

MEDIDAS DE SEGURANÇA: EFICÁCIA E RESSOCIALIZAÇÃO DIANTE DAS CONDIÇÕES PRECÁRIAS DOS CENTROS PSIQUIÁTRICOS JUDICIÁRIOS

Cynara Ellen Barros Lima¹
Thaís Nobre Cedrim Duarte²

RESUMO: As medidas de segurança são tipos de sanção penal baseadas não na ideia de punição, vez que o agente não tem autodeterminação, mas atua num viés preventivo, de proteção à sociedade da periculosidade que o sujeito ainda pode apresentar. Os centros psiquiátricos judiciários são os estabelecimentos onde esses “pacientes” (como lá são chamados) ficarão internados e receberão tratamento por força de sentença absolutória imprópria ou de decisão superveniente (transferências). A eficácia desse tratamento, bem como a reinserção desses indivíduos na sociedade é matéria de Direito Penal que deveria ser objeto de estudos e pesquisa mais aprofundados.

PALAVRAS-CHAVE: Medidas de segurança. Eficácia. Centros psiquiátricos judiciários.

ABSTRACT: Measures of reform and prevention are kinds of penal sanction based not on the idea of punishment, since the agent does not have autodetermination, but on a preventive bias, of protection of the society from the dangerousness that this person still can present. The judicial psychiatric centers are the institutes where the “patients” (as they're called there) will be admitted and will receive treatment by the force of an improper acquittal sentence or a supervening decision (by transferences). The efficiency of this treatment, as well as the reintegration of these people into society is a matter of Criminal Law which should be the object of deeper studies and researches.

KEYWORDS: Measures of reform and prevention. Efficiency. Judicial psychiatric centers.

INTRODUÇÃO

O presente artigo pretende tratar da medida de segurança, que não é propriamente uma forma de cumprimento de pena, dado que o réu não foi considerada culpado, mas obteve uma sentença absolutória imprópria. No direito penal, a culpabilidade, um dos elementos constitutivos do crime, pressupõe a presença de três requisitos indispensáveis a sua existência (o que significa dizer que faltando qualquer desses, não há que se falar, de fato, em crime): a exigibilidade de conduta diversa, a imputabilidade, e a consciência (ou potencial consciência) da ilicitude.

¹ Estudante de Direito da Universidade Federal de Alagoas. E-mail: cynaraellen@hotmail.com

² Estudante de Direito da Universidade Federal de Alagoas. E-mail: tataroraya@gmail.com

O Brasil, desde a reforma do Código Penal de 1940 (Lei 7.209 de 1984), adota o sistema vicariante, ou seja, alternativo entre pena ou medida de segurança, nunca sendo as duas aplicadas ao mesmo tempo, observando-se aí a aplicação do princípio do “Non bis in idem”. A medida de segurança vem tratada no artigo 97 do Código Penal, que se dispõe em duas espécies, de acordo com a graduação da doença e do grau de periculosidade do agente, quais sejam: internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou sujeição a tratamento ambulatorial.

Interessa aqui tratar da primeira modalidade, a internação, perfazendo uma abordagem inicialmente histórica, e verificando na atualidade, empiricamente, se o estabelecimento utilizado em âmbito local (no município de Maceió) para o internamento dos pacientes é adequado para seu tratamento. Outrossim, buscar-se-á identificar soluções eficazes já existentes a nível nacional e, possivelmente, sugerir medidas intervencionistas que sejam viáveis, levando em consideração o contexto da realidade local, para amenizar as problemáticas.

Os métodos de pesquisa a serem utilizados serão o bibliográfico, o quantitativo e o qualitativo, inclusive empírico, com dados da visita de uma das pesquisadoras ao centro psiquiátrico judiciário Pedro Marinho Suruagy, único estabelecimento da espécie no estado de Alagoas, em agosto do ano passado.

1 ANÁLISE HISTÓRICA

A relação entre o crime e a doença mental pode ser percebida desde Grécia e Roma antigas, onde a alienação era vista como um desequilíbrio humano comandado pelos deuses. Os doentes mentais eram segregados e internados em casas de custódia como medida de defesa social, sem nem precisar ter praticado um crime. No pensamento medieval, embora anteriormente já se postulasse sobre a incapacidade para compreensão dos atos cometidos pelo doente mental, visto que lhe era nomeado curador, o alienado passa a ser considerado vítima de manifestações demoníacas e portanto, submetido a diversos tipos de tortura.

