V ENCONTRO INTERNACIONAL DO CONPEDI MONTEVIDÉU – URUGUAI

CRIMINOLOGIAS E POLÍTICA CRIMINAL I

JOSIANE PETRY FARIA

CARLOS URIARTE

Copyright © 2016 Conselho Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Direito

Todos os direitos reservados e protegidos.
Nenhuma parte deste livro poderá ser reproduzida ou transmitida sejam quais forem os meios empregados sem prévia autorização dos editores.

Diretoria – CONPEDI
Presidente - Prof. Dr. Raymundo Juliano Feitosa – UNICAP
Vice-presidente Sul - Prof. Dr. Ingo Wolfgang Sarlet – PUC - RS
Vice-presidente Sudeste - Prof. Dr. João Marcelo de Lima Assafim – UCAM
Vice-presidente Nordeste - Profa. Dra. Maria dos Remédios Fontes Silva – UFRN
Vice-presidente Norte/Centro - Profa. Dra. Julia Maurmann Ximenes – IDP
Secretário Executivo - Prof. Dr. Orides Mezzaroba – UFSC
Secretário Adjunto - Prof. Dr. Felipe Chiarello de Souza Pinto – Mackenzie

Representante Discente – Doutoranda Vivian de Almeida Gregori Torres – USP

Conselho Fiscal:
Prof. Msc. Caio Augusto Souza Lara – ESDH
Prof. Dr. José Querino Tavares Neto – UFG/PUC PR
Profa. Dra. Samyra Haydêe Dal Farra Naspolini Sanches – UNINOVE
Prof. Dr. Lucas Gonçalves da Silva – UFS (suplente)
Prof. Dr. Fernando Antonio de Carvalho Dantas – UFG (suplente)

Secretarias:
Relações Institucionais – Ministro José Barroso Filho – IDP
Prof. Dr. Liton Lanes Pilau Sobrinho – UPF
Educação Jurídica – Prof. Dr. Horácio Wanderlei Rodrigues – IMED/ABEDi
Eventos – Prof. Dr. Antônio Carlos Diniz Murta – FUMEC
Prof. Dr. Jose Luiz Quadros de Magalhaes – UFMG
Profa. Dra. Monica Herman Salem Caggiano – USP
Prof. Dr. Valter Moura do Carmo – UNIMAR
Profa. Dra. Viviane Coêlho de Séllos Knoerr – UNICURITIBA
Comunicação – Prof. Dr. Matheus Felipe de Castro – UNOESC

C929

Criminologias e política criminal I [Recurso eletrônico on-line] organização CONPEDI/UdelaR/Unisinos/URI/ UFSM /Univali/UPF/FURG;

Coordenadores: Carlos Uriarte, Josiane Petry Faria – Florianópolis: CONPEDI, 2016.

Inclui bibliografia
ISBN: 978-85-5505-218-7
Modo de acesso: www.conpedi.org.br em publicações
Tema: Instituciones y desarrollo en la hora actual de América Latina.

1. Direito – Estudo e ensino (Pós-graduação) – Encontros Interncionais. 2. Criminologias. 3. Política Criminal. I. Encontro Internacional do CONPEDI (5. : 2016 : Montevidéu, URU).

CDU: 34



Conselho Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Direito
Florianópolis – Santa Catarina – Brasil
www.conpedi.org.br



Universidad de la República
Montevideo – Uruguay
www.fder.edu.uy

V ENCONTRO INTERNACIONAL DO CONPEDI MONTEVIDÉU – URUGUAI

CRIMINOLOGIAS E POLÍTICA CRIMINAL I

Apresentação

O Grupo de Trabalho teve como objetivo oferecer espaço para apresentação e debate de pesquisas, as quais refletem as tensões no atual desenho e estrutura da política criminal, sobretudo aquelas sediadas no Brasil e no Uruguai, país visitante e anfitrião, respectivamente do Encontro do CONPEDI.

As temáticas abordadas demonstraram a multidimensionalidade dos problemas e a necessidade de investigações transdisciplinares e propositivas, uma vez que o debate se desenvolveu a partir de elementos criminológicos resultados de questões sociais e que, à evidência, produzem ruído na atmosfera político-social.

Percebe-se uma sintonia entre os artigos expostos no sentido da insuficiência e/ou carência do sistema tradicional no trato adequado das questões criminológicas, bem como uma insatisfação com modelos metodológicos centrados na mera desconstrução teórica de elementos arquitetônicos da criminologia e, principalmente, a preocupação em desenvolver novas metodologias factíveis de enfrentamento das questões emergentes e ainda daquelas consolidadas no campo de abordagem. Assim, esteve-se diante de cientistas dispostos e propostos a trabalhar pela e para a sociedade.

As problemáticas envolveram temas pungentes e urgentes, tais como o gênero, a criminalidade e o sistema de cumprimento da pena privativa de liberdade; a seletividade penal; a política criminal de drogas; a colaboração premiada e as garantias constitucionais; os dramas que permeiam as medidas de segurança; a gentrificação e a criminalidade urbana; as problemáticas do exame criminológico; a Justiça Restaurativa na resolução de conflitos; a sociedade do risco e o discurso do medo e ainda as prisões cautelares e as representações sociais da pena.

Entrecortaram os textos a perspectiva de inclusão social, a alteridade e a necessidade de pensar e repensar os processos de reestruturação espacial e seus reflexos na política criminal, mas essencialmente um redirecionamento na mirada para políticas públicas municiadas pela ética da tolerância e da manutenção das garantias constitucionais.

Repousou o centro de radiação do debate não em reformas ou propostas de novos modelos criminais e criminológicos, mas sim na sociedade e no Estado que se deseja, como já falaram Eugenio Zaffaroni e Raúl Cervini. O conceito de Justiça a perseguir esteve presente em todas as pesquisas, bem como a demonstração da insatisfação com sua redução, a tão somente, níveis de segurança a qualquer preço. A conclusão é pela tomada de consciência e sensibilização para não ceder inocente ou levianamente aos discursos do medo e da vingança coletiva.

Desse modo, tendo como cenário a teia social, a qual se renova e cria novos formatos de criminalidade com novos protagonistas e permanece com o mesmo sistema estigmatizante e destrutivo da dignidade e do capital social, se buscou analisar criticamente os problemas, as emergências e as possibilidades. Discursos voltados ao próprio discurso foram negados. A dinâmica espaço-comunicacional da sociedade foi enfrentada, sob o ponto de vista da legislação e da participação e deliberação pública. Projetos de intervenção vertical generalizantes foram rechaçados. Programas autocentrados e voltados para o delito foram deslegitimados.

Restou do Grupo de Trabalho a certeza de que as investigações e as propostas devem estar voltadas para as pessoas, suas habilidades e competências, em políticas que promovam a interação horizontal e viabilizem a transformação do mundo da vida, pois construída por seres mutantes que criam e recriam a cultura.

Profa. Dra. Josiane Petry Faria: Graduação em Direito pela Universidade Federal de Pelotas; Especialista em Política pela Universidade Federal de Pelotas; Mestre em Direito pela Universidade de Caxias do Sul; Doutora em Direito pela Universidade de Santa Cruz do Sul, com Bolsa Capes Prosup e PDSE na Universidade de Sevilha – Espanha. Professora Adjunto, Coordenadora do Projur Mulher e do PPG- Mestrado da Faculdade de Direito da Universidade de Passo Fundo; Advogada.

