



University of
Texas Libraries



e-revist@s



Centro Universitário Santo Agostinho

revistafsa

www4.fsnet.com.br/revista

Rev. FSA, Teresina, v. 18, n. 5, art. 4, p. 49-74, mai. 2021

ISSN Impresso: 1806-6356 ISSN Eletrônico: 2317-2983

http://dx.doi.org/10.12819/2021.18.5.4

DOAJ DIRECTORY OF
OPEN ACCESS
JOURNALS

WZB
Wissenschaftszentrum Berlin
für Sozialforschung



MIAR



Análise da Efetividade Sociojurídica das Medidas de Segurança no Brasil

Analysis of the Socio-Legal Effectiveness of Security Measures in Brazil

Luciano Silva Figueiredo

Doutor em Ciências pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Professor da disciplina Métodos e Técnicas da Pesquisa Jurídica na Universidade Estadual do Piauí
E-mail: lucfigueiredo@uol.com.br

Josenilson Rodrigues

Graduando em Direito pela Universidade Estadual do Piauí
E-mail: josenilsonr.2016@gmail.com

Mário Thael de Alencar Costa

Graduando em Direito pela Universidade Estadual do Piauí
Graduação em Administração pela Universidade Federal do Piauí
E-mail: mariothael4@gmail.com

Elvis Gomes Marques Filho

Mestrado em Direito pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Graduação em Direito pela Universidade Estadual do Piauí
Professor da Universidade Estadual do Piauí
E-mail: elvisfilho@pcs.uespi.br

Juliana Barbosa Dias Maia

Doutora em Serviço Social pela Universidade Federal de Pernambuco
Professora da Universidade Estadual do Piauí
E-mail: diasju@bol.com.br

Endereço: Luciano Silva Figueiredo

Universidade Estadual do Piauí - BR-230, 25, Picos - PI,
64600-000, Picos/PI. Brasil.

Endereço: Josenilson Rodrigues

Universidade Estadual do Piauí - BR-230, 25, Picos - PI,
64600-000, Picos/PI. Brasil.

Endereço: Mário Thael de Alencar Costa

Universidade Estadual do Piauí - BR-230, 25, Picos - PI,
64600-000, Picos/PI. Brasil.

Endereço: Elvis Gomes Marques Filho

Universidade Estadual do Piauí - BR-230, 25, Picos - PI,
64600-000, Picos/PI. Brasil.

Endereço: Juliana Barbosa Dias Maia

Universidade Estadual do Piauí - BR-230, 25, Picos - PI,
64600-000, Picos/PI. Brasil.

Editor-Chefe: Dr. Tonny Kerley de Alencar Rodrigues

Artigo recebido em 09/04/2021. Última versão recebida em 19/04/2021. Aprovado em 20/04/2021.

Avaliado pelo sistema Triple Review: a) Desk Review pelo Editor-Chefe; e b) Double Blind Review (avaliação cega por dois avaliadores da área).

Revisão: Gramatical, Normativa e de Formatação



RESUMO

O presente artigo propõe analisar a atual conjuntura do tratamento dispensado aos inimputáveis por transtorno mental através das medidas de segurança ante as garantias constitucionais, legais e dos direitos humanos, averiguando se ocorreram materializações desses preceitos normativos. Para tal foram utilizadas revisão bibliográfica e pesquisa documental, com método descritivo e com análise de conteúdo. Constatou-se que existe considerável carência de evoluções práticas, existindo paradigmas não superados, como o caráter asilar das medidas de segurança e sua incongruência com a legislação, Constituição Federal e Direitos Humanos, ainda vigorando quadros de violência institucional. Dessa maneira, a despeito de alguns avanços oriundos da reforma psiquiátrica em detrimento do sistema hospitalar pelos serviços territoriais de execução das medidas de segurança, ainda resta uma realidade centrada em uma lógica segregacionista e consideravelmente aquém dos ideais neoconstitucionais e humanitários da reforma psiquiátrica.

Palavras-chave: Inimputabilidade. Violência. Segregação. Saúde Mental. Ressocialização.

ABSTRACT

The present article purports itself to analyze the actual situation of the treatment given to the unimputable by mental disorders through the security measures in view of the constitutional, legal and human rights guarantees, ascertaining if there were materialization of those normative rules. For such was used a bibliographic review and documental research, with the descriptive method and with content analysis. It was verified that there is considerable lack of practical progress, with the existence of many unsurpassed paradigms, such as the sheltering character of the security measures and its discrepancy with the legislation, the Federal Constitution and the Human Rights, with still existing cases of institutional violence. As such, despite some advances arisen from the psychiatric reform in detriment of the hospital system by the services of territorial execution of the security measures, there still persists a reality centered on a segregationist logic and considerably below the neoconstitutional and humanitarian ideals of the psychiatric reform.

Keywords: Inimputability. Violence. Segregation. Mental Health. Resocialization.

1 INTRODUÇÃO

A prática de crimes é fato recorrente desde os primórdios da existência humana, tendo, cada grupo social, ao longo da sua história, tecido regras que implicavam na punição dos desobedientes – Código de Hamurabi, Pentateuco, Direito Romano etc. A evolução da abordagem deferida aos fatos criminosos passa pelo período vingativo, personificado pelas vinganças privada, divina e pública, progredindo para os campos moral e civil já na Grécia Antiga e Império Romano, situação que influenciou uma concepção restritiva dos fatos criminosos até a Idade Moderna (GRECO, 2017).

Finalmente, no século XIX, rompeu-se com a forma clássica de entender o delito, já não sendo mais visto como fenômeno essencialmente moral, passando a ser abordado sob ótica científica, como defendeu a Escola Positivista. Perante essa nova perspectiva, o crime passa a ser atrelado a questões médicas, psicológicas e sociológicas (MARCHEWKA, 2001). Desse modo, viabilizou-se uma análise multicausal e minuciosa do delito, passando a loucura a ter relevância na apuração da infração penal, sendo, pois, o louco infrator não mais reputado como criminoso, mas como perigoso para a sociedade, merecendo tratamento diferenciado.

À vista disto, deu-se azo às medidas de segurança, sendo esta um recurso legal cuja essência é preventiva e curativa, objetivando evitar que o inimputável transgressor da norma penal incorra em novo ato delituoso. A medida de segurança leva em conta, justamente, a periculosidade do agente e busca dar-lhe um tratamento adequado (NUCCI, 2020). Desta sorte, nessa modalidade de sanção penal, o infrator tem sua liberdade tolhida não em virtude da violação legal cometida, mas sim por sua alegada periculosidade social e necessidade de terapia. A medida de segurança difere, portanto, da aplicação comum de sanções penais.

Paralelamente ao progresso alcançado no entendimento da amplitude das infrações penais, o direito também evoluiu com as concepções de teorias do crime, passando a entender, majoritariamente, os delitos como fatos típicos, antijurídicos e culpáveis, de forma que, na falta de qualquer destes elementos, não há que se falar em crime (ZAFFARONI; SLOKAR; ALAGIA, 2010). Os inimputáveis incorrem na ausência de culpabilidade pela sua condição mental desfavorecida, situação que inviabiliza sua condenação, pois, reconhecidamente, não possuem discernimento suficiente para entender o caráter ilícito dos possíveis atos tipificados como criminosos que venham a praticar. Essa é a posição adotada pelo Código Penal (CP) pátrio, em seu artigo 26 (BRASIL, 1940).

Como não cometem crime, os inimputáveis também não podem ser punidos, restando a estes a aplicação da medida de segurança. Todo o quadro evolutivo do direito até aqui

exposto suscita a ideia de que a medida de segurança possui caráter terapêutico, funcionando como um instituto alternativo a ser aplicado àqueles que não possuem discernimento adequado nos termos da lei penal. Aplicada a medida de segurança, não há espaço, em tese, para retribuição penal. Contudo, a despeito das peculiaridades, este recurso legal não deixa de ser considerado, na prática, uma sanção penal, levando doutrinadores a chamar sua aplicação de sentença absolutória imprópria (GRECO, 2017). Assim, no campo prático, como será detalhadamente abordado, a medida de segurança termina funcionando como uma sanção, eclodindo flagrante contradição com a concepção analítica do crime adotada no ordenamento jurídico pátrio – se não existe crime pela ausência de culpabilidade, não deveria haver punição/pena.