Com o início do Renascimento e o desenvolvimento do Iluminismo, a psiquiatria começa a se desenvolver e a loucura passa a ser entendida como uma doença concernente ao âmbito da Medicina. Porém, os doentes mentais ainda são vistos como obstáculo ao crescimento e desenvolvimento da burguesia, sendo portanto, isolados da sociedade e destinados aos “manicômios” sem nenhuma preocupação em oferecer-lhes tratamento.

É por influência das ideias de Beccaria, no período em que a medicina legal mais humanista se desenvolve, que começa a surgir a noção de que, para a prática de ato delituoso é necessário considerar a vontade humana. Porém, abandona-se a concepção da Escola Clássica, que ignorava a realidade humana e apreciava o delito como simples infração a uma norma jurídica, sendo esta falta cometida voluntariamente, e a pena uma retribuição do mal imposto e o restabelecimento da ordem e, passa-se ao desenvolvimento da Escola Positiva com a consideração da personalidade do agente, buscando analisar os fundamentos e razões do comportamento humano, tendo em vista o desenvolvimento das ciências biológicas. A partir do comportamento do agente, o cometimento do delito era visto como uma manifestação de desajustamento e não mais como simples violação à norma jurídica. Assim, o indivíduo com transtorno mental, não era mais considerado um indivíduo alienado, e sim um doente, necessitado de tratamento. Surge, assim, a ideia de perigosidade criminal.

É então, no período moderno, por influência do Iluminismo, que surgem os primeiros delineamentos do que hoje vem a ser o instituto da medida de segurança. Após a tentativa de homicídio do rei por um indivíduo com sintomas de doença mental, surge o primeiro manicômio judiciário na Inglaterra, em 1860, que pretendia não apenas recolher os doentes mentais e isolá-los do convívio social como medida protetiva, mas também oferecer o tratamento psiquiátrico para aqueles que houvessem cometido algum tipo de crime. O *Criminal Lunatic Asylum Act* e, posteriormente, o *Trial of Lunatic Act*, em 1883, pretendia recolher os considerados penalmente irresponsáveis e oferecer-lhes tratamento adequado.

No direito positivo, a primeira aparição da medida de segurança se dá no Código Penal Suíço, de 1893, posteriormente, no Código Penal Norueguês de 1902 e, no Código Penal Italiano, em 1930. No Brasil, as Ordenações Afonsinas, Manuelinas e Filipinas, não previam nenhuma espécie de medida de segurança. O Código Criminal do Império, de 1830, foi o primeiro a abordar a situação dos loucos que cometiam crimes, postulando que estes deveriam ser entregues a sua família ou internados em estabelecimentos apropriados e destinados a tratamento; era o juiz que decidiria qual das hipóteses seria aplicável a cada caso, sem nenhum auxílio de médicos especialistas. Tal dispositivo apresentava medidas de caráter preventivo e curativo, determinando que o doente mental não seria julgado criminoso.

O Código Penal dos Estados Unidos do Brasil, de 1890, manteve igual tratamento aos loucos infratores, mas trouxe a necessidade de fundamentação legal da decisão do magistrado. Determinava que aqueles considerados incapazes por aflição de doença mental, deveriam ser internados ou entregues à sua família, conforme exigisse seu estado mental e o

grau da sua enfermidade para a segurança pública. Assim, o agente deveria ser internado apenas se apresentasse risco à ordem pública. Neste período, houve ainda a Lei dos Alienados (Decreto nº 1.132, de 1903) que garantiu a internação dos infratores portadores de doença mental e, trouxe a figura do psiquiatra como assessor judicial.

O Código de Vicente Piragibe, ou Consolidação das Leis Penais, regulamentou a internação dos indivíduos sem responsabilidade penal devido à doença mental em asilos públicos, enquanto os manicômios criminais não fossem construídos pelos Estados. Por fim, o Código Penal de 1940 seguiu a tendência mundial de adotar a medida de segurança para os infratores portadores de doenças mentais e, pela primeira vez, ela foi abordada como uma sanção penal diferenciada para aqueles indivíduos que por, ao tempo do crime, terem sua capacidade mental suprimida ou por não serem capazes de determinar-se de acordo com sua vontade por conta da doença mental que lhe aflige, são isentos de pena. A finalidade desta sanção penal é prevenir novas infrações penais baseadas em um juízo de probabilidade acerca da periculosidade do agente, sendo essencialmente preventivas, destinadas à vigilância, reeducação e tratamentos dos indivíduos inimputáveis

Com a Reforma Penal de 1984, não houve grandes alterações na disciplina legal da medida de segurança, salvo a festejada supressão do sistema duplo binário, que permitia a aplicação concomitante de pena e medida de segurança. Passou-se a adotar, então o sistema vicariante, no qual somente é possível aplicar uma das modalidades de sanção.