Prof. Dr. Carlos Uriarte: Doutor en Derecho y Ciencias Sociales, egresado de la Facultad de Derecho de la Universidad de la República (UDELAR). Prof. Adjunto de Derecho Penal en dicha facultad y em la Universidad Católica del Uruguay (UCU).

MEDIDAS DE SEGURANÇA: REALIDADE ATUAL E NOVAS PRÁTICAS.

LE MISURE DI SICUREZZA: SITUAZIONE ATTUALE E LE NUOVE PRATICHE.

Jéssica Pascoal Santos Almeida [1]

Resumo

O objetivo geral do presente trabalho é identificar, com base na literatura, as diferenças entre a sistemática jurídico-penal das medidas de segurança e as propostas dos programas de atenção integral nesta espécie de sanção penal. Para que o escopo principal fosse alcançado, foram formulados dois objetivos específicos: (i) verificar a sistemática jurídico-penal e a realidade atual do cumprimento da medida de segurança no Brasil; e, (ii) descrever as propostas de programas de atenção integral em medida de segurança já estruturados no país.

Palavras-chave: Medidas de segurança, Realidade atual, Novas práticas

Abstract/Resumen/Résumé

L'obiettivo generale di questo studio è quello di identificare, sulla base della letteratura, le differenze tra i sistematici giuridico-penale delle misure di sicurezza e le proposte dei programmi di assistenza integrale in questo tipo di sanzione penale. Sono stati formulati due obiettivi specifici per raggiungere lo scopo principale: (i) verificare l'sistematica giuridico-penale e la realtà attuale della esecuzione della misura di sicurezza in Brasile; (ii) descrivere le proposte di programmi di assistenza integrale in misure di sicurezza già strutturati.

Keywords/Palabras-claves/Mots-clés: Misure di sicurezza, Realtà attuale, Nuove pratiche

[1] Doutoranda e Mestra pelo Departamento de Direito Penal, Medicina Forense e Criminologia da Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo. Especialista em Direito Penal pela Universidad de Salamanca (Espanha).

INTRODUÇÃO

A medida de segurança envolve dois fenômenos altamente estigmatizados: a loucura e o crime. Para refletir adequadamente sobre novas práticas em medida de segurança é preciso considerar e partir de uma abordagem interdisciplinar, de modo a alcançar um olhar mais ampliado sobre o assunto para melhor compreender as questões que emergem da interface entre Saúde mental e Direito penal.

Do ponto de vista normativo – e também da prática forense atrelada à lei penal –, pouco tem se evoluído em relação à execução das medidas de segurança, que seguem sendo fundamentadas em concepções já superadas, estagnadas ou até mesmo problemáticas, como é o caso da ideia de periculosidade, noção que suscita inúmeras discussões, inclusive. Sem aprofundar e sugerir possíveis razões para isso, propomo-nos a fazer um salto para discorrer sobre o que nos parece estar na outra ponta da abordagem do tema: as propostas que existem, no Brasil, de novas práticas em medida de segurança, que buscam e se pautam não na periculosidade do indivíduo, mas na efetivação da chamada Lei Antimanicomial, fruto de um movimento que não só atendeu a reivindicações sociais como contou com suporte e embasamento científico.

O movimento da Reforma Psiquiátrica é muito mais amplo, anterior e complexo do que o instituído pela Lei nº. 10.216/2001, contudo, para efeitos deste estudo, refere-se a tal reforma a parir desta norma, que determinou o redirecionamento da assistência em saúde mental de um modelo centrado na internação hospitalar (sistema hospitalocêntrico) para outro baseado na atenção psicossocial, que deve ocorrer, preferencialmente, em serviços e centros comunitários de saúde mental (como os centros de atenção psicossocial, os CAPS).

Não obstante o advento desta lei – que, apesar de existir há mais de quinze anos, ainda é bastante desconhecida e pouco referida pela comunidade jurídica –, não se observou o devido impacto no âmbito penal em relação à execução das medidas de segurança, sobretudo na modalidade internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico (HCTP), internação esta que é compulsória e continua sendo determinada pela Justiça com base no critério estabelecido pelo Código Penal (*caput* do artigo 97), ou seja, com base em uma norma que considera a internação como regra geral, independentemente da existência ou não de uma real necessidade clínica que a fundamente, a despeito da Lei Antimanicomial estabelecer que a internação, em quaisquer de suas modalidades, é medida excepcional, indicada apenas "quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes" (*caput* do artigo 4º).

Todavia, apesar da resistência que há para a efetivar os postulados atualmente vigentes em relação à assistência em saúde mental, existe registro na literatura científica de dois programas de atenção integral em medida de segurança estruturados no Brasil, que contemplam, em suas diretrizes, a observância ao modelo assistencial consolidado e redirecionado pela Reforma Psiquiátrica.

Diante disso, o objetivo geral do presente trabalho é identificar, com base na literatura, as diferenças entre a sistemática jurídico-penal das medidas de segurança e as propostas dos programas de atenção integral nesta espécie de sanção penal. Para que o escopo principal fosse alcançado, foram formulados dois objetivos específicos: (i) verificar a sistemática jurídico-penal e a realidade atual do cumprimento da medida de segurança no Brasil; e, (ii) descrever as propostas de programas de atenção integral em medida de segurança já estruturados no país.

O conhecimento e a divulgação dessas novas práticas em medida de segurança são muito importantes para promover a reflexão sobre o assunto e incentivar novas pesquisas sobre o tema da inclusão social em medida de segurança, que é, inclusive, um dos direitos assegurados às pessoas com transtorno mental. Esta pesquisa pretende contribuir para o debate jurídico-penal acerca da pertinência da implementação, em todo território nacional, de programas de atenção integral ao indivíduo submetido à medida de segurança.

A metodologia adotada foi a revisão de literatura, e o referencial teórico utilizado trata-se da Criminologia clínica de inclusão social tal como teorizado pelo criminólogo Alvino Augusto de Sá (2011).

1 REALIDADE ATUAL DAS MEDIDAS DE SEGURANÇA NO BRASIL

É de se causar espanto saber que o primeiro censo sobre a situação da custódia penal em estabelecimentos que executam o cumprimento da medida de segurança apenas foi realizado no Brasil em 2011. Até então, pouco se sabia sobre a verdadeira dimensão da realidade das medidas de segurança no país, embora algumas informações e discussões, principalmente no âmbito acadêmico e em alguns segmentos da sociedade civil, sejam conhecidas desde antes.

Publicado em 2013, o estudo intitulado “A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil” foi idealizado e coordenado pela antropóloga Debora Diniz, do Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília (UnB), e financiado pelo Ministério da Justiça.

Para realizar este estudo censitário de abrangência nacional, DINIZ percorreu todos os 26 estabelecimentos até então existentes (23 HCTPs e 3 alas de tratamento psiquiátrico) para investigar a situação da população que vivia nestes locais (2013, p. 35).

A pesquisa foi realizada em todos os Estados brasileiros, além do Distrito Federal. Todavia, sete Estados (Acre, Amapá, Maranhão, Mato Grosso do Sul, Roraima, Tocantins e Goiás) não possuíam, em 2011, nenhum estabelecimento de custódia e tratamento psiquiátrico, sendo que – exceto no estado goiano – os indivíduos formalmente em medida de segurança possivelmente estavam "cumprindo o tratamento" em delegacias, presídios, penitenciárias ou em outras instituições de custódia, ou, então, tinham sido transferidos para outros Estados (DINIZ, 2013, p. 20). Dentre estes, o de Goiás é um caso à parte, pois, em todo o território estadual as medidas de segurança são acompanhadas pelo "Programa de Atenção Integral ao Louco-Infrator" (Paili), que será descrito no próximo item e que, atualmente, configura-se como umas das propostas existentes de um modelo alternativo à sistemática jurídico-penal definida pelo Código Penal e pela Lei de Execução Penal.