Ademais, o desvirtuamento do propósito da medida de segurança não é um fenômeno exclusivo de poucos ordenamentos jurídicos, pois, desde sua gênese, a aplicação prática deste recurso comporta sérios problemas sociais, legais e humanitários. Ao compreender que a situação particular dos loucos infratores não poderia ser equiparada à dos indivíduos em plena sanidade mental, reconhecidamente foi alcançado importante avanço teórico, mas este não tem sido transposto com eficácia ao campo prático (PRADO; SCHINDLER, 2017). O que se observa é que, na verdade, as pessoas submetidas à medida de segurança foram e continuam sendo subjugadas a condições degradantes, o que urge para a necessidade do avanço na aplicação dos direitos humanos à realidade deste recurso jurídico, precipuamente a dignidade da pessoa humana e o direito à saúde.

Perante as recorrentes incoerências, muitos críticos têm questionado a viabilidade das medidas de segurança, afirmando que a face terapêutica desta é inexistente, e que este mecanismo funciona como um fator de eugenia social, promovendo a segregação e a marginalização de um grupo vulnerável (FERNANDES; PONTES; VENTURA, 2015). Isso posto, surge a necessidade de dar atenção à perpetuação de uma lógica de alijamento social do louco, bem como de elucidar nuances subjacentes ao tratamento social normatizado infligido ao louco infrator. Nesse sentido, esta pesquisa tem como objetivo analisar a atual conjuntura do tratamento dispensado aos inimputáveis através das medidas de segurança ante as garantias constitucionais, legais e dos direitos humanos.

Com isto em vista, efetuou-se um breve levantamento histórico sobre o assunto para, depois, tratar da inimputabilidade e das medidas de segurança face aos preceitos constitucionais, à legislação vigente e aos direitos humanos. Por fim, foram abordadas as políticas públicas em vigor no que concerne às medidas de segurança, analisando sua

evolução, seus resultados e possíveis alternativas, tudo sob aspecto das garantias outrora mencionadas.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Escorço do fenômeno da violência, suas formas, tipos e representações

Quando se fala em violências é preciso saber que este é um fenômeno socio-histórico inerente à humanidade e de difícil compreensão, pois é dotado de complexidade e de significação múltipla, de modo que a violência se apresenta sob diversas facetas podendo ser tolerada ou condenada a depender do contexto social e histórico em que se manifesta (MINAYO, 2006). Genericamente e considerando a relatividade das conceituações, pode-se entendê-la, segundo Minayo e Souza (1997), como aquelas ações perpetradas pelo ser humano, individual ou coletivamente, contra outros seres humanos, ocasionando a morte do outro, perturbação da sua integridade física, moral, mental ou espiritual.

Nesse sentido, ela advém das relações sociais de diferentes sociedades e tempos, não sendo um fenômeno dotado de uniformidade, tampouco exterior à sociedade, mas nela diluído e sob diversas formas de manifestação (CRUZ NETO; MOREIRA, 1999). E, por ser um fenômeno que se apresenta sob uma pluralidade de formas, é que não se tem uma definição que satisfaça, por inteiro, toda sua multiplicidade; por conseguinte, torna-se mais preciso falar em – várias – violências e não necessariamente em uma violência (PACHECO, 2016).

Não obstante, sem caráter taxativo, pode-se dividir a violência em algumas conceituações e tipologias. Minayo (1994) elenca, em uma análise genérica, três tipos de violência, quais sejam: Violência Estrutural; Violência de Resistência e Violência de Delinquência ou Criminal. Por Violência Estrutural entende-se como sendo aquela aplicável a estruturas organizadas e institucionalizadas da família, de sistemas econômicos, culturais e políticos que podem levar à opressão de grupos, classes, nações ou indivíduos, tornando-se estes mais vulneráveis, ao passo que lhes são negadas conquistas da sociedade; por outro lado, a Resistência é a violência consubstanciada no revide por parte dos oprimidos pelo primeiro tipo, enquanto, por fim, a Delinquência é, em suma, a violência oriunda dos atos que infringem as normas sociais estabelecidas (MINAYO, 1994).

Sob um olhar mais específico, também pode-se falar em outras violências, a título exemplificativo: a violência institucional, entendida como aquela perpetrada no âmbito das instituições, em virtude de suas normas e políticas de funcionamento que acabam por ensejar

injustiças e, também, pelo mau funcionamento dos serviços públicos; violência contra a pessoa deficiente, entendida como aquela infligida contra deficientes físicos e mentais, quando a esses são negados direitos e meios de autodesenvolvimento, quando são isolados, menosprezados e molestados; violência interpessoal; intrafamiliar; autoinfligida; cultural; de gênero; racial etc. (MINAYO, 2007).

Outrossim, por ser a violência um fenômeno multicausal (PACHECO, 2016), bem como em virtude do seu modo de ser multifacetado e fluido, que sua gênese não está adstrita a uma simples análise causa/efeito (CRUZ NETO; MOREIRA, 1999). De modo que, segundo estes autores, a violência estrutural não possui raízes naturais, muito pelo contrário, sendo socialmente produzida ao longo da história quando não ocorre a produção de políticas públicas salutaras para a maioria da população, o que prejudica o bem-estar social agudizando o cenário de exclusão social e desencadeando um cenário de violência estrutural, contexto este fecundo para o surgimento de outros tipos de violências. Ademais, ainda de acordo com Cruz Neto e Moreira (1999), embora questões atinentes à pobreza, miséria e desigualdades não possam ser tomadas como explicações absolutas para a violência, elas seriam expressão da violência estrutural, a qual enseja um cenário propício à manifestação de outras violências.

Por fim, as violências podem se expressar sob diferentes naturezas, podendo ser física, psicológica, sexual, envolver negligência, abandono ou privação de cuidados etc (MINAYO, 2007), acarretando, conseqüentemente, na violação da dignidade da pessoa humana e dos direitos a ela ínsitos. Feita essa breve análise teórico-científica, consigna-se que para efeito dessa pesquisa será levada em consideração a violência em sua face estrutural e/ou institucional perpetrada contra deficientes – e pessoas acometidas por transtornos – mentais, sob suas variadas naturezas e formas de expressão sobreditas.

Ademais, tal como a violência, a preocupação em combatê-la também acompanha a história da humanidade, a própria natureza gregária do homem sempre ensejou conflitos de interesses. Estando em estado de associação e incessantemente buscando satisfazer seus anseios, o homem sempre violou as regras sociais, ultrajando seus semelhantes e a própria comunidade, se fazendo, desse modo, imperiosa a aplicação de punições (NUCCI, 2020).

2.2 A abordagem histórica da loucura e o panorama da sua percepção perante o corpo social

Assim como o conceito de violência é variável no decorrer da história, a visão acerca dos indivíduos considerados loucos também o foi, acarretando um tratamento permeado de

vicissitudes. Não é fácil traçar um paralelo a respeito da evolução das relações da sociedade com este grupo, pois existem lacunas históricas ainda a serem preenchidas e o conhecimento a respeito desta área não é absoluto ou plenamente consensual (ALLDERIDGE, 1979). Contudo, alguns pontos podem ser elucidados com maior clareza que outros, ajudando a compreender a dinâmica de interação entre os transtornados mentais e a sociedade.

Na Grécia Antiga, os loucos eram vistos – também – como portadores do divino, seres iluminados, e não como doentes ou irracionais. Há, inclusive, relatos de menções positivas a este grupo nos escritos de Sócrates e Platão (SILVEIRA; BRAGA, 2005). As lacunas de conhecimento permanecem, no que tange à postura que se observa de sociedades dos primeiros séculos do calendário cristão. Ainda assim, é possível observar que as pessoas acometidas por transtornos mentais podem ter sido, por muito tempo, associadas a oprimidos espiritualmente, mas isto não é taxativo. Como bem observa Allderidge (1979), muitos loucos eram tratados como doentes já no início da Idade Média, inclusive por organizações religiosas, fator que descarta a ideia de associação meramente com questões espirituais.