2 CARACTERÍSTICAS GERAIS, APLICABILIDADE E EXECUÇÃO

A medida de segurança é uma sanção penal imposta aos indivíduo inimputáveis e semi-imputáveis que cometeram fato típico e ilícito, mas que, por não terem inteira capacidade de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com este entendimento no momento da ação ou omissão, por conta de doença mental, são considerados incapazes de responder por seus atos e portanto, não poderão ser penalizados. É consequência jurídico-penal de caráter exclusivamente preventivo e curativo que se baseia na periculosidade do agente e na possibilidade dele vir a cometer outro injusto penal.

Percebe-se assim, que a medida de segurança diferencia-se da pena enquanto sanção penal. Enquanto a pena fundamenta-se exclusivamente na culpabilidade, na prevenção e na repressão, a medida de segurança se justifica somente na periculosidade do agente, aliada à incapacidade penal do mesmo e na prevenção. Assim, as penas têm caráter retributivo-preventivo, enquanto as medidas de segurança têm natureza preventiva. Outra diferenciação

relevante é que as penas são aplicáveis aos imputáveis e semi-imputáveis, conquanto as medidas de segurança se aplicam aos inimputáveis e, excepcionalmente, aos semi-imputáveis quando estes necessitarem de especial tratamento curativo.

A finalidade da medida de segurança é, além da prevenção, a recuperação dos inimputáveis com o intuito de tratar o agente e ressocializá-lo, a fim de reinseri-lo no convívio social.

Importante destacar, como leciona Dias (2007, p. 98) que:

O propósito socializador na medida de segurança deve, sempre que possível, prevalecer sobre a finalidade da segurança em um Estado de Direito Democrático contemporâneo; e, que a segurança só pode constituir finalidade autônoma da medida de segurança se e onde a socialização não se afigure possível.

Quanto à natureza jurídica da medida de segurança, embora alguns autores defendam seu caráter administrativo, como Zaffaroni e Pierangeli, majoritariamente tem-se que a medida de segurança possui caráter jurídico-penal de sanção. Assim discorre Mirabete (2010, p.265):

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 e de recuperá-los com tratamento curativo. (apud, SOUZA, 2011, p.19)

Como a medida de segurança intervém na liberdade do agente, semelhante à pena, não se pode conceber que se negue seu caráter penal, e que, num Estado Democrático de Direito, este poder seja uma função administrativa da polícia. Além disto, a natureza jurisdicional das medidas de segurança representa uma garantia ao cidadão já que, para sua imposição, é necessários respeitar os requisitos jurídico-formais. Porém, não se nega que há também, uma administração da justiça, haja vista ser necessária a atuação de médicos e funcionários administrativos no hospital de custódia e tratamento para acompanhar o delinquente e orientar o juiz quanto à evolução do tratamento.

Para que a medida de segurança seja aplicada é necessária a presença de três requisitos que estão dispostos no art. 26 do Código Penal. Primeiramente, exige-se o requisito causal, ou seja, a doença mental ou o desenvolvimento mental incompleto ou retardado. É imperativo ainda o requisito cronológico: é necessário que ao tempo da ação ou omissão a enfermidade estivesse presente (não poderia, por exemplo, o agente estar num intervalo de lucidez); por fim, exige-se o requisito consequencial: a inteira incapacidade de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com este entendimento, ou, para os semi-

imputáveis, a perda de parte da capacidade de entendimento e determinação. Este requisitos serão verificados e atestados pelo médico perito oficial no exame de sanidade mental que objetiva determinar ou não a imputabilidade do agente no momento do cometimento do crime.

É requerido ainda, como pressuposto para a aplicação de medida de segurança, a prática de um fato punível, a periculosidade do agente e a ausência de imputabilidade plena. De acordo com o primeiro pressuposto é necessário que o agente tenha praticado um ilícito típico, uma conduta humana que se enquadra a um tipo penal e que é reprovado pela sociedade. Caso haja algum excludente de criminalidade ou de culpabilidade (exceto a imputabilidade) ou, se não houver a prova do crime ou da autoria, deixará de existir o injusto.