Os dados encontrados no censo de 2011 revelam a dimensão aproximada da gravidade do problema, bem como denunciam as sérias violações de direitos humanos que estão em curso no Brasil há décadas.

1.1 Sistemática jurídico-penal das medidas de segurança

Sem pretensão de aprofundar dogmaticamente o assunto e partindo das concepções mais atuais e majoritárias sobre a teoria do delito, considera-se a *imputabilidade* como um dos elementos da culpabilidade. Seu conceito foi construído no plano científico e extraído do sentido contrário da definição de *inimputabilidade* prevista no artigo 26, do Código Penal (CP). Enquanto a imputabilidade é a aptidão do indivíduo que tem capacidade para compreender a ilicitude do fato e se determinar de acordo com esse entendimento, a inimputabilidade é uma das causas de exclusão da culpabilidade. De acordo com a lei, o sujeito inimputável é isento de pena, pois, "por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento" (art. 26, *caput*). Significa dizer que a isenção de pena determinada no referido dispositivo legal ocorre justamente em razão da falta de culpabilidade, ausência esta que, no estudo sistemático da teoria do delito, não afeta o injusto

(conduta típica e ilícita), que já havia se configurado previamente (OLIVÉ; PAZ; OLIVEIRA; BRITO, 2011, p. 459-461).

Do dispositivo legal mencionado, extraem-se dois critérios para apuração da inimputabilidade: o *biológico* (ou psiquiátrico) – que se configura em razão do transtorno mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado (o indivíduo não apresenta maturidade mental suficiente, seja pela menoridade[1] ou pela doença mental) – e o *psicológico* – que exige o comprometimento da capacidade de compreender a ilicitude do fato ou de se determinar conforme este entendimento. Constatados ambos os critérios (chamados, em conjunto, de *biopsicológico* ou *misto*), a inimputabilidade estará caracterizada e o indivíduo não poderá ser apenado, ficando sujeito à outra modalidade de sanção penal, a medida de segurança – que será mais bem descrita a seguir – se houver o reconhecimento da materialidade da conduta típica, bem como da sua autoria.

Além da imputabilidade e da inimputabilidade, o vigente ordenamento jurídico-penal brasileiro prevê o reconhecimento de uma terceira – e intermediária – hipótese, a *semi-imputabilidade*.

Tendo em vista que "a culpabilidade é essencialmente graduável" (OLIVÉ; PAZ; OLIVEIRA; BRITO, 2011, p. 461), reconhece-se a existência de casos em que a responsabilidade penal será plena (imputabilidade) ou completamente excluída (em razão de o inimputável ser inteiramente incapaz), bem como situações intermediárias, nas quais o indivíduo não é considerado nem completamente capaz, nem inteiramente incapaz com base no critério psicológico, satisfazendo apenas o critério biológico. Trata-se de uma causa específica de diminuição de pena conhecida como semi-imputabilidade, que está prevista no parágrafo único do artigo 26 do CP, nos seguintes termos:

> A pena pode ser reduzida de um a dois terços, se o agente, em virtude de perturbação de saúde mental ou por desenvolvimento mental incompleto ou retardado *não era inteiramente capaz* de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento. (BRASIL, 1940).

Assim, considera-se que o semi-imputável tem uma culpabilidade diminuída e que sua conduta é menos reprovável do que a conduta do imputável, que é inteiramente capaz. Daí porque se pode falar também em uma imputabilidade diminuída (OLIVÉ; PAZ; OLIVEIRA;

[1] Em relação à menoridade, assim disciplina o Código Penal em seu artigo 27: "Os menores de 18 (dezoito) anos são penalmente inimputáveis, ficando sujeitos às normas estabelecidas na legislação especial". No caso, às do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).

BRITO, 2011, p. 476), mas não em uma causa de exclusão da culpabilidade, pois a perturbação na saúde mental ou o desenvolvimento mental incompleto ou retardado influenciam na capacidade de entendimento da ilicitude *ou* de autodeterminação do indivíduo, circunstância que não exclui a culpabilidade, mas a diminui, fundamentando a redução da pena (BITENCOURT, 2013, p. 481).

Ainda que o Código Penal não utilize os vocábulos inimputabilidade e semi-imputabilidade, o diploma faz referência expressa aos inimputáveis e semi-imputáveis (arts. 26, *caput*, e 98, respectivamente, ambos do CP). É com base nessas três categorias mencionadas (imputabilidade, semi-imputabilidade e inimputabilidade) que o magistrado irá determinar o tipo de sanção penal aplicável, se pena ou medida de segurança.

Dentre as consequências jurídicas do crime mais relevantes no Direito Penal, a *pena* é a regra e implica, na prática, em um mal para o apenado ou, em outras palavras, em um castigo, privando-o de bens jurídicos fundamentais como a própria liberdade e seu patrimônio (OLIVÉ; PAZ; OLIVEIRA; BRITO, 2011, p. 191 e 621). A despeito do inegável caráter retributivo, a pena hipoteticamente cumpre funções preventivas e se funda na culpabilidade do indivíduo, devendo ser individualizada, determinada (espécie, condições e duração) e proporcional à gravidade do delito praticado. O Código Penal prevê, no artigo 32, três espécies de pena, as privativas de liberdade, as restritivas de direito e as multas.

A *pena privativa de liberdade*, ou de prisão, divide-se, segundo o artigo 33, em reclusão e detenção, e seu regime de cumprimento pode ser fechado (em estabelecimento de segurança máxima ou média), semi-aberto (em colônia agrícola, industrial ou estabelecimento similar) ou aberto (em casa de albergado ou estabelecimento adequado). Já as *penas restritivas de direitos* são alternativas à prisão, substituindo-a nas hipóteses do artigo 44, e se classificam, por sua vez, em prestação pecuniária; perda de bens e valores; prestação de serviço à comunidade ou a entidades públicas; interdição temporária de direitos; e, limitação de fim de semana (art. 43, CP). Por fim, a *pena de multa* "consiste no pagamento ao fundo penitenciário da quantia fixada na sentença e calculada em dias-multa" (mínimo de 10 e máximo de 360 dias-multa), sendo que "o valor do dia-multa será fixado pelo juiz não podendo ser inferior a um trigésimo do maior salário mínimo mensal vigente ao tempo do fato, nem superior a cinco vezes esse salário", nos termos do artigo 49, do CP (BRASIL, 1940).

As *medidas de segurança* – objeto central deste artigo – compõem o segundo tipo de sanção penal possível e, assim como as penas, são consequências jurídicas do delito que também podem privar os indivíduos de bens jurídicos valiosos como, por exemplo, a própria

liberdade. Diferentemente da pena, a medida de segurança não se baseia na culpabilidade do indivíduo, mas, segundo a doutrina jurídica, na noção de "periculosidade criminal", que possui uma dimensão dupla, uma com base no passado, outra com vistas ao futuro (OLIVÉ; PAZ; OLIVEIRA; BRITO, 2011, p. 678-684).