A abordagem dúbia do início da Idade Média – opressão espiritual/doença – é destacada na existência de instituições, inclusive hospitalares, que previam a recepção e o tratamento dos loucos, como é o caso da escritura de fundação do Trinity Hospital, em Salisbury, que previa 30 leitos para o tratamento e cuidado de pessoas em situação desfavorecida, incluindo os doentes mentais; bem como relatos de uma petição que, em 1.414, solicitava ajuda para locais de tratamento de pessoas transtornadas mentalmente (ALLDERIDGE, 1979). Outros indícios ainda apontam para possíveis locais que prezavam pelo tratamento humanizado dos loucos, como o Priorado de Santa Maria de Belém.

Se, por um lado, não é possível saber com maior precisão até que ponto as instituições acima mencionadas, de fato, funcionavam – ou qual sua abrangência e influência –, por outro, as dúvidas começam a ser dissipadas quando se busca a compreensão para o cenário moderno de exclusão dos loucos. Nem mesmo alguns importantes avanços alcançados nas últimas décadas, como serão vistos, foram suficientes para erradicar a marginalização deste grupo na sociedade contemporânea. Discorrendo sobre o tema, Foucault (1978) entende que a loucura passou a ser alvo de perseguição feroz na alta Idade Média, caracterizando uma forma de preencher uma lacuna deixada pela quase erradicação da lepra.

Os diversos estabelecimentos voltados para a internação de leprosos precisavam de uma nova diretriz, uma vez que ficaram, gradativamente, obsoletos. Nesta ótica, os loucos acabaram ocupando um espaço de segregação deixado pela erradicação da doença. A condição particular da loucura – de não ser provocada por uma praga e não minguar

espontaneamente – era uma qualificação ideal para perpetuação da expurgação do grupo, que, como se imaginava, não teria sua situação naturalmente revertida. Foucault (1978) ainda defende que a origem dessa necessidade de marginalização sofre forte influência do fator religioso, pois as adversidades eram usadas como mecanismos para convencer os fiéis a respeito da existência da atuação de divindades sobre a humanidade.

Como consequência da história recente, percebe-se uma contínua exclusão desse grupo, sendo posto pelas sociedades modernas como desconforme às normas convencionais e incapaz de coexistir em harmonia no seio social (SILVEIRA; BRAGA, 2005). A influência desse fenômeno, logicamente, afeta todas as áreas de conhecimento e atuação humanas, inclusive o Direito, fazendo necessário evitar, nos sistemas jurídicos contemporâneos, a perpetração de uma série de situações consideradas degradantes pelos modernos entendimentos do Direito e dos Direitos Humanos, como a permanência em manicômios e a exclusão, que acarretam, por exemplo, no rompimento com o direito à saúde e com a dignidade dos internos (CIA, 2011).

É importante destacar também que, após a Declaração Universal dos Direitos Humanos, em 1948, os ordenamentos jurídicos têm buscado redirecionar seus esforços em uma tentativa de garantir, para todos e sem qualquer tipo de distinção, os direitos fundamentais da pessoa humana, embasando toda a sua estrutura na tentativa de alcançar essa máxima. Estes ideais de humanidade, inclusive, são fortemente expressos pela Magna Carta brasileira de 1988, que prega a igualdade e a primazia da dignidade humana (BRASIL, 1988).

2.3 Evolução normativa e o direcionamento legal das políticas públicas relacionadas à medida de segurança

Em concordância com os compromissos constitucionais de orientar o Direito à promoção da dignidade humana, surge a Lei 10.216/2001 (BRASIL, 2001), que versa sobre mudanças na prática de tratamentos médicos e procedimentos jurídicos para com pessoas sofredoras de transtornos mentais. Impende, para boa compreensão da discussão ora apresentada, fazer uma breve digressão acerca do conceito de doença mental, antecipando que se trata de uma questão controversa, pois há os que negam o fenômeno, reputando-o como mera criação histórica, enquanto para outros – medicina convencional – trata-se de alteração na saúde mental por fatores biológicos, químicos ou neurológicos. No campo da psicologia e das ciências sociais, é enxergada como consequência de fatores não só físicos, mas também

sociais e culturais; e diverso é o pensamento foucaultiano, que não admite o conceito de doença mental, desconstruindo-o (CIA, 2011).

Nessa linha, orienta-se esta discussão sob o viés das Ciências Sociais, tratando a doença mental também como fenômeno sociocultural. Assim, buscando humanizar a abordagem dada a essas pessoas, inclusive sob a égide das medidas de segurança, nasce o diploma legal supramencionado – Lei 10.216/2001 –, um importante mecanismo que será abordado posteriormente. Essa lei ficou conhecida como reforma psiquiátrica. A reforma é inspirada em movimentos antimanicomiais, iniciados pelo Movimento da Psiquiatria Democrática Italiana, liderado por Franco Basaglia. A Lei 10.216/01 é fruto de uma proposta do deputado Paulo Delgado – PT/MG –, em 1989, e corolário da luta brasileira pela reforma psiquiátrica e humanização das pessoas sofredoras de transtorno mental (OLIVEIRA; DIAS, 2018).

Assim, a reforma psiquiátrica aponta no sentido de privilegiar o tratamento das pessoas com transtorno mental em regime comunitário por meio de um modelo de atenção psicossocial, em detrimento do sistema hospitalocêntrico, buscando, assim, cuidar dessas pessoas sem subtrair a liberdade e readaptando-as à sociedade (ROSA; SILVA, 2021). Afinal, neste sentido, como afirma Basaglia (1985), o ponto de partida rumo à cura do doente mental é a sua volta à liberdade – ou, como concebido hoje, a sua não reclusão.

3 METODOLOGIA

Como percurso metodológico, recorreu-se a uma revisão bibliográfica e pesquisa documental, forma de pesquisa em que os dados coletados são provenientes de trabalhos já elaborados sobre o assunto (GIL, 2017). A vantagem da pesquisa bibliográfica é a possibilidade de abrangência de uma quantidade considerável de informações sem precisar sair a campo para coletá-las (GIL, 2017).

Para tanto, foram analisados estudos desenvolvidos ao longo dos últimos quarenta e três (43) anos, selecionados pela pertinência temática e buscados nas plataformas indexadoras de produções científicas: Google Acadêmico e SciELO; bem como na literatura presente nas teses, dissertações, livros, relatórios, periódicos e normas positivadas com o fito de compreender em que medida se alinham teoria e prática em torno da temática. Ademais, a presente pesquisa tem natureza quantiqualitativa e buscou-se fornecer uma visão analítica acerca do problema, bem como descrever as características que o envolvem; portanto, primeiro foi feito um estudo exploratório, seguido de uma análise descritiva (GIL, 2008).

Desse modo, foi feita uma busca exploratória dos dados de forma contínua, reflexiva e crítica, buscando, num primeiro momento, usando a análise de conteúdo, proceder com uma pré-análise. Nesta ocasião, foi feita a sistematização das ideias e a seleção dos documentos e bibliografias alinhadas aos objetivos do trabalho. Para tanto, de início foi feita uma leitura flutuante de títulos, resumos, introduções e conclusões dos trabalhos coletados; depois escolheu-se o *corpus*, ou seja, os materiais obtidos foram organizados de acordo com sua representatividade, homogeneidade e pertinência (BARDIN, 2011).

Por fim, efetuou-se a exploração do material selecionado, codificando os dados em unidades de registro, avaliando a frequência desses núcleos, para, assim, chegar ao núcleo de compreensão do texto. Finalmente, os dados foram interpretados e suas informações evidenciadas (BARDIN, 2011). Salienta-se, como já sobredito, que essa exploração dos materiais se deu continuamente, sendo, no decurso da pesquisa, inseridos novos dados quando considerados importantes e pertinentes à compreensão do problema.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

4.1 A Patologização da Inimputabilidade e a aplicação sociojurídica das medidas de segurança

A aplicação da medida de segurança se dará após perícia e sentença do juiz. Assim, somente depois de observados os procedimentos legais, medicinais e psicológicos, uma pessoa pode ser considerada inimputável. O prazo mínimo para internação é de 1 (um) a 3 (três) anos, e não existe limite máximo de tempo para as práticas de intervenção, constando no Código Penal (BRASIL, 1940) que deve esta perdurar até que seja averiguada a cessão da periculosidade (art. 97, § 1º, do CP), não raras vezes permanecendo até o fim da vida dos agentes submetidos (FERNANDES; PONTES; VENTURA, 2015).