Em relação à periculosidade do agente, como conceitua Bittencourt (2015, p.861) “é um estado mais ou menos duradouro de antissociabilidade, um juízo de probabilidade de que voltará a delinquir”. Segundo lições de Bruno Aníbal, é um estado acentuado de não ajustamento do indivíduo às normas de coexistência social. Tal juízo de prognose acerca da perigosidade criminal deve ser comprovado por perícia médica e tem por base o estado sociável do indivíduo e a anomalia psíquica do agente, objetiva verificar a condição do indivíduo no futuro e a probabilidade de reincidência criminal pela influência da doença mental. Embora precise ser comprovado por perícia médica, o art. 26 do Código Penal pressupõe a perigosidade criminal em relação aos inimputáveis por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado e, aos semi-imputáveis que necessitem de especial tratamento curativo. O terceiro pressuposto é a ausência de imputabilidade plena, pois, havendo imputabilidade, será aplicado ao delinquente pena, e não medida de segurança.

A medida de segurança é produzida no processo por meio de decisão absolutória imprópria, onde o magistrado que reconhece a patologia, auxiliado pelo laudo do exame de sanidade mental, determina a imposição ao doente mental de uma das modalidades de medida de segurança: a internação ou o tratamento ambulatorial. Embora não haja culpabilidade em razão da inimputabilidade do acusado, este deverá ser responsabilizado haja vista o cometimento de um injusto penal. As patologias mentais estão categorizadas no Cadastro Internacional de Doenças e Patologias e, o médico psiquiatra será o responsável por atestar que, a presença da doença mental, retirou do agente, ao tempo da ação ou omissão, a capacidade de autocontrole. Além disto caberá também ao médico a análise acerca da periculosidade do indivíduo com base no fato e no histórico do paciente para chegar a um juízo de prognose: a possibilidade de vir a cometer crimes no futuro.

Com a reforma de 1984, e de acordo com o art. 96 do Código Penal, o tratamento psiquiátrico ambulatorial e a internação em hospital de custódia são as únicas duas espécies da medida de segurança, e se caracterizam por incidirem diretamente sobre o delinquente, limitando sua liberdade para submetê-lo a tratamento e, evitar a reiteração de nova prática delitiva. Na internação, também chamada de medida detentiva ou sanção aflitiva, que poderá ser aplicada tanto aos inimputáveis quanto aos semi-imputáveis que necessitem de especial tratamento curativo, o agente deverá permanecer obrigatoriamente recluso do convívio social e submetido a terapias. Na falta de hospital de custódia, esta medida de pode ser cumprida em outro estabelecimento adequado que oportunize o tratamento ao delinquente e sirva para fazer sua custódia. A internação é destinada àqueles indivíduos que cometeram crimes cuja pena cominada é de reclusão ou, em casos de crimes punidos com detenção, em que o tratamento ambulatorial não é recomendável, sendo fundamentado o juízo de prognose realizado pelo médico especializado. Com isso se busca proteger a sociedade contra ações antissociais futuras dos doentes mentais que cometeram fatos previstos como crimes e submetê-los a tratamento psiquiátrico. Ressalta-se ainda, que esta espécie de sanção deve ser a última providência a ser tomada, ou seja, só deve ser aplicada quando nenhuma outra modalidade de tratamento for considerada eficaz.

A segunda espécie de medida de segurança é o tratamento ambulatorial compulsório através do qual são oferecidos cuidados médicos à pessoa submetida a tratamento, a qual deverá comparecer ao hospital ou local com dependência médica adequada nos dias e horários determinados, sem ser necessário internação. Tal modalidade é destinada ao delinquente de menor perigosidade social e que tenha cometido crime não tão gravoso, ou seja, aqueles punidos com detenção. Porém, esse critério por si só não é suficiente para determinar a imposição de tratamento ambulatorial: as circunstâncias fáticas e pessoais é que indicarão ou não a conveniência deste tratamento; será necessário avaliar as condições pessoais do agente pra constatar sua compatibilidade ou incompatibilidade com a medida mais liberal.

Há possibilidade ainda de substituição da pena por medida de segurança em duas hipóteses: quando se tratar de condenado semi-imputável que necessitar de especial tratamento curativo, desde que haja a aplicação de pena privativa de liberdade anteriormente ou, quando da superveniência de doença mental, situação em que o condenado deverá ser transferido para hospital de custódia e tratamento psiquiátrico. É permitido também a conversão de uma medida de segurança em outra. Por exemplo, o delinquente sujeito a tratamento ambulatorial pode ser mostrar inadaptado a esta modalidade e, neste caso, deve-se

converter o tratamento ambulatorial em internação. O contrário também pode ocorrer, segundo o correto posicionamento de Nucci (2010, p.235), que considera ser importante, para que o indivíduo se adapte ao meio externo antes da convivência em sociedade,