Segundo o artigo 96, do CP, as medidas de segurança podem ser cumpridas em duas modalidades: *internação* (via de regra, em HCTP) e *tratamento ambulatorial*. Do Título VI da Parte Geral do Código penal, extrai-se a ideia de "fins curativos", tanto do tratamento ambulatorial, quanto da internação em "estabelecimento dotado de características hospitalares" (BRASIL, 1940). A despeito de qualquer função supostamente legítima, é inegável o caráter aflitivo das medidas de segurança, tanto em razão do fato da medida terapêutica ser imposta coercitivamente (o que suscita várias questões éticas, inclusive), quanto diante do fato de que, na maioria dos casos, também implica perder a liberdade.

Outra distinção importante em relação à pena é que a medida de segurança é por tempo indeterminado (prazo mínimo de um a três anos), e perdurará enquanto não se averiguar, por meio de perícia médica, a cessação de periculosidade (parágrafo primeiro do art. 97, do CP). Esta perícia deve ser realizada ao final do prazo mínimo judicialmente fixado e, após, uma vez por ano ou a qualquer tempo se assim determinar o juiz da execução (parágrafo segundo).

A norma penal estabelece a possibilidade de desinternação e liberação do indivíduo, desde que seja de forma condicionada. Todavia, segundo a lei penal, se antes do decurso de um ano houver a prática de um fato que indique a persistência de sua periculosidade, a medida será restabelecida (parágrafo terceiro do art. 97).

É com base na lei que o magistrado definirá quem cumprirá pena ou medida de segurança.

Como o imputável tem capacidade de culpabilidade, poderá ser apenado, ou melhor, poderá receber uma pena. No entanto, se o indivíduo for inimputável, o juiz deve impor uma medida de segurança na modalidade internação, salvo se "o fato previsto como crime for punível com detenção", circunstância em que o juiz poderá impor tratamento na modalidade ambulatorial, conforme dispõe o *caput* do artigo 97. Curioso notar o que dispõe o parágrafo 4º do mesmo dispositivo legal: em qualquer momento do tratamento ambulatorial, o magistrado poderá determinar a internação do indivíduo "se essa providência for necessária para fins curativos" (BRASIL, 1940). Entretanto, não existe previsão da situação contrária, qual seja, determinar o tratamento ambulatorial caso não haja razão alguma que justifique a internação

em hospital de custódia. Sem querer adiantar – mas já o fazendo – o que será abordado no item 1.3, parece-nos que esta impossibilidade contraria sobremaneira os artigos 4 e 6, da Lei nº. 10.216/01, que determina, em síntese, que a internação somente será indicada quando os recursos extra-hospitalares se revelarem insuficientes e apenas será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize as razões da medida.

Por fim, resta esclarecer qual é a sanção penal prevista para o semi-imputável. Como vimos, a semi-imputabilidade é uma causa específica de diminuição de pena, portanto, a regra é que, neste caso, o juiz imponha uma pena reduzida. Todavia, o artigo 98, do CP, autoriza que, em caso de necessidade de algum tratamento "curativo", o magistrado substitua a pena privativa de liberdade por medida de segurança.

Em suma: o imputável cumprirá pena, o inimputável se sujeitará à medida de segurança e o semi-imputável poderá cumprir uma pena reduzida ou medida de segurança, conforme o caso concreto.

1.2 Realidade do cumprimento da medida de segurança no Brasil

Segundo o Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN) – órgão que acompanha e controla a aplicação da Lei de Execução Penal e das diretrizes da Política Penitenciária Nacional –, em junho de 2012, 3.910 pessoas estavam em medida de segurança no Brasil, sendo que 2.883 homens e 228 mulheres estavam cumprindo a medida na modalidade internação e 524 homens e 275 mulheres, na modalidade tratamento ambulatorial (BRASIL, 2012). Um ano após, a população em medida de segurança praticamente não tinha variado: do total de 3.911 pessoas, 2.888 homens e 238 mulheres estavam em internação e 524 homens e 261 mulheres, em tratamento ambulatorial (BRASIL, 2013b).

Publicado em 2013 com dados alarmantes, o censo referente a 2011 trouxe à tona uma série de irregularidades e revelou que 21% (606 indivíduos, à época) estavam internados há mais tempo do que a pena máxima cominada em abstrato para a infração criminal cometida (DINIZ, 2013, p. 14).

Diante disso, o Decreto nº. 8.172, de 2013, ao estabelecer os casos de concessão de indulto natalino, determinou-o a todas as pessoas submetidas à medida de segurança, que, até o dia 25 de dezembro daquele ano, independentemente da cessação de periculosidade, tivessem "suportado privação da liberdade, internação ou tratamento ambulatorial por período igual ou superior ao máximo da pena cominada à infração penal correspondente à conduta praticada",

incluindo também os casos de superveniência de doença mental, desde que estivessem em medida de segurança "por período igual ao remanescente da condenação cominada", nos termos do inciso XII do artigo 1º (BRASIL, 2013a).

O efeito dessa política foi percebido no Levantamento Nacional de informações penitenciárias referentes a junho de 2014: a população em medida de segurança caiu 27% em relação ao ano anterior, sendo que, do total de 2.857 pessoas, 2.306 homens e 191 mulheres estavam em internação, e 351 homens e 9 mulheres, em tratamento ambulatorial (BRASIL, 2014).

Até 2013, nos relatórios estatísticos elaborados periodicamente pelo DEPEN, não havia nenhuma informação sobre o número de vagas (no caso, leitos hospitalares) disponíveis para a execução da internação em medida de segurança. Apenas em 2014, com a divulgação do "Relatório estatístico-analítico do sistema prisional do Brasil (ref. 06/2014)", esta variável foi incluída na coleta de dados (2.438 vagas para homens e 228 para mulheres). Como o tratamento ambulatorial não necessita exatamente da existência de "vagas", mas opera em razão de uma demanda (acompanhamento clínico periódico), essa informação não é mensurável por este aspecto.

1.2.1 Informações sobre a modalidade "internação"

Segundo o inciso I do artigo 96, do Código Penal, a medida de segurança na modalidade internação é cumprida, em regra, em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico, mas, no caso de sua falta, admite-se que seja em outro estabelecimento, desde que adequado (BRASIL, 1940). A lei não especifica, todavia, o que se deve entender por "adequado", ficando subtendido que seja um estabelecimento dotado de características hospitalares no qual o indivíduo possa ser submetido a um tratamento (artigo 99, do CP).

Além dos 23 HCTPs, o estudo censitário, em 2011, encontrou três alas destinadas a tratamento psiquiátrico no Distrito Federal, no Mato Grosso e em Rondônia. Dezessete Estados tinham apenas um único HCTP para toda a região, enquanto Minas Gerais, Rio de Janeiro e São Paulo possuíam, cada uma, três unidades (DINIZ, 2013, p. 35).

Antes do advento do Código Penal, em 1940, cinco manicômios judiciários já existiam no Brasil: o primeiro foi fundado em 1921 no Rio de Janeiro e, na sequência, foram inaugurados outros no Rio Grande do Sul (1925), na Bahia (1928), em Minas Gerais (Barbacena, 1929) e em São Paulo (Franco da Rocha, 1933). Na década de 1940, apenas um HCTP foi criado, na

Paraíba (1943); e, na década seguinte, mais outro em São Paulo (Taubaté, 1955). No final da década de 1960, construíram-se dois estabelecimentos de custódia, um no Ceará (1968) e um no Paraná (1969), segundo Diniz (2013, p. 21).