Situação divergente se verifica no caso daquele que responde por uma condenação penal, e, posteriormente, desenvolve problemas de ordem psicológica. Nesse caso, a justiça poderá transferir o agente para tratamento em casa de custódia, sendo descontado do tempo da pena o período em que o indivíduo ficou em tratamento. Caso a pena termine e ainda assim não haja melhora no quadro clínico ou cessação dos sintomas, o custodiado deverá ser solto da mesma maneira, não podendo ficar retido por tempo superior ao da previsão inicial, caso não fosse inimputável ao tempo da condenação – art. 183, da Lei de Execução Penal (BRASIL, 1984).

Outrossim, ao entendimento da inimputabilidade aplicada aos loucos infratores, é mister esclarecer os conceitos de culpabilidade e periculosidade. O primeiro, refere-se à capacidade de responsabilização por um ato executado em plena consciência; assim, conclui-se que o indivíduo inimputável não tem culpa, haja vista que não praticou um fato com dolo – volição de produzir um resultado. O segundo, por sua vez, remete ao perigo em potencial que uma determinada pessoa, por um conjunto de fatores, pode trazer a si mesma e à sociedade (PRADO; SCHINDLER, 2017), é a presunção de que determinado sujeito deve ser recolhido por segurança e para tratamento.

No caso do Brasil, as medidas de segurança são impostas por meio de internação nas casas de custódia ou, preferivelmente, através de tratamento ambulatorial. Trata-se de uma instituição que tem como objetivo o recolhimento – não necessariamente a reclusão – do indivíduo para o seu tratamento, objetivando, teoricamente, a preservação da sua segurança e da sociedade, buscando, como consequência da terapia, alcançar condições para sua reinserção plena (TEIXEIRA; DALGALARRONDO, 2006). No acompanhamento ambulatorial o paciente apenas comparece para consultas e revisões periódicas.

Todavia, a almejada consecução da dupla finalidade da medida de segurança – preservação do corpo social e terapia dos custodiados – mostra-se frustrada. Segundo Cia (2011), a partir do momento em que o louco é institucionalizado sob o pretexto de proteger a sociedade do perigo que ele representa e, também, para curá-lo, mas não recebe tratamento clínico adequado, passa-se a proporcionar o efeito contrário, fomentando a cronificação da condição e a permanência na instituição. Ainda conforme a autora supracitada, a segregação do doente como pressuposto para o tratamento médico impossibilita a cura e a ressocialização dessas pessoas, propiciando a continuidade da segregação.

Destarte, a proposta de reinserção do doente mental na sociedade passa a ser de difícil concretização, sendo observada pela própria ineficácia e inapropriação do sistema. O custodiado tem seus vínculos com o mundo convencional cortados, restando excluído pela sua própria família e comunidade. Dessa maneira, o paciente psiquiátrico é estigmatizado, sendo desqualificado e coisificado, favorecendo a perpetuação da vivência da doença mental (MEDEIROS; GUIMARÃES, 2002). Assim, a função primordial de tais medidas, qual seja, a reinserção do doente mental, passa a ser vulnerada, subsistindo sobremaneira a face segregacionista.

Não obstante, em transcendência ao normatizado, segundo Carrara (2010), subjaz à feição médica das instituições psiquiátricas, uma prática já secular que colima a contenção, moralização e disciplinarização dos indivíduos considerados pelo sistema como socialmente

desviantes. Ademais, como salientam Ibrahim e Vilhena (2014), os muros e cercas ganham relevo para além de mera questão de segurança, sendo, sobretudo, meios de segregação balizados pela necessidade de isolar o que é considerado diferente e perigoso, a exemplo da submissão indiscriminada de indivíduos a hospitais de custódia – manicômios.

Nessa linha de pensamento, também merece destaque a crítica moderna que a ideia de periculosidade recebe. Fernandes (2012), seguindo a corrente foucaultiana, explicita o que convencionou-se chamar de patologização do comportamento delitivo. Segundo essa base teórica, o ideal de periculosidade não apenas marcou a união entre a psiquiatria e o direito penal, mas também lançou as bases para que loucos autores de uma infração deixassem de ser julgados apenas pelo que fizeram, passando a conjecturar-se a respeito de quem eles eram. Assim, os indivíduos não seriam institucionalizados através das medidas de segurança pela conduta que tomaram, uma vez que são escusáveis, mas sim por sua condição de pessoas aquém do discernimento mental que a sociedade estabelece como necessário. Portanto, a medida de segurança, a partir do momento que institucionaliza o agente, seria mais um instrumento de segregacionismo social (FERNANDES, 2012).

Impende salientar que o próprio meio pelo qual essas medidas são operacionalizadas dão ensejo a efeitos práticos para com os sujeitos a elas submetidos – mormente negativos. Nesse sentido, preleciona Goffman (2003) que toda instituição tem tendências de fechamento, sendo o grau desse fechamento o que as difere, chamando-se instituição total aquela que estabelece uma barreira à relação social com o mundo externo – prisões, manicômios, hospitais psiquiátricos etc. Desse modo, atividades basilares dos indivíduos, como descanso, trabalho e lazer, que na sociedade moderna tendem a ser executadas em lugares diferentes, sob autoridades diversas, com diferentes coparticipantes e sem um plano racional geral, passam, na instituição total, a ser executadas em um mesmo local, sob égide de única autoridade. Ademais, são essas atividades executadas na companhia de um grupo em que todos recebem semelhante tratamento, além de serem as atividades rigorosamente pré-estabelecidas num plano racional único (GOFFMAN, 2003).

Essa estrutura submete o institucionalizado à perda do contato com a realidade externa, em virtude do fechamento da instituição; levando a pessoa institucionalizada a perder valores de referência que ele possuía na realidade externa, é o que Goffman (2003) chama de processo de mortificação do eu. Pode-se apontar diversas formas de mortificação do eu presentes nas Instituições Totais. Entre elas: a barreira que se estabelece com a realidade externa, fazendo com que a pessoa institucionalizada rompa com seu passado; despojamento dos papéis, ao passo que as pessoas já não têm os papéis que outrora eram desempenhados em

sociedade valorizados; e perda das subjetividades e peculiaridades. Este processo de mortificação também é ocasionado por indignidades físicas e pela exposição do internado que está sempre sendo observado e vigiado (GOFFMAN *apud* MACEDO, 2004). Outrossim, asseveram Medeiros e Guimarães (2002) o quão é depreciada a dignidade e a cidadania dessas pessoas, segregadas pela sua retirada da sociedade e subsequente perda da autoestima e da autonomia individual e coletiva.

Esse quadro também pode ser fecundo para a chamada neurose institucional, termo cunhado nos estudos de Russell Barton, na qual o indivíduo é acometido pela falta de iniciativa e de interesse principalmente por questões de índole impessoal, tornando-se apático e submisso, sem perspectivas de um futuro fora da instituição, bem como perda da individualidade e aceitação do estado de coisas (BARTON, 1976). Ainda de acordo com Barton (1976), diversos fatores podem ocasionar o quadro supracitado, entre eles: perda do contato com o mundo exterior ocasionado pela institucionalização; a ociosidade forçada; perda de amigos, posses e eventos pessoais; perda de perspectivas de uma vida fora da instituição; por causa da violência sofrida etc.

Finalmente, conforme esclarecem Prado e Schindler (2017), a realidade exposta começou a ser repensada na história recente através do pensamento e ideais de Franco Basaglia, quando as pessoas com problemas mentais passaram a ser reconhecidas como portadoras de direitos e merecedoras de um tratamento não institucionalizador, buscando romper com os paradigmas manicomial, que segregavam e marginalizavam, fugindo da causa social que deveriam atender. Para o médico italiano, as instituições hospitalares, que deveriam tratar os infratores com transtornos mentais, eram instituições da violência (BASAGLIA, 1985). Temos, assim, o despontar dos movimentos antimanicomial, que influenciaram na humanização desse sistema em inúmeras legislações pelo mundo.

