REFLEXÕES SOBRE MEDIDA DE SEGURANÇA

Renata Sabrina Maciel Lobato Louzada[*]
Erika Fernanda Tangerino Hernandez [**]

Resumo: O presente artigo tem por objetivo analisar a questão da medida de segurança enquanto dispositivo considerado como especial tratamento curativo destinado aos inimputáveis e semi-imputáveis que, comprovadamente, tenham cometido ilícito na esfera penal. Nesse sentido inicia por fazer um resumo histórico sobre sua evolução na legislação brasileira, com a descrição de suas principais características e pontos de discussão, além de refletir sobre suas contradições e funcionamento. Tal estudo utilizou o método de revisão bibliográfica, através da seleção de textos em português publicados nos últimos 10 anos, no período compreendido de 2007 a 2017, para embasar as ideias aqui apresentadas.
Palavras-chave: Ilícito penal; Inimputabilidade e semi-imputabilidade; Medida de segurança.

Abstract: The purpose of this article is to analyze the issue of security measure as a device considered as a special curative treatment aimed at those who are imputable and semi-imputable who have been found to have committed an offense in the criminal sphere. In this sense, it begins by making a historical summary of its evolution in Brazilian legislation, describing its main characteristics and discussion points, as well as reflecting on its contradictions and functioning. This study used the bibliographic review method, through the selection of Portuguese texts published in the last 10 years, from 2007 to 2017, to support the ideas presented here.
Keywords: Criminal offense; Inimputability and semi-imputability; Security measure.

1 INTRODUÇÃO

O ordenamento jurídico brasileiro rege a vida em sociedade por meio do estabelecimento de condutas que determinam o que é lícito ou ilícito a um indivíduo fazer, na tentativa de regular e limitar as condutas reputadas como ofensivas ao meio social. Assim, o Código Penal aparece enquanto instrumento que orienta e tipifica a ação que poderá ser definida como crime. Trata-se de dispositivo legal utilizado quando da necessidade de punir o comportamento delinquente daqueles que são considerados imputáveis, isto é, capazes de discernir a gravidade do ato cometido e reger-se acordo com esse entendimento (ALVES, 2015; CORDEIRO E LIMA, 2013).

[*] Mestre em Psicologia pela Universidade Federal do Pará. Psicóloga efetiva da Secretaria Municipal de Saúde de Belém – SESMA. Membro do Grupo de Estudos em Saúde na Amazônia. Tecnóloga em Serviços Jurídicos – UniFil.. E-mail:renatasabrina83@yahoo,com,br,

[**] Advogada. Professora na Unifil EAD – curso de Serviços Jurídicos e do curso de Direito; professora do curso de Direito das Faculdades Londrina. Mestre em Geografia, Meio Ambiente e Desenvolvimento pela Universidade Estadual de Londrina (UEL). Especialista em Direito e Processo Penal pela Universidade Estadual de Londrina (UEL). Especialista em Educação a Distância pela Faculdade Arthur Thomas (FAAT - Londrina-PR). E-mail: erika.hernandez@bol.com.br.

Para as pessoas que possuem algum transtorno mental, e por conta disto são considerados incapazes ou parcialmente incapazes no momento em que cometem crime, é aplicada a medida de segurança nos termos do que rege o artigo 26 do Código Penal (Decreto-Lei 2.848/1940) que afirma:

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

Conforme a redação do *caput* do retrocitado no artigo, caso o agente seja reputado como inimputável, a medida de segurança será aplicada de forma obrigatória. No entanto, caso seja considerado semi-imputável, o parágrafo único do art. 26, CP, prevê as seguintes possibilidades: o juiz, de acordo com a capacidade de entendimento do sujeito ativo, poderá aplicar medida de segurança ou pena reduzida de um a dois terços caso 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.

A verificação da imputabilidade e periculosidade do infrator é dada através de um laudo, emitido por um psiquiatra, onde consta o exame de sanidade mental. O profissional em tela é ordenado para esta tarefa por uma autoridade legalmente constituída para tal função nos moldes do art. 149 do Código de Processo Penal (BRASIL, 1941). Desde a Reforma Penal de 1984 os inimputáveis são isentos de pena (BITENCOURT, 2004 *apud* BORGES;MOURA, 2015). Com isso, não é possível falar em condenação para este indivíduo, mas ao contrário, é feita a sua absolvição para consequente aplicação de medida de segurança, razão pela qual a sentença é considerada como absolutamente imprópria.