Juntas, a década de 1970 e 1980 somaram mais nove HCTPs: um em Santa Catarina (1971), mais dois no Rio de Janeiro (1972 e 1977), um em Alagoas (1978) e em Pernambuco (1982), mais outro em Minas Gerais (Juiz de Fora, 1984), um em Sergipe (1985), um no Espírito Santo (1986) e um no Amazonas (1988). Na década de 1990, criou-se um HCTP no Rio Grande do Norte (1998) e uma ala de tratamento psiquiátrico no Distrito Federal (1999). Nos anos 2000, São Paulo (Franco da Rocha II, 2001) e Minas Gerais (Ribeirão das Neves, 2002) inauguraram seus terceiros HCTPs, Mato Grosso sua ala de tratamento psiquiátrico (2003), Piauí seu primeiro hospital de custódia (2004), Rondônia sua primeira ala (2006) e o Pará um HCTP (2007). Até 2011, segundo o estudo censitário, tínhamos, em todo o Brasil, 26 estabelecimentos de custódia e tratamento psiquiátrico (DINIZ, 2013, p. 20-22). Todavia, por razões não identificadas, este número não corresponde ao informado pelo DEPEN (BRASIL, 2011) para o mesmo período (33 HCTPs, sendo 28 masculinos e 5 femininos).

Outra questão relevante é que, mesmo após o advento da Lei nº. 10.216/2001, que simbolizou uma vitória da luta antimanicomial (reorientando o modelo asilar para o ambulatorial), mais cinco novos estabelecimentos de custódia e tratamento psiquiátrico foram inaugurados.

Por fim, em completo desacordo com a orientação jurisprudencial manifestada pelo Supremo Tribunal Federal no sentido de reconhecer também, em relação às medidas de segurança, o limite temporal de cumprimento previsto no artigo 75, do Código Penal, qual seja, 30 anos, o estudo censitário encontrou 18 indivíduos (0,5%) internado há mais de trinta anos (DINIZ, 2013, p. 13).

Para melhor expor as informações sobre a realidade recente do cumprimento da medida de segurança na modalidade "internação", dividimos em duas categorias: dados sóciodemográficos e dados clínicos e forenses. Todas as informações a seguir dizem respeito ao estudo censitário realizado em 2011.

1.2.1.1 Dados sóciodemográficos

O censo de 2011 contabilizou 3989 pessoas vivendo internadas em hospital de custódia ou em alas específicas para o tratamento psiquiátrico Brasil afora. Desse total, 3.684 (92%)

eram homens e 291 (7%), mulheres, sendo que não havia informações sobre o sexo para 14 indivíduos. Na população total, a relação era de uma mulher para cada doze homens aproximadamente (DINIZ, 2013, p. 35-40).

A média etária de toda a população era de 38 anos, todavia, havia certo equilíbrio entre as faixas etárias correspondentes ao macrointervalo de 25 a 49 anos (variação entre 10-19% a cada cinco anos de intervalo). Agrupados em intervalos menores, encontrou-se que 58% das pessoas que estavam internadas tinham entre 20 e 39 anos, e 38% tinham entre 40 e 69 anos. Para 77% da população a situação conjugal registrada era solteira (DINIZ, 2013, p. 35-40).

Sobre a cor da população custodiada, 38% eram brancos e 44% negros ou pardos; sendo que, para 16% da população (621 indivíduos), não havia sequer o registro desta informação. Quanto à escolaridade, 23% eram analfabetos (933) e 43% ainda não tinham completado o ensino fundamental (1.713). A maioria tinha uma inserção periférica no mundo do trabalho, sendo que havia maior concentração entre trabalhadores na produção de bens e serviços industriais (22%) e trabalhadores agropecuários, florestais e de pesca (17%). No registro de 17% da população geral (687) constava a informação de que não tinham profissão (DINIZ, 2013, p. 35-40).

1.2.1.2 Dados clínicos e forenses

Em relação à situação da internação de toda população investigada, descobriu-se que 71% (2.839) estavam em medida de segurança efetivamente, 26% (1.033) de forma temporária e 3% (117) estavam internados diante da conversão de uma pena anteriormente aplicada. Dos 2.839 indivíduos em medida de segurança nos 26 estabelecimentos de custódia (ou seja, em regime de internação hospitalar), 91% (2.585) estavam cumprindo a internação imposta. Todavia, 1% (39) tinha sido judicialmente submetido a tratamento ambulatorial, 7% (187) já tinham sentença de desinternação e 2% (54) estavam com a medida de segurança extinta, mas continuavam/estavam todos internados (DINIZ, 2013, p. 40).

Cumpre melhor esclarecer a situação da reinternação, que não deve ser confundida com a reincidência, por exemplo. Segundo Diniz, após a declaração de cessação da periculosidade, “o indivíduo recebe o benefício da desinternação condicional pelo prazo de um ano. Uma série de condicionantes regula atividades, práticas e comportamentos autorizados nesse período. Descumprimentos dessas regulações podem levar à reinternação” (2013, p. 40).

Entre as infrações penais cometidas ou tentadas, 43% dos casos envolvem crimes contra vida, 29% crimes contra o patrimônio, 15% crimes contra a dignidade sexual e 8% lesões corporais, sendo possível que um mesmo indivíduo possa estar envolvido em mais de um crime. Cerca de uma em cada quatro pessoas internadas teve um membro da família ou da rede doméstica como vítima. Além disso, é na família que se concentram os homicídios (49% do total). Um dado muito significativo revela que 69% não haviam cometido infração penal anterior à que conduziu à medida de segurança atual (DINIZ, 2013, p. 41).

Em relação aos dados clínicos, Diniz (2013, p. 42) observou significativa predominância do diagnóstico da esquizofrenia (42%), seguido dos de retardo mental (16%) e de transtornos mentais devidos ao uso de álcool e outras drogas (11%).

Após analisar todos os dados, a antropóloga responsável pelo estudo conclui que o censo descobriu que se trata de "uma população majoritariamente masculina, negra, de baixa escolaridade e com periférica inserção no mundo do trabalho, que em geral cometeu infração penal contra uma pessoa de sua rede familiar ou doméstica" (2013, p. 16).

1.2.2 Informações sobre a modalidade "tratamento ambulatorial"

Segundo o último levantamento nacional do DEPEN (2014, p. 20 e 45), 360 pessoas (351 homens e 9 mulheres) estavam, em 2014, em cumprimento de medida de segurança na modalidade tratamento ambulatorial. Curioso notar que, durante a abordagem sobre a ocupação do sistema penitenciário como um todo, o relatório – de modo pouco específico e claro – apenas menciona que o número médio e máximo de vagas nos estabelecimentos destinados ao cumprimento da medida de segurança de internação *ou* de tratamento ambulatorial é de 215 vagas para uma média de 171 pessoas em medida de segurança, e de 808 vagas para o máximo de 642 pessoas na mesma situação. No entanto, não separa duas realidades bastante distintas: a internação (que é uma custódia) e o tratamento ambulatorial (que não depende da ocupação de um leito). Ou seja, a informação nada acrescenta, ao contrário, apenas maquia uma realidade.

Nada mais se sabe, oficialmente, sobre a execução da medida de segurança na modalidade ambulatorial.

1.3 Incoerências com os novos paradigmas da "Reforma Psiquiátrica"

Após verificar a sistemática jurídico-penal e a respectiva realidade do cumprimento da medida de segurança no Brasil, cumpre-nos mencionar algumas incoerências que existem com base nos novos paradigmas da "Reforma Psiquiátrica" instituída pela Lei nº. 10.216/2001.