Seguindo essa linha de movimentos internacionais, surge no Brasil a luta por uma reforma no sistema de aplicação das medidas de segurança para infratores inimputáveis. Os motivos que levaram a tais movimentos, incorrem, basicamente, na constatação da realidade dos hospitais de “tratamento”, sendo lugares insalubres e sobrecarregados de violência e descaso, abarrotados de indivíduos abandonados e sem cuidados adequados, carecendo o mínimo de dignidade e condições básicas de subsistência (AMARANTE; NUNES, 2018).

A reforma psiquiátrica trouxe significativas mudanças para o campo legal, como as exigências de tratamento humanitário em respeito ao benefício da saúde, visando à reinserção social; proteção contra abusos e exploração; acompanhamento médico contínuo para esclarecimento sobre o quadro clínico e a necessidade – ou não – de internação/continuidade

de internação; preferências por tratamentos ambulatoriais; vedação de internação em instituições asilares – como manicômios – etc. (BRASIL, 2001).

Outrossim, as políticas antimanicomiais, ainda que intrínsecas ao direito, carregam, em sua essência, como pode-se perceber, traços transdisciplinares, envolvendo questões médicas e sociais. Como defendem Nakayama e Ventura (2015), a dignidade da pessoa humana somente é alcançável quando o direito à saúde é garantido, haja vista que, sem este, não se pode falar em cidadania plena e dignidade. É importante destacar também que idealizações do que seja saúde não podem ficar limitadas pela aplicação de sentidos coloquiais, devendo-se considerar como tal não a ausência de doença, mas sim uma situação de bem-estar físico, mental e social (NAKAYAMA; VENTURA, 2015).

Assim posto, importante é o papel da sociedade, uma vez que os recorrentes problemas de segregacionismo são obstáculo contundente para o alcance do bem-estar dos indivíduos sob medida de segurança e, continuamente, após o fim dela – quando ocorre. Esses fatores levaram Nakayama e Ventura (2015) a enxergar o que chamam de falha generalizada da sociedade, uma vez que, a maior parte desta, não reconhece nos indivíduos com transtornos mentais capacidade para exercer sua cidadania.

4.2 As contradições da aplicabilidade das medidas de segurança no Direito Penal Constitucional brasileiro

O tratamento dispensado aos inimputáveis por doença ou transtorno mental é variável a depender do país, mas, comumente, são enviados para setores especiais de hospitais psiquiátricos ou de prisões (CARRARA, 2010). No Brasil, esses indivíduos são destinados aos hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico (HCTPs), onde devem cumprir suas medidas de segurança. Todavia, essas instituições, como assevera Carrara (2010), são estruturadas sob bases contraditórias, sendo permeadas de ambiguidades, contendo elementos tanto da prisão quanto do hospício, seja na seara legal ou institucional.

Assim, segundo o autor supracitado, tem-se a superposição do modelo jurídico-punitivo e do psiquiátrico-terapêutico, consubstanciando esses espaços um verdadeiro paradoxo, ao passo que neles se revelavam duas versões: jurídico-racionalista e psicológico-determinista. Nessa, o indivíduo é visto como objeto de atos não racionais, como fobias, paixões, impulsos, não podendo, dessa sorte – por o comportamento não ser orientado pela consciência e vontade –, ser responsabilizado moralmente; enquanto na primeira o indivíduo é

visto como sujeito de direitos e deveres, dotado de capacidade para se orientar segundo as normas sociais, podendo ser moralmente responsabilizado (CARRARA, 2010).

Essas contradições se agudizaram com o novo marco jurídico-constitucional inaugurado pela Constituição Federal de 1988, a qual passa a ter como base a dignidade da pessoa humana (BRASIL, 1988), valor este balizador de toda estrutura jurídica e social da República. Ademais, sob os auspícios da nova ordem constitucional e do novo paradigma neoconstitucional, passou-se a exigir a releitura de todo o ordenamento jurídico pátrio segundo os valores e princípios estatuídos na Magna Carta (BARROSO, 2005). Nesse diapasão, se exige não só um direito penal, mas, e sobretudo, um direito penal constitucional, conjuntura esta que evidencia uma série de contrassensos entre o sistema de medidas de segurança e a nova ordem jurídico-constitucional.

Dentre as críticas à aplicabilidade das medidas de segurança no Brasil, encontram-se as discussões sobre o limite de tempo a que um indivíduo será submetido. A questão ganha corpo quando levado em consideração que a legislação penal atribui um período mínimo para a execução da medida, mas não período máximo, conforme o art. 97, do CP (BRASIL, 1940), deixando margem para a perpetuação do internamento e podendo provocar a completa exclusão social. Os indivíduos submetidos de forma prolongada às medidas de segurança acabam desenvolvendo problemas sociais e psicológicos, perda de laços sociais, da autoestima e autonomia, resultando em sua alienação a um ambiente deslocado da sociedade externa. No campo jurídico, a exclusão desses indivíduos gera consequências notadamente quando da violação de direitos humanos e, sobretudo, no ultraje à sua dignidade. Ao passo que são segregados, e além de alijados do convívio social, passam a ser incapazes de exercer direitos básicos a eles inerentes.

A situação acima exposta, encontra-se, na prática, diametralmente oposta aos princípios constitucionais, que vedam reclusões perpétuas (BRASIL, 1988). Nesse diapasão, assevera Mattos (2010) que internação compulsória entendida como medida de segurança, não teria sido, pela Constituição Federal de 1988, recepcionada, pois no ordenamento constitucional vigente não são admitidas sanções de caráter perpétuo; consignando que a sanção da medida de segurança tem, na prática, caráter de pena, assim incorrendo esse instituto na vedação mencionada.

Outro ponto importante observado merece destaque, e remete ao cumprimento do que prega a reforma psiquiátrica. As críticas decorrem, segundo vários autores – a exemplo de Mattos (2010); Oliveira e Dias (2018); Prado e Schindler (2017) e Cia (2011) – da não materialização plena da reforma, que, como mencionado, buscava modificar o tratamento

desferido aos indivíduos submetidos à medida de segurança, e principalmente aos internos em hospitais psiquiátricos, haja vista o longo histórico de desumanidades e segregação praticados por estas instituições – como denunciado por profissionais da saúde e direito na década de 70 (OLIVEIRA; DIAS, 2018).

Cia (2011), ao proceder à análise do Relatório da I Caravana Nacional de Direitos Humanos, realizada pela Câmara dos Deputados no ano de 2000, evidencia a realidade manicomial arraigada nos HCTPs, com medidas inadequadas e desproporcionais ao tratamento do doente mental. Nesses trabalhos foram constatados vários tipos de calamidades e sofrimento, ocorrendo relatos de instalações precárias, falta de equipamentos básicos e medicamentos, quadro de funcionários insuficiente e mal treinado, insalubridade, tratamentos coletivos, falta de fiscalização etc. As pesquisas revelam ainda que alguns quartos eram superlotados, com banheiros em condições degradantes – incluindo resíduos espalhados pelos pisos. O balanço de vistorias da Comissão de Direito Humanos da Ordem dos Advogados do Brasil chegou a resultados análogos em 2009 (FERNANDES; PONTES; VENTURA, 2015).

Oliveira e Dias (2018) ratificam em estudo mais recente – ao analisar relatórios do Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT) oriundos de visitas desse órgão a unidades de privação de liberdade de diferentes Estados em 2015 e 2016 – mesma realidade exposta anteriormente, indicando uma preocupante inércia de progresso. Em alguns hospitais foram constatados problemas como: violência constante, privação do acesso à assistência jurídica, ausência de acesso à saúde de maneira geral e a não integração. Além disso, ainda de acordo com os autores retromencionados, parentes reclamavam da logística para o acesso aos pacientes, já que a maioria das instituições está localizada em grandes centros e nas capitais, dificultando o contato com famílias do interior e provocando um maior distanciamento dos vínculos afetivos.

Por fim, ainda pode ser constatado que muitos internos já tinham suas medidas de segurança vencidas, evidenciando a ineficiência do tratamento em relação à previsão legal. Desta forma, é válida a constatação de que os hospitais de custódia brasileiros são estruturados sob uma sistemática que propicia a exclusão e segregação social; sistema este que deveria receber os sujeitos inimputáveis para receberem um tratamento humanizado e eficiente, quando do cumprimento de suas medidas de segurança, mas que, devido às suas deficiências estruturais, acabam não oferecendo cuidados em saúde mental de maneira adequada, impossibilitando a reintegração social e, por conseguinte, ocasionando a segregação dos internados (CORTEZ; SOUZA; OLIVEIRA, 2018).