[...] a viabilidade da conversão da internação em tratamento ambulatorial, denominada desinternação progressiva. Prevê a lei penal que o tratamento ambulatorial pode ser convertido em internação, caso essa providência seja necessária para fins curativos. Nada fala, no entanto, quanto à conversão da internação em tratamento ambulatorial, o que nos afigura perfeitamente possível. (apud SOUZA, 2010, p.29)

Quanto ao procedimento, para iniciar a execução da medida de segurança, é indispensável a expedição da guia de internação ou de tratamento ambulatorial. Embora a lei não fixe prazo máximo de duração e a medida de segurança perdure enquanto não for contatada a cessação da periculosidade, há limites ao cumprimento. A primeira corrente, majoritariamente aceita no Brasil, determina que o limite máximo seja o a pena máxima cominada em abstrato para aquele fato criminoso, haja vista ser o limite de intervenção estatal na liberdade do indivíduo. A segunda corrente toma por base o limite máximo de cumprimento da pena, 30 (trinta) anos, o lapso máximo permitido de privação de liberdade do infrator. A primeira posição foi objeto de súmula em 2015, pelo Superior Tribunal de Justiça, que dispõe: “o tempo de duração da medida de segurança não deve ultrapassar o limite máximo da pena abstratamente cominada ao delito praticado.” (Súmula 527-STJ. 3ª Seção. Aprovada em 13/05/2015). A posição do Supremo Tribunal Federal, porém, diverge, como se vê: “(...) Esta Corte já firmou entendimento no sentido de que o prazo máximo de duração da medida de segurança é o previsto no art. 75 do CP, ou seja, trinta anos. (...)” (STF. 1ª Turma. HC 107432, Rel. Min. Ricardo Lewandowski, julgado em 24/05/2011),

De qualquer forma, atingido o prazo máximo de duração da pena (seja o limite abstratamente cominado, seja trinta anos), verificada ainda a periculosidade do agente, a solução será a propositura de

[..] ação civil de interdição em face do agente, cumulada com pedido de internação psiquiátrica compulsória. Assim, o Poder Judiciário poderá decretar a interdição civil do agente em razão da doença mental grave (art.1.767 c/c art. 1.769, I, do CC), bem como a internação compulsória, com base no art. 6º da Lei nº 10.216/2001 (que disciplina os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais). (VILLAR, 2015)

Após o início da execução da medida de segurança, a primeira perícia médica que verificará a cessação da periculosidade deverá ser feita no prazo mínimo de 1 (um) a 3 (três) anos a ser fixado pelo juiz, quando da instituição da medida, observando as condições em que o crime foi cometido e a periculosidade do agente e, posteriormente, de ano em ano. A Lei de

Execuções Penais, assegura ainda, o direito de contratar médico particular, de confiança do paciente ou de familiares, para acompanhar e orientar o tratamento.

Sendo comprovada pericialmente a cessação da periculosidade pelo exame específico, haverá desinternação quando se tratar de pacientes internados, e liberação, quando se tratar de paciente em tratamento ambulatorial, ambas de forma condicionada e em caráter provisório. Se, o desinternado ou liberado, durante um ano, praticar fato indicativo de persistência da sua periculosidade será restabelecida a medida de segurança suspensa. Como leciona Bittencout (2015, p. 866) “somente se ultrapassar este período *in albis* a medida de segurança será definitivamente extinta.”.

3 EFICÁCIA DA MEDIDA DE SEGURANÇA E RESSOCIALIZAÇÃO DOS PACIENTES, DIANTE DAS CONDIÇÕES ESTRUTURAIS DOS CENTROS PSIQUIÁTRICOS

O Direito Penal brasileiro, como já se viu, estabeleceu para a medida de segurança caráter terapêutico e preventivo. No entanto, os efeitos penais são praticamente os mesmos de uma sentença penal condenatória, se não, na verdade, ainda pior: além de ter sua liberdade restrita, os “pacientes” não têm os mesmos direitos que são concedidos ao preso comum, como a progressão de regime, o livramento condicional, a comutação e a remição de pena.

Há autores que questionam, inclusive, a constitucionalidade da medida de segurança. É o caso de Paulo Jacobina (2008, p. 98):

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

De fato, se o inimputável é absolvido, e ainda assim, recebe sanção em nome da defesa social, parece que está se aplicando o velho direito penal do autor (do inimigo), e não o do fato, como supostamente seria o atual. Parece ser aplicada aí a teoria da responsabilização penal objetiva, há muito descartada.