Enquanto a Lei Antimanicomial se dedica a arrolar, no parágrafo único do art. 2º, os direitos das pessoas que possuem transtorno mental (*v.g.* ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde conforme suas necessidades, receber tratamento com interesse exclusivo em beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção social) e a vedar a internação – em quaisquer de suas modalidades (incluindo a compulsória, que é a determinada pela Justiça) – em instituições com características asilares, bem como a determinar que esta medida somente seja realizada com base em laudo médico circunstanciado que caracterize os motivos e justifique a excepcionalidade (BRASIL, 2001), o Código Penal, por sua vez, afirma, em seu artigo 99, que são "direitos" do internado ser recolhido em estabelecimento dotado de características hospitalares e submetido a tratamento (BRASIL, 1940). Ou seja, enquanto o novo modelo de assistência em saúde mental preocupa-se com a inserção social do paciente, a lei penal material segue presa à lógica punitivista, submetendo o indivíduo, na maioria das vezes, a uma internação em hospital de custódia com características asilares, excluindo-o do convívio social com base na lei e internando-o sem nenhuma necessidade clínica concreta que justifique a medida e que vá além do mero diagnóstico.

Claro que, quando a lei penal diz "características hospitalares" não está falando em "asilares". Ademais, não pretendemos questionar a lei em razão da precária realidade institucional. No entanto, nem do ponto de vista normativo a legislação penal em matéria de medida de segurança (Código Penal e Lei de Execução Penal) garante que os hospitais de custódia devem contemplar todos os recursos necessários para oferecer uma assistência integral e assegurar aos internos os direitos enumerados pela Lei Antimanicomial. Ao contrário, quando disciplina sobre o HCTP, a LEP diz que se aplica ao hospital, no que couber, os requisitos básicos da unidade celular de uma penitenciária, tais como descritos no parágrafo único do artigo 88 (BRASIL, 1984).

Não obstante a incompatibilidade entre a lógica de cada modelo e suas respectivas normas, temos, ainda, a precária realidade que torna muitos hospitais de custódia verdadeiras instituições asilares. Recentes vistorias e fiscalizações no Estado de São Paulo, por exemplo, comprovaram que o tratamento nos HCTPs não garante o acesso ao melhor tratamento em saúde com base na necessidade clínica de cada indivíduo, confirmando que o hospital de custódia é

uma prisão sem tratamento (CORDEIRO; LIMA, 2014). Mais uma vez não dá para encobrir o caráter aflitivo e punitivo da medida de segurança, sobretudo na modalidade internação.

Além disso, sobre a excepcionalidade da internação, o artigo 4º da Lei nº. 10.216/01 diz que a internação somente será indicada quando todos os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes no caso concreto (BRASIL, 2001). A despeito disso, o Código Penal estabelece que o juiz determinará, como regra geral, a internação do inimputável, salvo quando "o fato previsto como crime for punível com detenção", situação que permitirá ao juiz submetê-lo a tratamento ambulatorial, nos termos do artigo 97, *caput* (BRASIL, 1940). Ou seja, quem determina a forma de tratamento em cada caso não é uma equipe clínica (que tem a possibilidade de, tecnicamente, avaliar de modo individual cada caso), mas o legislador quando opta por apenar um crime com detenção ou reclusão.

A verdade é que, na prática, esta distinção legal entre reclusão e detenção é pouco significativa (OLIVÉ; PAZ; OLIVEIRA; BRITO, 2011, p. 634). A própria LEP não faz referência a qualquer diferenciação nesse sentido. As distinções pontuais existentes na legislação penal (material e formal) sobre o assunto não têm efeitos expressivos na execução penal, pois, na realidade, as duas são executadas da mesma forma: com privação da liberdade individual. Ou seja, não há, na prática, razões que justifiquem a pertinência de se distinguir as penas privativas de liberdade (incluindo a prisão simples prevista na Lei das Contravenções Penais); são todas prisões do mesmo jeito.

Contudo, saindo do âmbito da execução da pena propriamente dita, essa distinção legal opera significativa consequência: a de determinar a forma de tratamento em sede de medida de segurança, se de internação ou se ambulatorial. Mas não só. A submissão do inimputável (ou do semi-imputável, conforme o caso) ao tratamento ambulatorial não está obrigatoriamente vinculada à cominação da pena de detenção, sendo mera possibilidade concedida pela lei ao juiz.

Por fim, antes de apresentar as novas práticas em medida de segurança, uma última questão deve ser considerada. Já mencionamos que, do Título VI da Parte geral do Código Penal extrai-se a ideia de "fins curativos" do tratamento em medida de segurança. Ao revés, a Lei da Reforma Psiquiátrica sequer menciona a palavra cura, mas apenas tratamento. É sabido que muitos transtornos mentais, lamentavelmente, não possuem *cura*, mas apenas de *tratamento*.

Na realidade, são conceitos que não se confundem,[2] inclusive. Talvez seja diante da ausência de clareza dos operadores do Direito em relação a isso que vemos, na prática forense, com muita frequência, a sustentação da suposta periculosidade do sujeito baseada no argumento de que ele continua esquizofrênico, com retardo mental etc., enfim, doente. Por isso, não raro, a medida de segurança equivale a uma sentença de carácter perpétuo, apesar de existir vedação constitucional nesse sentido.

2 NOVAS PRÁTICAS EM MEDIDA DE SEGURANÇA

É diante das incoerências com os novos paradigmas da chamada Reforma Psiquiátrica, que novas práticas em medida de segurança têm surgido, bem como se tem buscado compreensões mais adequadas à luz do atual estado de arte da clínica e da dogmática penal.

A seguir, passaremos a descrever as propostas de dois já estruturados programas de atenção integral em medida de segurança que foram pensados a partir do advento da Lei nº. 10.216/01. São programas em andamento em parte do Estado de Minas Gerais e, de forma integral, no Estado de Goiás.

2.1 Programas de atenção integral em medida de segurança

Visando atender aos novos paradigmas do modelo assistencial em saúde mental, dois programas voltados especificamente para a execução da medida de segurança foram elaborados e estruturados, em momentos distintos, mas de forma aparentemente bastante similar, em dois Estados brasileiros. São propostas de superação do modelo hospitalocêntrico como regra geral no âmbito da medida de segurança: os casos passaram a ser conduzidos fora da sistemática de internação, ou seja, baseados no tratamento ambulatorial como primeira opção.

Na verdade, pode-se dizer que são experiências já bastante consolidadas e bem estruturadas do ponto de vista institucional. A primeira, mais antiga, é o "Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário Portador de Sofrimento Mental" (PAI-PJ), em Minas Gerais. E a segunda, em Goiás, o "Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator" (PAILI).

[2] **Tratamento**: (**1**) Conjunto de meios terapêuticos e prescrições higienodietéticas de que se lança mão para curar uma doença, combater seus efeitos ou aliviar os doentes; prescrição escrita das medidas terapêuticas destinadas a um paciente; a aplicação dessas medidas terapêuticas ao paciente. (**2**) Tratar de uma doença por meios medicinais, cirúrgicos ou outros meios; tratar de um paciente, clínica ou cirurgicamente. **Cura**: (**1**) O resultado do tratamento de uma doença, com recuperação total da saúde. (**2**) Restabelecimento da saúde. Conceitos extraídos dos seguintes dicionários: (**1)** REY, 2003; (**2)** STEDMAN, 2003.

Esses programas, como o próprio nome de cada um expressa, incluem uma perspectiva mais ampliada sobre a assistência em saúde mental que deve ser oferecida ao indivíduo em medida de segurança. Buscar efetivar uma atenção integral significa compreender a complexidade do fenômeno de forma mais abrangente, ampliando também o olhar sobre o cuidado, contemplando, assim, outras demandas do sujeito que não apenas seu tratamento, por exemplo.