Desta forma, pelas pesquisas acima expostas, é possível constatar que diversos direitos refletidos nas leis brasileiras – inclusive na reforma psiquiátrica – estão sendo inobservados, como: a humanização dos pacientes, estando estes sujeitos a diversos sofrimentos e precariedades; a falta de condições e fatores de reinserção social; a falta de acompanhamento médico adequado e esclarecimento dos detalhes sobre os transtornos e seus prognósticos; e regimes internatórios semelhantes aos de instituições asilares (BRASIL, 2001).

Essa realidade consolida as constatações recorrentes no conhecimento científico que apontam para inércia dos avanços que deveriam ocorrer. Desse modo, percebe-se o desvirtuamento da real finalidade dos estabelecimentos destinados à execução das medidas de segurança, que deveriam prezar pela aplicação de políticas de saúde mental, visando ao tratamento e cura dos indivíduos, como ratifica Mattos (2010) em crítica à não materialização das novas diretrizes impostas pela reforma, destacando que a essência curativa do manicômio nunca passou de um discurso.

Nesse sentido, coadunam Cortez, Souza e Oliveira (2018), ao elucidarem a incongruência entre o que enuncia a Lei 10.216/2001 e o que é posto em prática, bem como ao enfatizarem a necessidade de mudanças em âmbito institucional, para que se busque adequar a realidade dos hospitais de custódia aos mandamentos legais. Sendo tal problemática oriunda, no âmbito institucional, da falta de conexão entre as práticas assistenciais executadas pelas instituições responsáveis pelas medidas de segurança e os avanços no campo da saúde mental consignados na lei supracitada, que aponta para novas práticas assistenciais que considerem o indivíduo e seu contexto social no processo de formulação de políticas e práticas referentes à questão (CORTEZ; SOUZA; OLIVIRA, 2018).

Nessa mesma tônica, dados mais recentes, no que tange à realidade dos Hospitais Psiquiátricos no Brasil, continuam a denunciar a incoerência de avanços. É o que informa o Relatório da Inspeção Nacional realizada no final de 2018, em ação conjunta feita pelo Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura, pelo Conselho Nacional do Ministério Público (CNMP), pelo Ministério Público do Trabalho (MPT) e pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP). Foram inspecionados 40 Hospitais Psiquiátricos, distribuídos em dezessete estados das cinco regiões do país. Restou constatado no relatório que, sob a perspectiva legal, todos os hospitais psiquiátricos visitados possuem características asilares.

Outrossim, foram denunciadas outras situações violadoras da reforma psiquiátrica, da própria Constituição Federal e de Direitos Humanos, como: inexistência de propostas de tratamento para a internação; permanência dos internos no interior da instituição como moradores; intervenções sem consentimento; violação das correspondências; e ausência de

articulação com a rede extra-hospitalar para a continuidade do cuidado pós-alta (Relatório da Inspeção Nacional de Hospitais Psiquiátricos, 2020).

Também foram constatadas situações de maus-tratos, tratamento desumano e degradante, a exemplo de alimentação e água potável insuficiente e de má qualidade; banho frio e banheiros sem porta; e indícios de usurpação de recursos financeiros das pessoas internadas. Igualmente foram observadas situações ultrajantes ao corpo e à moral, como: impedimento ao uso das próprias roupas e acesso aos seus pertences e da livre comunicação com familiares; privacidade desrespeitada; força de trabalho explorada e castigos físicos; contenção mecânica irregular; uso excessivo de medicação etc. (Relatório da Inspeção Nacional de Hospitais Psiquiátricos, 2020).

Fica patente a lógica crônica de violação de direitos humanos arraigada nestas instituições, ainda prevalecendo um sistema de violação da dignidade e dos direitos do grupo vulnerável a elas submetido. São locais permeados de inaceitável quadro de violência institucional (verbal, física, moral), incluindo diversos relatos de assédio sexual e, em vários casos, de estupro. As instalações não oferecem meios dignos de vida saudável propícios à reinserção social das pessoas internadas, pelo contrário, as incapacitam (Relatório da Inspeção Nacional de Hospitais Psiquiátricos, 2020).

A sequência de pesquisas com resultados análogos traz à tona a não mudança de paradigmas, refletindo inércia de evolução ante os avanços legais, teóricos e de Direitos Humanos, restando observado que o contexto das medidas de segurança permanece aquém dos ideais de desinstitucionalização e demais avanços almejados pela reforma psiquiátrica, denotando uma ineficácia jurídica e também social, estando em descompasso com o arcabouço normativo vigente e por funcionar como um meio de alijamento social.

4.3 A interseccionalidade entre as políticas de segurança pública, as medidas de segurança e os Centros de Atenção Psicossocial no Brasil

O processo de redemocratização brasileiro, vivenciado no final da década de 1970 e impulsionado pelos movimentos sociais, deu causa a uma série de reformas, das quais emergiram dois movimentos sociopolíticos: a reforma sanitária, na saúde em geral, e a reforma psiquiátrica, na saúde mental. Ambos os movimentos foram influenciados pela efervescência político-participativa desse período histórico (PITTA, 2011). Esse contexto foi de grande importância para as conquistas na saúde e saúde mental no Brasil, pois promoveu um redirecionamento das políticas públicas nessas áreas, passando a considerar o

compromisso pelos interesses dos usuários. Outrossim, atribuiu-se ao Estado um papel primordial nesse processo, assegurando que a saúde mental fosse um direito de todos e um dever estatal (MAIA, 2017).

O movimento de reforma sanitária reuniu intelectuais, profissionais da área, organizações e associações da sociedade civil, tendo como referencial ético a saúde como valor universal, o que só poderia ser concretizado através da reformulação do sistema público de saúde vigente, de forma a atingir a universalização e a equidade (VAITSMAN apud PAIM, 2007). Esses valores também estão no âmago da reforma psiquiátrica, que desponta da primeira, porém dela se particulariza, pois tem como pauta a defesa dos direitos e da cidadania de pessoas em sofrimento psíquico, exigindo uma ruptura com a forma tradicional de tratamento à saúde mental (MAIA, 2017).

Assim, busca-se a consolidação de um modelo antimanicomial de assistência, rompendo com a característica asilar das instituições e pautado na inclusão social e em uma rede assistencial de atenção psicossocial, de forma a substituir os hospitais psiquiátricos. Essa forma de abordagem promove a dignidade dos sofredores de transtornos mentais, pois reconhece os usuários da atenção psicossocial como portadores de direitos e desejos, como cidadãos de fato (PEREIRA; MAIA, 2018). Nesse sentido, Amarante e Torre (2018) entendem a cidadania ativa como um fator fundamental de êxito dos objetivos almejados pela reforma psiquiátrica, na medida em que visa à inserção do louco no convívio social, rompendo com o segregacionismo.

Nessa linha, em 2001, a Organização Mundial de Saúde (OMS) publicou o relatório sobre a saúde mental no mundo. Nele é enaltecida a importância do cuidar em comunidade no que tange ao alcance de melhores resultados no tratamento, promoção de maior qualidade de vida e proteção de direitos humanos das pessoas com perturbações mentais crônicas. Destarte, sendo este modelo mais benéfico que o modelo de tratamento institucional, inclusive ao limitar o estigma associado ao tratamento, o relatório orienta a substituição dos hospitais psiquiátricos de natureza carcerária por serviços de tratamento e cuidados territoriais (OMS, 2001).

Seguindo essa linha de evoluções, em 19 de fevereiro de 2002 foi editada a portaria nº 336, do Ministério da Saúde, regulamentando o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossociais (CAPS). O documento promoveu o direcionamento da atuação dos CAPS, prezando pelo trabalho em conjunto com outros serviços (BRASIL, 2002). Maia (2017) destaca como exemplos a interseccionalidade com o programa saúde da família, os

ambulatoriais, as residências terapêuticas e os Centros de Referência de Assistência Social (CRAS).