Os manicômios judiciários (ou centros psiquiátricos judiciários, ou ainda, hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico) são “esses espaços dúbios, em que o internado não se sabe doente nem culpado, sendo ao mesmo tempo um pouco de ambos” (JACOBINA, 2008, p. 65) e lá os inimputáveis cumprem sua sanção penal. Esses estabelecimentos não possuem

diferenças diametrais dos presídios comuns, a não ser pelo fato de que nesses locais, os pacientes ficam livres durante todo o dia, recolhendo-se apenas no período da noite. Podem eles buscar espontaneamente psicólogas, psiquiatras ou assistentes sociais da instituição que devem sempre estar acessíveis para responder a demanda.

Os problemas materiais enfrentados por esses estabelecimentos são também da mesma ordem dos presídios: a falta de pessoal, de verbas, os possíveis desvios de dinheiro cometidos pelos funcionários ou apropriação dos benefícios dos reclusos (peculato), as estruturas físicas deficientes, a má remuneração e falta de capacitação dos trabalhadores, só para citar alguns.

Além dos problemas enfrentados durante o tratamento, a saída parece ser uma realidade tão ou mais devastadora. Se avaliado como capaz de retornar ao convívio social (cessação de periculosidade), o deficiente mental precisa chocar-se com um complexo mundo externo que lhe era quase que completamente alheio do lado “de dentro”, que poderá inclusive lhe impor uma etiqueta social estigmatizante e excludente. Como disse Dimare (2010, p. 63), “Se o próprio estigma de doença mental já acompanha o indivíduo por toda a vida, dificultando a sua adaptação e aceitação por parte dos demais, imagine-se somando a este estigma, a delinquência.”.

É nessa seara, que surge a Lei nº 10.216/2001, que prescreve em seu artigo 1º que os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental são assegurados sem qualquer forma de discriminação. Importa destacar o inciso II, que garante à pessoa portadora de doença mental ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade. Cumprindo com o que dispõe o artigo 5º da mesma lei (que impõe a criação de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário), o Ministério da Saúde lançou em 2003 Programa De Volta para Casa (Lei nº 10.708), na esteira da luta antimanicomial e da reforma psiquiátrica no Brasil, e que tem por objetivo a (re)inserção social de pessoas acometidas de transtornos mentais. A Portaria nº 2.077 /2003 regulamenta a Lei Nº 10.708/2003.

As pessoas beneficiadas por esse programa recebem um auxílio mensal (chamado de auxílio-reabilitação psicossocial) no valor de R\$ 412,00. O benefício é pago por meio de crédito em conta, durante o período de um ano. Esse prazo pode ser renovado, caso isso se mostre necessário à reintegração social do paciente, necessidade esta que será avaliada pela equipe médica que acompanha o paciente.

Não há que se obste que pacientes egressos de manicômios judiciários, e enquadrados nos critérios de participação no programa, possam tomar parte do mesmo, razão pela qual se mostra uma boa opção para ajudar no seu processo de ressocialização. Inclusive porque aliviará os gastos da família com o paciente, que muitas das vezes se recusa a recebê-lo de volta, entre outros motivos, por questão financeira.

Num artigo publicado no informativo da Associação do Ministério Público do Estado de Alagoas (AMPAL), em 2001, intitulado “Sistema Único de Saúde e Manicômio Judiciário”, as promotoras alagoanas Adriana Maria de Vasconcelos Feijó e Dalva Vanderlei Tenório defenderam o credenciamento dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico ao SUS, “garantindo-se aos pacientes submetidos à medida de segurança o acesso a métodos terapêuticos modernos como forma de possibilitar a melhoria na qualidade da saúde mental e o respeito à dignidade e à cidadania desses portadores de transtorno ou doença mental”.

Considerando as Portarias nº 52/GM/MS e 53/GM/MS, de 20 de janeiro de 2004, que estabelecem a redução progressiva dos leitos nos hospitais psiquiátricos do país e a Portaria nº 106/GM/MS, de 11 de fevereiro de 2000, que cria os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), supõe-se que é nesse sentido mesmo que se encaminha a nova política no tratamento dos doentes mentais. Ao mesmo tempo, o Ministério da Saúde busca a desinstitucionalização dos estabelecimentos de saúde.