2.1.1 Programa de atenção integral ao paciente judiciário portador de sofrimento mental (PAI-PJ)

O *Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário Portador de Sofrimento Mental* (PAI-PJ) surgiu, primeiro, como um projeto-piloto em março de 2000 e foi implantado no Tribunal de Justiça de Estado de Minas Gerais (TJMG). Posteriormente, em 2001, foi transformado, pela Portaria-conjunta nº. 25 da Presidência do Tribunal e respectiva Corregedoria Geral de Justiça, em um programa vinculado aos juízes criminais para auxilia-los nos processos em que o indivíduo (réu ou sentenciado) padecia de sofrimento mental.

Hoje, o PAI-PJ está integrado ao "Programa Novos Rumos", regulamentado pela Resolução nº. 633, de 2010, do TJMG (2011), e, entre suas atribuições está o seguinte (artigo 11 do referido diploma): promover estudo e acompanhamento dos processos criminais e infracionais em que figurem pacientes judiciários, visando à elaboração de um projeto individualizado de atenção integral; realizar o acompanhamento psicológico, jurídico e social do paciente judiciário; manter contato e articulação intersetorial, em caráter permanente, com a rede pública de saúde (visando efetivar a individualização do projeto de atenção integral) e a rede social (para a promoção social do paciente judiciário e para efetivar as políticas públicas pertinentes ao caso); realizar discussões com os peritos criminais nos casos em que houver exame de sanidade mental e de cessação de periculosidade, apresentando, em atendimento a determinação judicial, dados relativos ao acompanhamento do paciente; emitir, para o juiz competente, relatórios e pareceres sobre o acompanhamento do paciente judiciário nas diversas fases processuais; sugerir à autoridade judicial medidas processuais pertinentes com base em subsídios advindos do acompanhamento clínico-social do indivíduo; prestar ao juiz responsável as informações clínico-sociais necessárias à garantia dos direitos do paciente judiciário.

A elaboração do projeto individualizado de atenção integral contempla olhares multidisciplinares, e a permanente articulação entre os setores envolvidos (saúde, justiça, assistência social etc.) é fundamental para a execução do projeto de atenção integral. A atuação

do PAI-PJ no caso é determinada pelo juiz. Uma vez acionada, a equipe multidisciplinar do programa passa a auxilia-lo na definição de qual é a melhor medida a ser aplicada naquele caso. A promoção da inserção social do chamado paciente judiciário é desenvolvida caso a caso com base em sua respectiva singularidade clínica, social e jurídica, e o que se busca, com isso, é ajuda-lo a construir os laços com sua família, comunidade e território social (TJMG, 2011).

2.1.2 Programa de atenção integral ao louco infrator (PAILI)

O *Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator* (PAILI), por sua vez, funciona desde 26 de outubro de 2006, e segundo consta, teria sido inspirado pela experiência-piloto mineira quando o TJMG foi convidado, em 2003, pelos Ministérios da Justiça e da Saúde para coordenar, em Goiás, um censo sobre a situação dos indivíduos com transtorno mental envolvidos criminalmente, e participar do processo de implantação do projeto apresentado em julho de 2004 e elaborado pela 25ª Promotoria de Justiça de Goiânia, com fundamento nas disposições humanizadoras da Lei Antimanicomial.

Em todo o Estado goiano, o PAILI é o órgão responsável pelo acompanhamento das medidas de segurança. Sua execução deixa de focar apenas a segurança pública para contemplar e se apoiar nos serviços públicos de saúde. Diante da mudança de referencial, o Sistema Único de Saúde (SUS) passa a ser o espaço de atendimento dos pacientes judiciários, e não o hospital de custódia. Aliás, recorda-se, neste momento, o fato de que Goiás não possui, até hoje, nenhum estabelecimento desta natureza.

O PAILI é regido por meio de um convênio de cooperação técnica e operacional entre o Estado de Goiás (por intermédio das Secretarias de Estado da Saúde e da Justiça), o município de Goiânia (Secretaria municipal da Saúde), o Ministério Público e o Tribunal de Justiça do Estado de Goiás.

O programa de atenção integral implementado inicialmente em Goiânia, atualmente, atende outras 27 comarcas. Conforme a Portaria nº. 019/2006-GAB/SES, que regulamenta a criação do PAILI no âmbito da Secretaria da Saúde do Estado (2006), são atribuições do programa as seguintes (relacionadas no primeiro anexo do documento): produzir relatórios para justiça, sugerindo um projeto terapêutico adequado à singularidade de cada caso, definindo a instituição onde a pessoa será acompanhada e outros procedimentos terapêuticos; acompanhar o tratamento do indivíduo em cumprimento da medida de segurança, informando à autoridade judicial, periodicamente, quanto à evolução do tratamento; acompanhar os processos judiciais,

encaminhados pela justiça, para auxiliar às autoridades judiciais a realizar dentro dos prazos legais, os exames de cessação de periculosidade; promover discussão com os peritos oficiais antes da realização do exame de cessação de periculosidade, fornecendo maiores informações quanto ao atual estado de evolução do tratamento, bem como demais informações relevantes para individualização do exame; garantir acesso ao tratamento na rede pública de saúde, possibilitando ao paciente recursos que garantam sua circulação pelo espaço social; realizar discussão dos casos com a equipe de atendimento do paciente, acompanhando sua evolução clínica e intervindo clinicamente quando se fizer necessário algum processo de responsabilização; estabelecer parcerias com as instituições afins, buscando a acessibilidade, cidadania e a inserção social do paciente; e, realizar atividades de sensibilização com os profissionais e as autoridades das áreas da saúde, justiça e assistência social, buscando desmistificar a imagem do "louco infrator" como pessoa perigosa e incapaz.

Assim, diante de significativa autonomia da área da saúde para ministrar o tratamento, a equipe clínica multidisciplinar determina e coloca em prática o projeto terapêutico individualizado e mais adequado ao caso concreto, enquanto os profissionais do PAILI fazem o acompanhamento e articulam a interlocução e integração com toda a rede de atenção em saúde mental (*v.g.* centros de apoio psicossocial e residências terapêuticas). Todavia, o processo de execução da medida de segurança continua sendo jurisdicionalizado. A diferença é que não é o juiz que irá determinar o tratamento, mas o médico, com apoio de toda a equipe clínica. Havendo necessidade de internação em hospital psiquiátrico, por exemplo, esta seguirá o disposto no art. 6º da Lei nº. 10.216/2001, que exige laudo médico circunstanciado. O órgão jurisdicional acompanha o tratamento do indivíduo no âmbito da saúde e decide sobre eventuais excessos ou desvios, e o Ministério Público atua na condição de fiscal tanto do procedimento judicial quanto do tratamento clínico, zelando pelo regular funcionamento do programa de atenção integral.

2.2 Correspondência com os novos paradigmas da "Reforma Psiquiátrica"

Antes de tudo, as propostas dos mencionados programas de atenção integral estão voltadas à inclusão da pessoa com transtorno mental em sua família e na comunidade. Diante disso, revelam-se em sintonia com o novo modelo de assistência em saúde mental focado na inserção social do indivíduo.

Além disso, ambos os programas de atenção integral se preocupam em garantir a possibilidade de um tratamento clínico individualizado, conferindo maior autonomia aos profissionais da saúde mental para viabilizar um tratamento mais adequado, no âmbito da rede pública de saúde, em substituição ao modelo manicomial (asilar), favorecendo a inclusão social ao invés da segregação do convívio familiar e social por tempo indeterminado.