Os CAPS são instituições voltadas à assistência e cuidado de pessoas com sofrimento mental, efetuando o acompanhamento clínico e promovendo a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços com a família e a comunidade (MAIA, 2017). Os centros serão instalados observando as diretrizes do modelo territorial de assistência (BRASIL, 2002), fator importante para manter as pessoas assistidas em seu meio social, não ocasionando uma ruptura com a realidade e o ambiente do portador de transtorno mental.

Assim, os CAPS são uma alternativa para romper as barreiras da exclusão que estiveram, e ainda estão, presentes na realidade dos indivíduos sob medida de segurança, almejando, assim, a reinserção social destes agentes, proporcionando sua aproximação com seus familiares e com a sociedade. São usados como meios para tal ressocialização métodos que proporcionam aos pacientes desses centros a circulação e ocupação de espaços sociais (PARANHOS-PASSOS; AIRES, 2013). A possível utilização dos CAPS por indivíduos tutelados por medidas de segurança mostra-se, portanto, em harmonia com a Lei 10.216/01, que entende o internamento como última instância, quando os tratamentos extra-hospitalares não forem suficientes (BRASIL, 2001).

Destarte, esses centros de atenção buscam substituir os hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico, refletindo as preferências legais e humanitárias pelos tratamentos ambulatoriais, em uma clara tentativa de adequar a realidade dos tutelados aos Direitos Humanos e princípios constitucionais (SANTOS; FARIAS; PINTO, 2015). Contudo, mesmo com a progressiva extinção dos antigos manicômios para implantação de hospitais, as dificuldades provenientes da aplicação inadequada de medidas de segurança ainda estão longe de serem superadas, principalmente a institucionalização dos agentes. Desse modo, ainda são necessárias políticas que possibilitem a reforma total do sistema.

Nesse contexto, Cortez, Souza e Oliveira (2018) elucidam a necessidade de compreender a relação entre a legislação, assistência social e saúde mental, asseverando que as políticas públicas emanadas do Poder Executivo encontram resistência nos hospitais de custódia para serem postas em prática. O cerne para este obstáculo se encontra, principalmente, na estrutura dos hospitais de custódia, uma vez que fazem parte do sistema penitenciário, podendo apresentar maior resistência para mudanças que os processos e práticas em instituições tradicionais com normas emanadas do Poder Executivo. O modelo

atual dos hospitais de custódia tende a “despotencializar” os indivíduos e desconsiderar seu entorno durante o processo assistencial (CORTEZ; SOUZA; OLIVEIRA, 2018).

Nesse sentido, os autores supracitados defendem a substituição do tratamento interno em hospitais por um sistema territorial, no qual o caráter carcerário dos HCTPs não territoriais é substituído por um sistema incluso no âmbito das políticas de saúde mental, sendo integrado pelas varas judiciais de execuções penais especializadas em saúde mental, pelo Sistema Único de Saúde (SUS), pelo Centro de Referência em Assistência Social (CRAS) e pelo CAPS.

Tal sistema, em modelo territorial, visa promover a permanência dos indivíduos sob medida de segurança no seio da comunidade, facilitando o tratamento e aumentando a possibilidade de reinserção, o que é deveras mais difícil em um sistema não territorial, ou seja, aquele em que o indivíduo é distanciado da comunidade e tem seus laços sociais comprometidos em virtude do internamento. Nesse sentido, ratificam Santos, Farias e Pinto (2015) que há necessidade de investir na sociabilidade dos sujeitos com transtorno mental em posição de conflito com a lei, mantendo estes em suas comunidades, apesar do delito cometido perante a sociedade, uma vez que a ideia não é punir, mas tratar.

Programas alternativos também foram implementados em alguns Estados na tentativa de adequar a realidade das medidas de segurança no Brasil à correta aplicação dos dispositivos legais e necessária observância dos Direitos Humanos, acarretando o surgimento do Programa de Atenção Integral ao Paciente Portador de Sofrimento Mental (PAI-PJ), no Estado de Minas Gerais; e do Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator, no Estado de Goiás.

O Piauí, por exemplo, como apontam Rosa e Silva (2021), teve o processo de desinstitucionalização em saúde mental iniciado tardiamente, somente em 2004, com a criação do primeiro CAPS. Posteriormente, somente no ano de 2011, com a portaria 3.088, do Ministério da Saúde, foi instituída a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no Estado, bem como o serviço residencial terapêutico (SRT) e o Programa Volta para Casa; citam-se também Equipes de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAPs), criado pela Portaria n.º 94 de 2014, também do Ministério da Saúde (ROSA; SILVA, 2021). Destarte, segundo estas autoras, o processo de desinstitucionalização em saúde mental, no Piauí, está se desenvolvendo, restando, ainda, muito a ser feito.

Concebe-se então, do que foi exposto, que as políticas públicas são essenciais para alcançar a real finalidade da medida de segurança, pois estas, se concebidas somente na seara penal e com caráter punitivo, estarão fadadas ao desvirtuamento do seu objetivo na atual

conjuntura jurídico-constitucional, bem como ao perpetuamento de práticas arcaicas e antiquadas. Por conseguinte, essas políticas públicas devem estar direcionadas sobretudo para a saúde e ressocialização das pessoas com transtorno mental.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Do exposto, depreende-se que os indivíduos acometidos por transtornos mentais foram por muito tempo tratados como marginais, sendo em um passado não distante segregados em manicômios, representando estes a marginalização dos indivíduos submetidos às medidas de segurança; ambientes maculados pela negação de direitos humanos e ofensa à dignidade dos sujeitos lá tutelados. Os reflexos desse processo histórico podem ser observados nas dificuldades encontradas atualmente na busca pelo tratamento ideal ao grupo em estudo.

Identificando os problemas supracitados, os profissionais da saúde em conjunto com o legislador endossam os movimentos antimanicômiais, acarretando a reforma psiquiátrica, consubstanciada pelos preceitos constitucionais de tutela e promoção de direitos humanos. Assim, objetivou-se acabar com o sistema manicomial e suas máculas, reformando-o em prol de um sistema de medidas de segurança que proporcione a reinserção do tutelado na sociedade por meio de tratamentos que atendam à sua dignidade.

Contudo, a despeito dos avanços oriundos das reformas, máxime no campo legislativo, constata-se que ainda perduram máculas típicas dos sistemas manicômiais. É o que se observa no caráter asilar ainda vigente na aplicação das medidas de segurança, na exclusão do convívio social, distanciando os indivíduos da sociedade e dificultando sua reinserção e na marcante marginalização a que os tutelados são submetidos no decurso da execução das medidas, uma vez que são, em alguns casos, privados de direitos humanos básicos e “esquecidos” pelo próprio sistema judicial, que deveria zelar para que não fosse aplicada uma verdadeira pena a quem foi absolvido nos termos da sua culpabilidade. Permanece, em grande parte, a submissão dessas pessoas a um quadro crônico de negação de direitos e, corriqueiramente, de violência institucional.

Algumas políticas públicas ensaiaram o caminho a ser percorrido na busca da garantia dos direitos fundamentais para os indivíduos submetidos a medidas de segurança, contudo, ainda existe um longo trajeto a ser percorrido para que o resultado almejado pela reforma psiquiátrica, pelos princípios constitucionais e pelos direitos fundamentais sejam alcançados. A solução está na ampliação das políticas que têm mostrado resultados e na implementação daquelas que ficaram apenas na teoria.

REFERÊNCIAS

ALLDERIDGE, P. Hospitals, Madhouses and Asylums: Cycles in the Care of the Insane. **British Journal of Psychiatry**, v. 134, n. 04, 1979.

AMARANTE, P; NUNES, M. de O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 2067-2074, 2018.

AMARANTE, P; TORRE, E. H. G. “De volta à cidade, sr. cidadão!” - reforma psiquiátrica e participação social: do isolamento institucional ao movimento antimanicomial. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 52, n. 6, p. 1090-1107, Dec. 2018.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.

BARROSO, L. R. Neoconstitucionalismo e constitucionalização do Direito (O triunfo tardio do direito constitucional no Brasil). **Revista de Direito Administrativo**, Rio de Janeiro, v. 240, p. 1-42, 2005.