Os SRTs parecem ser umas das melhores alternativas viáveis a serem fomentadas. Segundo a Portaria nº 3.090, de 23 de dezembro de 2011, estes se configuram como dispositivos estratégicos no processo de desinstitucionalização e reinserção social de pessoas longamente internadas em hospitais psiquiátricos ou hospitais de custódia. Estes dispositivos se caracterizam como moradias ou casas, inseridas na comunidade, destinadas a acolher pessoas egressas de internação de longa permanência (dois anos ou mais ininterruptos), sendo uma das estratégias de garantia de direitos, com promoção de autonomia, exercício de cidadania e busca progressiva de inclusão social. A Portaria nº 3.090, de 23 de dezembro de 2011, também estabeleceu modalidades para a habilitação das moradias, a depender da necessidade ou não de cuidados intensivos específicos do ponto de vista da saúde em geral, porém sempre visando a promoção de autonomia e reinserção dos usuários na sociedade.

Segundo a Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS, há no total 610 (seiscentos e dez) SRTs em funcionamento no país, vinculados a estabelecimentos de saúde, sendo 289 (duzentos e oitenta e nove) já habilitados,

de acordo com os dados mais recentes do órgão (2014). Os gestores dos municípios são os legitimados a solicitar a habilitação junto ao Ministério da Saúde.

4 CENTRO PSIQUIÁTRICO JUDICIÁRIO PEDRO MARINHO SURUAGY

O CPJ Pedro Marinho Suruagy é o único estabelecimento da espécie no estado de Alagoas, e, através de entrevistas e visita ao estabelecimento em agosto de 2015, descobriu-se alguns dados estatísticos dignos de nota: 26 dos 99 pacientes (aproximadamente 26%) que estavam no CPJ ao tempo da visita, tinham contato familiar problemático – por exemplo, havia 2 (dois) pacientes com os quais a família disse expressamente não querer quaisquer contatos, e (oito) sem referência familiar alguma.

Há também, sobre os aspectos estruturais físicos e materiais da referida unidade, críticas severas a serem feitas. Primeiro, sobre o deficit de funcionários. Só para se ter uma ideia, onde deveria haver 10 (dez) psicólogas, havia apenas uma (embora em 2008, houvesse oito). Ou seja, o quadro de funcionários do CPJ mostra-se insuficiente para cobrir a demanda de 99 pacientes (quantidade referente ao dia da visita em agosto de 2015), e enfatize-se, é de maioria não-concursada.

Embora inicialmente fosse referência nacional, o CPJ Pedro Marinho Suruagy precisa agora de reformas, e contratação de novos (e concursados) funcionários. Aliás, concursados, segundo a assistente social da unidade, são somente os agentes penitenciários. O resto da equipe é de serviço prestado contratado pelo Estado. A estrutura física do local também está muito aquém do que deveria. É dividida em alas, em que se encontram os quartos individuais, os quais careciam de melhor higienização e sanitização. Pelo que foi percebido com a visita, assim como em 2008 (segundo Relatório de Inspeção realizado pelo Ministério Público Federal) nenhuma das instalações têm condições do que seria considerado propriamente adequado (e compatível com o princípio da dignidade humana). Das portas danificadas e aparentemente fracas e paredes mal pintadas aos serviços gerais, como jardinagem para o pátio, tudo parece precisar de reparos prementes. Foi dito que a situação melhorou nos últimos tempos, porém permanece insatisfatória. Os níveis de aeração, insolação e condicionamento térmico também podem e deveriam ser melhorados.

Sobre as atividades lúdicas dos pacientes (que resolvem o ócio), a assistente social entrevistada apontou a escola voluntária, onde como o próprio nome diz, os reeducandos comparecem se lhes aprouver, tendo aulas e fazendo exercícios em livros. Também trabalham

em atividades mais laborais como a faxina, e outros fazem praxiterapia. A falta de materiais, e de capacitação dos profissionais no entanto, é mais um problema.

Além disso, não há no estado sequer uma residência terapêutica (as mencionadas SRTs) para acolher os egressos do sistema. Como resposta ao contato realizado com o Ministério da Saúde através de correio eletrônico, foi-se dito que “a implantação das SRT’s no Estado de Alagoas está previsto no plano regional do Estado. Contudo, sua implantação é de iniciativa do município interessado para solicitar recurso de implantação junto ao MS.”. Fica, portanto, a critério dos gestores fazer a solicitação, e dos cidadãos pressionarem-no a fazê-lo, incluídos nesse último grupo as pesquisadoras e o próprio leitor.

CONCLUSÃO

A medida de segurança, baseando-se na periculosidade do agente, se propõe a prevenir o cometimento de novos delitos por aqueles indivíduos portadores de doença mental. Este trabalho buscou explicitar a real efetividade das medidas de segurança, bem como a ressocialização dos pacientes, tendo em vista as condições estruturais dos centros psiquiátricos judiciários, especialmente, o Centro Judiciário Pedro Marinho Suruagy, em Alagoas.