Embora tais programas de atenção integral promovam significativa mudança de paradigmas em relação ao tratamento de pessoas com transtorno mental envolvidas criminalmente com a Justiça, observando os postulados da Lei Antimanicomial, nenhum estudo sobre o impacto desses programas em relação ao modelo tradicional previsto na legislação nacional foi encontrado.

CONCLUSÃO

Ao longo do presente trabalho abordamos as diferenças existentes entre a sistemática jurídico-penal das medidas de segurança e as propostas dos programas de atenção integral na hipótese específica deste tipo de sanção penal.

Desde o advento da Lei nº 10.216/01, temos, em nosso ordenamento jurídico, uma base legal bastante clara e aplicável às medidas de segurança. Não obstante, diante da realidade prática forense, sabemos que pouco, ou quase nada, mudou em relação à execução da medida de segurança no país como um todo, com exceção, é claro, principalmente, dos Estados brasileiros que instituíram programas de atenção integral e promoveram um modelo de assistência em saúde mental baseado na atenção psicossocial e não mais focado na custódia. São propostas significativas na medida em que abandonam o modelo hospitalocêntrico como regra e buscam suporte nos serviços e centros comunitários de saúde mental, deixando de segregar o indivíduo para trata-lo, mas (re)inserindo-o socialmente para isso.

Se a meta da resposta penal mais adequada para os casos de indivíduos com transtorno mental envolvidos criminalmente coincidisse, ao menos, com a meta do tratamento das pessoas com transtorno mental tal como postulada pela Reforma Psiquiátrica (inserção social), já teríamos um importante avanço em termos de humanização do tratamento em sede de medida de segurança. Outra possibilidade de avanço poderia ser considerar que se, teoricamente, esta medida não possui caráter punitivo (embora seja inequivocamente aflitiva), a questão da saúde mental deveria ser o único olhar (não o caráter "curativo", mas o da promoção da saúde mental do indivíduo). Aliás, é mais ou menos neste sentido, inclusive, a orientação do Anteprojeto da

"Lei de Execução Penal" (PLS nº. 513, de 2013), que pretende entregar à saúde a condução da execução da sentença do inimputável, extinguindo os HCTPs e os exames de cessação da periculosidade e suprimindo a referência à medida de segurança na legislação. Ou seja, trata-se de uma proposta de retirar o assunto da esfera criminal/segurança pública para integra-lo a área da saúde.

O êxito desses programas de atenção integral em conseguir viabilizar concretamente os postulados centrais da Lei Antimanicomial também em relação à medida de segurança deveria, igualmente inspirar e nortear políticas públicas institucionais e/ou criminais, bem como orientar mudanças na legislação criminal sobre o tema, contribuindo, ainda, com a desconstrução do estigma social do "louco" como alguém perigoso.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BITENCOURT, Cezar Roberto. **Tratado de Direito penal – parte geral**. 19. ed. rev., ampl. e atual. São Paulo: Saraiva, 2013. v. 01.

BRASIL. Decreto-lei nº. 2.848, de 07 de dezembro de 1940. **Código Penal**. Diário Oficial da União, Brasília. DF. 31 dez. 1940. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848.htm>. Acesso em: 15 mai. 2016.

_____. Decreto nº. 8.172, de 24 de dezembro de 2013. **Concede indulto natalino e comutação de penas, e dá outras providências**. Diário Oficial da União, Brasília. DF. 24 dez. 2013. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Decreto/D8172.htm>. Acesso em: 15 mai. 2016.

_____. Lei nº. 7.210, de 11 de julho de 1984. Institui a **Lei de Execução Penal**. Diário Oficial da União, Brasília. DF. 13 jul. 1984. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L7210.htm>. Acesso em: 15 mai. 2016.

_____. **Lei nº. 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União, Brasília. DF. 09 abr. 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>. Acesso em: 15 mai. 2016.

_____. Ministério da Justiça. Departamento Penitenciário Nacional. **Relatório estatístico-analítico do sistema prisional do Brasil (ref. 06/2011)**. Brasília, jun. 2011. Disponível em: <http://justica.gov.br/seus-direitos/politica-penal/transparencia-institucional/estatisticas-prisional/anexos-sistema-prisional/total-brasil-jun-2011.xls>. Acesso em: 15 mai. 2016.

_____. Ministério da Justiça. Departamento Penitenciário Nacional. **Relatório estatístico-analítico do sistema prisional do Brasil (ref. 06/2012)**. Brasília, jun. 2012. Disponível em: <http://justica.gov.br/seus-

direitos/politica-penal/transparencia-institucional/estatisticas-prisional/anexos-sistema-prisional/total-brasil-jun-2012.xls>. Acesso em: 15 mai. 2016.

_____. Ministério da Justiça. Departamento Penitenciário Nacional. **Relatório estatístico-analítico do sistema prisional do Brasil (ref. 06/2013)**. Brasília, jun. 2013. Disponível em: <http://justica.gov.br/seus-direitos/politica-penal/transparencia-institucional/estatisticas-prisional/anexos-sistema-prisional/total-brasil-junho-2013.pdf>. Acesso em: 15 mai. 2016.

_____. Ministério da Justiça. Departamento Penitenciário Nacional. **Relatório estatístico-analítico do sistema prisional do Brasil (ref. 06/2014)**. Brasília, jun. 2014. Disponível em: <http://justica.gov.br/seus-direitos/politica-penal/transparencia-institucional/estatisticas-prisional/total.xlsx>. Acesso em: 15 mai. 2016.

_____. Ministério da Justiça. Departamento Penitenciário Nacional. **Levantamento Nacional de informações penitenciárias, INFOPEN - junho de 2014**. Brasília, jun. 2014. Disponível em: <http://justica.gov.br/seus-direitos/politica-penal/transparencia-institucional/estatisticas-prisional/total.xlsx>. Acesso em: 15 mai. 2016.

OLIVÉ, Juan Carlos Ferré; PAZ, Miguel Ángel Núñez; OLIVEIRA, William Terra de; BRITO, Alexis Couto de. **Direito penal brasileiro: Parte geral - princípios fundamentais e sistema**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2011.

CORDEIRO, Quirino; LIMA, Mauro Gomes Aranha de (Org.). **Hospital de custódia: prisão sem tratamento – Fiscalização das instituições de custódia e tratamento psiquiátrico do Estado de São Paulo**. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2014.

DINIZ, Debora. **A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil: censo 2011**. Brasília: LetrasLivres; Editora Universidade de Brasília, 2013.

REY, Luís. **Dicionário de termos técnicos de Medicina e Saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

SÁ, Alvino Augusto de. Cri**minologia clínica e execução penal – proposta de um modelo de terceira geração**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2011.

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DE GOIÁS. **Portaria nº 019/2006-GAB/SES**. Cria o PAILI no âmbito da Secretaria da Saúde do Estado de Goiás. Diário Oficial do Estado (DOE), Goiânia. GO. 08 fev. 2006.

STEDMAN. **Dicionário médico**. 27. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

TJMG. **Resolução nº. 633, de 2010**. Dispõe sobre a estrutura e o funcionamento do Programa Novos Rumos, no âmbito do Tribunal de Justiça, e sua implementação em todas as comarcas do Estado de Minas Gerais. Diário da Justiça Eletrônico (DJe), Belo Horizonte. MG. 30 mai. 2011 [republicação]. Disponível em: <http://www8.tjmg.jus.br/ institucional/at/pdf/re06332010.PDF>. Acesso em: 15 mai. 2016.