Não existe um prazo determinado para o término da medida de segurança. O prazo de um a três anos apontado pelo Código Penal (art. 97) é para a realização do exame de verificação de cessação da periculosidade que, ainda, poderá ser realizado a qualquer tempo, desde que determinado pelo juiz. Verificada a ausência de periculosidade, as consequências serão a desinternação do agente, ou ainda, a liberação do tratamento ambulatorial. Em ambos os casos, fica o desinternado ou o liberado condicionado ao não cometimento de fato

indicativo de periculosidade. Caso descumpra essa condição, restabelece-se a condição anterior.

A medida de segurança aponta o entrelaçamento ente o Direito e a Psiquiatria e lançam as bases para a discussão sobre o complexo tema do louco e infrator. Podemos pensar: qual o lugar da medida de segurança e o papel da justiça nessa exclusão daqueles que, se doentes, necessitam de tratamento e cuidados? Podemos falar em justiça nesses casos? Esse e alguns outros pontos serão objeto de debate no presente artigo.

2 ASPECTOS DA (DES)MEDIDA DE SEGURANÇA

A Medida de Segurança é um mecanismo jurídico criado para submeter homens e mulheres diagnosticados com determinada doença mental e que cometeram algum crime. Constitui mecanismo de cessação de liberdade para tratamento psiquiátrico em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP - também conhecido como manicômio judiciário) e isto independente da gravidade do crime que cometeram, pois, uma vez que são incapazes de compreender seus atos e por eles se responsabilizar a lei entende e orienta que devem receber terapêutica para reduzir seu potencial de periculosidade e, assim, tentar reinseri-los no contexto familiar e social (DINIZ, 2009).

Ao receber a sentença que o define e estigmatiza como louco e perigoso, o sujeito será submetido a duas possibilidades de tratamento: ambulatorial ou a internação em hospital de custódia – medida de detenção. Legalmente, no primeiro caso, a pessoa é obrigada a cumprir tratamento em rede pública de saúde o que tem a duração de um a três anos, prazo este que pode ser prorrogado. A internação em HCTP também dura de um a três anos, podendo a pessoa ser reinternada outras vezes (sem limite estabelecido) a critério de decisão judicial quando crises incontornáveis levarem a esse extremo (BRANDI, 2012).

Quando na prática estão ausentes os hospitais de custódia, a medida de segurança pode ser cumprida em outro estabelecimento adequado. A qualquer tempo pode haver determinação judicial para a internação do agente, contanto que tal imposição tenha sua base na finalidade terapêutica (BORGES; MOURA, 2015).

Não obstante tenhamos correntes doutrinárias em sentido contrário, como por exemplo, a que limita o prazo da medida de segurança a trinta anos, conforme estabelecido no art. 75, CP (que estabelece o prazo máximo para cumprimento de pena privativa de liberdade), legalmente, não existe um prazo determinado para submissão à medida de segurança.

Assim, a internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou a submissão a tratamento ambulatorial, só podem ser interrompidas por meio de determinação judicial em casos onde a cessação de periculosidade for constatada por meio de um laudo médico psiquiátrico (VALENÇA *et al*, 2011).

A Lei 7.210 de 11 de julho de 1984, Lei de Execução Penal (LEP) determina o direito de contratar um médico, escolhido pelo paciente ou seu familiar, para acompanhar seu tratamento, além do médico oficial determinado pela justiça. Enquanto assistente técnico, aquele possui o direito de acompanhar o exame de perícia e, nos casos nos quais as opiniões médicas divergem, cabe ao juiz decidir o caso (BORGES; MOURA, 2015).

A LEP aponta em seu artigo 8º:

> (...) o condenado ao cumprimento da pena privativa de liberdade, em regime fechado, será submetido a exame criminológico para obtenção dos elementos necessários para uma adequada classificação e com vistas à individualização da execução.

