadores de doença mental em conflito com a lei, por meio de uma nova concepção política, filosófica e até mesmo científica acerca do atraso do processo penal em relação às pessoas em sofrimento psíquico.

Dessa forma, deve-se adequar o direito processual penal para que se possa conferir um tratamento adequado àqueles que estão em conflito com a lei ao analisar sua sanidade. A legislação processual penal está muito aquém das inovações legislativas no que tange a saúde mental.

Na discussão da duração da medida de segurança, observa-se que até mesmo em relação ao tempo da internação do sujeito não se tem um entendimento pacificado entre o Supremo Tribunal Federal e o Superior Tribunal de Justiça. Enquanto o primeiro entende que o máximo que o indivíduo pode ficar internado é de trinta anos (tempo máximo de privação de liberdade de um infrator), o segundo entende que o tempo máximo para a internação é o máximo da pena cominada. O problema é que quanto maior for o tempo em que o portador de sofrimento mental ficar internado, na mesma proporção será a dificuldade de reinseri-lo na sociedade após o término da internação.

A partir da reforma psiquiátrica pode-se voltar a atenção ao tratamento humanizado desses indivíduos. Ainda que a medida de segurança não seja o modelo ideal para reabilitar esses sujeitos, o esforço de profissionais por um melhor cenário é constante.

O PAI-PJ é um programa que permite o juiz criminal e o médico psiquiatra orientar-se para efetivar o tratamento adequado às pessoas em sofrimento psíquico infratoras na medida em que há um trabalho conjunto para a ressocialização do paciente judiciário. Esse modelo pioneiro no Brasil, serviu de inspiração para a criação do Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAI-LI) em Goiânia, e obteve projeção nacional e internacional, pelas ideias inovadoras.

A noção de médico-juiz ilustrada por FOUCAULT pode ser ressignificada quando se compreende a necessidade da ação conjunta dos juízes criminais e da rede de apoio composta por médicos, psicólogos e assistentes sociais. Ao devolver a “liberdade assistida” a essas pessoas, o pré-conceito social em torno do “louco infrator” poderia ser superado. Dessa forma, os anseios da reforma psiquiátrica seriam atendidos e os portadores de doença mental

em conflito com a lei poderiam ser submetidos a um real tratamento terapêutico, de forma humanizada sem deixar de responsabilizar-se pelo ato ilícito cometido.

## REFERÊNCIAS

- BARROS-BRISSET, Fernanda Otoni de. **Por uma política de atenção integral ao louco infrator**. Belo Horizonte: Tribunal de Justiça de Minas Gerais. 2010a.
- BITENCOURT, Cesár Roberto. **Código penal comentado** –7 ed. –São Paulo: Saraiva, 2012
- BRASIL. **Lei 7.210, de 11 de julho de 1984. Lei de Execução Penal**. Diário Oficial da União. Brasília, DF: Congresso Nacional, 1984.
- BRASIL. **DECRETO-LEI 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. Parte Geral com redação determinada pela Lei 7.209/1984**. Diário Oficial da União. Brasília, DF: Congresso Nacional, 1984
- BRASIL. **Lei 10.216 de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental**. Diário Oficial da União. Brasília, DF: Congresso Nacional, 2001.
- BRASIL. **Projeto de Lei de iniciativa do Senado Federal nº 513 de 2013. Altera a Lei de Execução Penal**. Brasília, DF: Senado Federal, 2013.
- BRASIL. **DECRETO-LEI 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. Parte Geral com redação determinada pela Lei 7.209/1984**. Diário Oficial da União. Brasília, DF: Congresso Nacional, 1984
- Câmara dos Deputados. **Relatório da I Caravana Nacional de Direitos Humanos: uma amostra da realidade manicomial brasileira**. Brasília, DF, 2000. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/cdhm/documentos/relatorios/Apresenta.html>>. Acesso em 11 out. 2017
- DINIZ, Débora. **A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil: censo 2011**. Disponível em: <[http://abp.org.br/a\\_custodia\\_tratamento\\_psiquiatrico\\_brasil\\_censo\\_2011](http://abp.org.br/a_custodia_tratamento_psiquiatrico_brasil_censo_2011)> . Acesso em 18 set. 2017
- FOUCAULT, Michael. **História da loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva. 2017.
- FOUCAULT, Michel, **Os Anormais**. São Paulo: Perspectiva, 2017.
- JACOBINA, Paulo Vasconcelos. **Direito penal da loucura e reforma psiquiátrica**. Brasília: ESPMU, 2008
- BARROSO, Luiz Roberto. **A Dignidade da Pessoa Humana no Direito Constitucional Contemporâneo: Natureza Jurídica, Conteúdos Mínimos e Critérios de Aplicação**. Versão provisória para debate público. Mimeografado, dezembro de 2010. Disponível em:

<[http://www.luisrobertobarroso.com.br/wp-content/uploads/2010/12/Dignidade\\_texto-base\\_11dez2010.pdf](http://www.luisrobertobarroso.com.br/wp-content/uploads/2010/12/Dignidade_texto-base_11dez2010.pdf)>. Acesso em 11 out. 2017