BARTON, R. **Institutional Neurosis**. 3. ed. Bristol: John Wright and Sons, 1976.

BASAGLIA, F. As instituições da violência. In: BASAGLIA, Franco (org). **A Instituição Negada**. Rio de Janeiro, Ed Graal, p. 99-134, 1985.

BRASIL [1940]. **Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 – Código Penal**. Rio de Janeiro: Presidência da República/Casa Civil, 1940. Legislação atualizada: Vade Mecum. São Paulo: Saraiva, 2021.

BRASIL [1984]. **Lei 7.810, de 11 de julho de 1984 – Lei de Execução Penal**. Brasília: Presidência da República/Casa Civil, 1984. Legislação atualizada: Vade Mecum. São Paulo: Saraiva, 2021.

BRASIL [1988]. **Constituição Federal de 1988**. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Legislação atualizada: Vade Mecum. São Paulo: Saraiva, 2021.

BRASIL [2001]. **Lei 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. Brasília: Presidência da República/Casa Civil, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 336, de 10 de fevereiro de 2002**. Brasília, 2002.

CARRARA, S. L. A História Esquecida: os Manicômios Judiciários no Brasil. **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 16-29, 2010.

CIA, M. **Medidas de segurança no Direito Penal brasileiro**: a desinternação progressiva sob uma perspectiva política criminal. São Paulo: UNESP, 2011.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura; Conselho Nacional do Ministério Público; Ministério Público do Trabalho. **Hospitais**

Psiquiátricos no Brasil: Relatório de Inspeção Nacional. Impresso no Brasil: 2a edição – Março 2020.

CORTEZ, P. A; SOUZA, M. V. R de; OLIVEIRA, L. F. A. Princípios de uma política alternativa aos manicômios judiciais. **Saude soc.** São Paulo, v. 27, n. 4, p. 1206-1217, 2018.

CRUZ NETO, O; MOREIRA, M. R. A concretização de políticas públicas em direção à prevenção da violência estrutural. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 33-52, 1999.

FERNANDES, D. I. M. **Entre Themis e Asclépio:** Um estudo da inimputabilidade no ordenamento jurídico-penal português. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Faculdade de Economia, Universidade de Coimbra, Coimbra, 2012.

FERNANDES, R. H. H; PONTES, D. P; VENTURA, C. A. A. A Sociedade e o Estado Perante a Medida de Segurança Brasileira e a Estigmatização do Criminoso com Transtorno Mental. **Brazilian Journal of Forensic Sciences, Medical Law and Bioethics**, v. 4, n. 4, p. 430-451, 19 2015.

FOUCAULT, M. **História da Loucura na Idade Clássica.** São Paulo: Editora Perspectiva, 1978.

GIL, A. C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa.** São Paulo: Atlas, 2017.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos.** 7.ed. São Paulo: Perspectiva, 2003.

GRECO, R. **Curso de Direito Penal.** 17 ed. Niterói: Editora Impetus, 2017.

IBRAHIM, E; VILHENA, J. de. Manicômio Judiciário: é Possível ao Louco-Criminoso resistir?. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 34, n. 4, p. 879-893, 2014.

MACEDO, P. A pena de prisão no Brasil. Uma análise à luz da sociologia do direito de Erving Goffman. **Revista da ESMESE**, n. 7, 2004.

MAIA, J. B. D. **A Rede que temos e a rede necessária:** avanços e desafios na implementação da rede de atenção psicossocial em Picos-PI. 2017. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2017.

MARCHEWKA, T. M. As contradições das medidas de segurança no contexto do direito penal e da reforma psiquiátrica no Brasil. **Revista de Direito Sanitário**, v. 2, n. 3, p. 102-111, 2001.

MATTOS, V. Canhestros caminhos retos: Notas sobre a segregação prisional do portador de sofrimento mental infrator. **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 51-60, 2010.

MEDEIROS, S. M de; GUIMARAES, J. Cidadania e saúde mental no Brasil: contribuição ao debate. **Ciênc. saúde coletiva**, São Paulo, v. 7, n. 3, p. 571-579, 2002.

MINAYO, M. C. de S. Violência social sob a perspectiva da saúde pública. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, supl. 1, p. S7-S18, 1994.

MINAYO, M. C. de S; SOUZA, E. R. de. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 3, p. 513-531, 1997.

MINAYO, M. C. S. **Violência e saúde**. Temas em Saúde collection. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006, 132 p.

MINAYO, M.C.S. Conceitos, teorias e tipologias de violência: a violência faz mal à saúde. In: NJAINE, K., ASSIS, S. G., e CONSTANTINO, P. **Impactos da Violência na Saúde**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007, 418 p.

NAKAYAMA, B. T. S; VENTURA, C. A. A. Transtornos Mentais e Medida de Segurança: Uma Análise Fundamentada no Direito Humano à Saúde. **Brazilian Journal of Forensic Sciences, Medical Law and Bioethics**, v. 4, n. 3, p. 353-365, 27 2015.

NUCCI, G. de S. **Manual de Direito Penal**. 16. ed. Rio de Janeiro: Editora Forense, 2020.

OLIVEIRA, A. S; DIAS, F. M. V. Andando na contramão: o destino dos indivíduos com transtorno mental que cometem crimes no Brasil. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 1-2, 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). **Relatório sobre a saúde no mundo 2001**. Saúde mental: nova concepção, nova esperança, 2001.

PACHECO, A. M. La violencia. Conceptualización y elementos para su estudio. **Polít. cult.**, México, n. 46, p. 7-31, 2016.

PAIM, J. S. **Reforma Sanitária Brasileira**: contribuição para compreensão e crítica. 2007. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2007.

PARANHOS-PASSOS, F; AIRES, S. Reinserção social de portadores de sofrimento psíquico: o olhar de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 13-31, 2013.

PEREIRA, S. L. B; MAIA, J. B. D. Avanços e Desafios para Implementação da Rede de Atenção Psicossocial em um Município de Médio Porte. **Rev. FSA**, Teresina, v.15, n.4, art. 13, p. 246-262, jul./ago. 2018.

PITTA, A. Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Instituições, Atores e Políticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 12, p. 4579-4589, 2011.

PRADO, A. M; SCHINDLER, D. A medida de segurança na contramão da Lei de Reforma Psiquiátrica: sobre a dificuldade de garantia do direito à liberdade a pacientes judiciários. **Rev. direito GV**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 628-652, 2017.

ROSA, L. C. S; SILVA. S. L. C. O Cenário de (Des)Institucionalização em Saúde Mental do Piauí a Partir das EAPS. **Rev. FSA**, Teresina, v.18, n. 01, art. 15, p. 327-353, jan. 2021.

SANTOS, A. L. G; FARIAS, F. R; PINTO, D. S. Por uma sociedade sem hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1215-1230, 2015.

SILVEIRA, L. C; BRAGA, V. A. B. Acerca do conceito de loucura e seus reflexos na assistência de saúde mental. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 4, p. 591-595, 2005.

TEIXEIRA, E. H; DALGALARRONDO, P. Crime, diagnóstico psiquiátrico e perfil da vítima: um estudo com a população de uma casa de custódia do estado de São Paulo. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 55, n. 3, p. 192-194, 2006.

ZAFFARONI, E. R.; ALEJANDRO S.; ALEJANDRO A. **Manual de derecho penal**. 2. ed. Buenos Aires: Ediar, 2010.

Como Referenciar este Artigo, conforme ABNT:

FIGUEIREDO, L. S; RODRIGUES, J; COSTA, M. T. A; MARQUES FILHO, E. G; MAIA, J. B. D. Análise da Efetividade Sociojurídica das Medidas de Segurança no Brasil. **Rev. FSA**, Teresina, v.18, n. 5, art. 4, p. 49-74, mai. 2021.

Contribuição dos Autores	L. S. Figueiredo	J. Rodrigues	M. T. A. Costa	E. G. Marques Filho	J. B. D. Maia
1) concepção e planejamento.		X	X		X
2) análise e interpretação dos dados.		X	X	X	
3) elaboração do rascunho ou na revisão crítica do conteúdo.	X	X	X	X	X
4) participação na aprovação da versão final do manuscrito.	X	X	X	X	