Tal exame apresenta quatro fases que incluem estudo social (feita por um assistente social), investigação clínica e entrevista psiquiátrica (realizada por um médico psiquiatra) e exame psicológico (a cargo do psicólogo). Tal conjuntura visa a obter uma visão geral do infrator e realizar um diagnóstico adequado e definir prognósticos para a conduta correta do tratamento e futura inserção social, verificando ainda sinais de possível reincidência do comportamento criminoso, além de possibilidades de reeducação (BARROS, 2015; MOREIRA, 2012).

No ano de 2001, a Lei nº. 10.216, de 6 de abril, "Lei da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial" determinou a extinção dos manicômios e progressiva implantação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) para oferecer um tratamento para as pessoas com transtorno mental, oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Na prática, os hospitais de custódia são os últimos hospícios ainda em funcionamento na atualidade brasileira (SANTOS *et al*, 2015).

A citada lei procurava humanizar o cuidado oferecido a doentes mentais e não permitir os desmandos que os manicômios traziam em sua história de abusos e maus-tratos. Ainda segundo Santos (2015), no ano de 2011, existiam no Brasil, de acordo com dados do Ministério Público Federal, cerca de 3.921 internos em HCTP (BRASIL, 2011).

É importante destacar que as bases do Direito Penal moderno estão ancoradas na Constituição, o que não permite a persecução criminal em apoio exterior ao delito praticado,

isto é, ligado a características individuais; com isso, o Estado democrático admite que cada sujeito seja punido por aquilo que fez de errado e não por demandas futuras, ou seja, castigados por aquilo que viriam a fazer. Com isso, o saber médico institui um mecanismo de poder para domesticar corpos doentes sob o pretexto da defesa social e isto permitiu e legitimou uma investida preventiva contra um grupo que, na prática, não tem como se defender (LEBRE, 2013).

O autor ainda nos convida a pensar se aqueles que não podem, em tese, ser punidos devam ser submetidos ao sistema penal. As bases de sua manutenção na internação estão ancoradas no temor da loucura e do doente que recebe passagem indefinida para um tratamento que não deveria estar nas mãos da justiça afinal, ser louco não é crime. Ou é?

3 A LOUCURA ENCARCERADA

Ao serem analisados os preceitos da Reforma Psiquiátrica, o lugar dos Hospitais de Custódia parece esquecido no tempo. Perpetuam uma política de exclusão que deveria incomodar a sociedade, mas que parece tranquilizar a mesma ao tirar de circulação aqueles que são indesejados (DANTAS; CHAVES, 2007).

Dantas e Chaves (2007) ainda explicam que o movimento de luta pela Reforma Psiquiátrica no Brasil serviu para denunciar as péssimas condições e inúmeros abusos cotidianos cometidos em hospitais e instituições que deveriam tratar dos doentes mentais. Tais ambientes funcionavam como locais discriminatórios nos quais eram confinados os que não se ajustavam à norma social. A prática de tortura era comum. A Reforma serviu também para buscar os direitos do doente e pregar a cidadania através da desinstitucionalização. Para Goffman (1996) a partir da primeira internação do sujeito infrator em um hospital de custódia ele carregará, de forma definitiva, o estigma da loucura.

A análise dos artigos mostrou o HTCP como um local de abandono e absoluta exclusão (DINIZ, 2009). Ali estão os que ninguém quer ver. Por isso, é conhecida como “desmedida”, pois não consegue cumprir a reinserção e cuidado a que se propõe. Ao adentrar nessa internação não há garantias de saída para o interno. Apenas uma longa espera nas filas da perícia. O tratamento em regime asilar ainda hoje é entendido como inumano e sem escape (SANTOS, 2015).

A Lei 10.216/2001 também prescreve que as pessoas com transtorno mentais devem ser tratadas com respeito e humanidade, sendo proibida qualquer forma de discriminação. É nesse

cenário que a psiquiatria aparece com um papel fundamental, pois é a partir do seu laudo que começa, e termina, o cuidado sobre a vida do louco infrator. Tal ciclo não coaduna com a proposta da legislação vigente de cuidado ao perpetua um sofrimento amparado na ideia de suposta periculosidade que indefine a saída (EMERIM, 2009).