Percebeu-se que os hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico carecem de infraestrutura, profissionais especializados e em quantidade suficiente, dificultando, assim, a realização de um tratamento adequado que possibilite a cessação da periculosidade e a consequente liberação do agente, que retornará ao convívio social. Do mesmo modo, associadas à carência estrutural dos centros psiquiátricos judiciários, a falta de políticas públicas e de apoio familiar no processo de resgate dificultam, se não, por vezes impossibilitam, o processo de ressocialização e a reinserção do doente mental infrator no seio social.

REFERÊNCIAS

BARRETO, Regina Andrade de Souza. **Na prática, medida de segurança para inimputável é condenação.** Revista Consultor Jurídico. 3 maio 2006. Disponível em: <http://www.conjur.com.br/2006-mai-03/medida_seguranca_inimputavel_condenacao>. Acesso em 21 abril 2016.

BITENCOURT, Cezar Roberto. **Tratado de Direito Penal**. Parte Geral 1. 21a ed. São Paulo, Saraiva, 2015.

BRASIL, Congresso Nacional. Lei no 10.216, de 06 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, 31 jul. 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.708.htm>. Acesso em: 21 abril 2016.

BRASIL, Congresso Nacional. Lei no 10.708, de 31 de julho de 2003. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 jul. 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.708.htm>. Acesso em: 21 abril 2016.

BRASIL. Ministério Público Federal. **Inspeção ao Centro Psiquiátrico Pedro Marinho Suruagy**. 2008. Disponível em: <http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/publicacoes/saude-mental/Relatorio_Inspecao_Pedro_Marinho_Suruagy.pdf>. Acesso em: 21 abril 2016.

BRASIL. Portaria no 10.216, de 23 de dezembro de 2011. Altera a Portaria nº 106/GM/MS, de 11 de fevereiro de 2000, e dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o repasse de recursos de incentivo de custeio e custeio mensal para implantação e/ou implementação e funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT). **Diário Oficial da União**, nº 247 – seção 1, de 26/12/2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3090_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 21 abril 2016.

DIMARE, Roséli. **Transtorno Mental e Medidas de Segurança: Uma Análise Médico-Jurídica**. 2010. 71f. Trabalho de conclusão do curso de graduação apresentado ao Departamento de Ciências Penais da Faculdade de Direito da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito para obtenção do grau de Bacharel em Direito, sob orientação do Prof. Marcus Vinícius Macedo.

EICHENBERG, Marina Hermes. **Panorama Geral das Medidas de Segurança e o Projeto de Lei da Castração Química**. 2010. 84f. Trabalho de conclusão do curso apresentado ao Departamento de Ciências Criminais da Faculdade de Direito da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito para obtenção do grau de Bacharel em Direito, sob orientação do Prof. Odone Sanguiné.

FEIJÓ, Adriana Maria de Vasconcelos. TENÓRIO, Dalva Vanderlei. **Sistema Único de Saúde e Manicômio Judiciário**. Maceió: artigo publicado no informativo Custos Legis: informativo da AMPAL - Associação do Ministério Público do Estado de Alagoas, número 48, janeiro/abril 2001.

JACOBINA, Paulo Vasconcelos. **Direito penal da loucura e reforma psiquiátrica**. Brasília: ESMPU, 2008.

MIRABETE, Júlio Fabbrini. **Manual de Direito Penal**. 26a ed. São Paulo: Atlas 2010.

NUCCI, Guilherme de Souza. **Manual de Direito Penal: parte geral; parte especial**. 7a ed. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2011.

_____. **Código penal comentado**. 10a ed. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2015.
SOUZA, João Vitor Monteiro de. **A efetividade da medida de segurança no Brasil**. 2011. 50f. Monografia apresentada ao curso de Graduação em Direito da Universidade Presidente Antônio Carlos – UNIPAC, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Direito.

STF julga constitucional indulto a pessoa sujeita a medida de segurança. **Revista Consultor Jurídico**. 05 nov. 2015. Disponível em: <<http://www.conjur.com.br/2015-nov-05/constitucional-indulto-pessoa-sujeita-medida-seguranca>>. Acesso em: 21 abril 2016.

VILLAR, Alice Saldanha. **O Tempo Máximo de Duração da Medida de Segurança**. Jusbrasil. Dezembro, 2015. Disponível em:

<<http://alice.jusbrasil.com.br/artigos/250127785/o-tempo-maximo-de-duracao-da-medida-de-seguranca>>. Acesso em: 21 abril 2016.