Na teoria, a medida de segurança foi criada para impedir que um sujeito perigoso em potencial, em virtude de doença mental, circule de forma livre em sociedade. Deveria zelar pela ética não de devolver o caráter do ilícito em forma de pena, mas ser de natureza preventiva para a prática da readaptação. Uma ação neutra com foco na assistência (SANTANA, 2008). Os estudos apontam que na prática não é assim.

Desta maneira, é possível concluir que a demência anula o crime, mas não a sanção imposta pelo Estado. O discurso que emana das ciências jurídicas e psiquiátricas procura legitimar a exclusão e trazer para si a responsabilidade de controle dos corpos através na construção de cujo papel é normatizar e tipificar a conduta desviante. Isto fortalece o papel do saber médico e jurídico. Em outras palavras, usam o poder para o controle social através da definição de quem seria o perigoso e de como esses discursos circularia em sociedade (BARROS, 2015; FOUCAULT, 2007).

Quanto aos aspectos sociodemográficos, a maioria dos asilados em manicômio judiciário é composta por homens, com baixa escolaridade, solteiros, com profissões de baixa qualificação técnica. De maneira frequente, os laços familiares rompidos com a internação são difíceis de refazer. Muitas famílias rejeitam o doente e o abandonam ao esquecimento. A baixa ligação afetiva dificulta a aceitação nos lares desse sujeito. Largados nos hospitais e sozinhos a depender de um sistema judiciário com grande volume de processos, o que atrasa a realização que deveria ser anual do exame de cessação de periculosidade, as medidas de segurança chegam a ultrapassar o tempo, inclusive, de regime dos imputáveis, 30 anos. (BORGES, 2015; DINIZ, 2009; VALENÇA *et al*, 2011).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O ordenamento jurídico brasileiro possui meios para determinar casos em que uma pessoa pode ser punida ou não por seus atos. A medida de segurança nos leva a pensar a que se destina o tratamento oferecido ao doente mental que comete uma infração e cujo destino será determinado pelas mãos da justiça e medicina.

A Reforma Psiquiátrica trouxe novas referências nos cuidados para as pessoas com transtornos mentais, mas o hospital de custódia resiste como parado no tempo das antigas instituições asilares e sem perspectiva de mudança. Por isso, ainda hoje existem pessoas em situação de abandono perpétuo. O primeiro Hospital de Custódia e Tratamento foi fundado em 1921, no Rio de Janeiro, e em mais de 90 anos de história o seu modelo permanece engessado às primeiras incursões da psiquiatria no tratar da loucura em uma engrenagem falida, mas que não enxerga perspectivas de mudança (DINIZ, 2009).

A medida de segurança atrela a loucura enquanto violenta o que estigmatiza o doente. O tratamento compulsório psiquiátrico por ordem judicial segue desumano e não consegue trazer dados concretos sobre o cumprimento de seus direitos e proteções. Permanecer nesse modelo é um equívoco.

Não se pretende aqui encerrar os debates, mas contribuir para a reflexão a respeito do tema. Poucos artigos falam do que foi aqui abordado, porém é de fundamental importância que não seja esquecido. Sua relevância permanece e nos faz questionar ainda mais sobre qual o papel do manicômio judiciário hoje. Ao considerar os estudos aqui apresentados fica cada vez mais difícil pensar que seja fazer justiça.

REFERÊNCIAS

ALVES, Flávio da Silva. *Transtornos mentais e o crime: o esquizofrênico está mais susceptível à prática criminal?* Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Psicologia). Brasília: Universidade Católica de Brasília. 2015. Disponível em: https://repositorio.ucb.br/jspui/handle/10869/5688 . Acesso em: 05 jul. 2017.

BARROS, Liliane da Silva. *Análise da Gestão carcerária no Presídio estadual Metropolitano de Marituba-Pará, a partir da Lei de Execução Penal e a Realidade do Cárcere***.** 2015. Dissertação (Metrado em Gestão de Empresas). Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. Lisboa. Disponível em: <http://recil.grupolusofona.pt/handle/10437/6677>. Acesso em: 07 jul. 2017.

BORGES, Bárbara Alencar Ávila; MOURA, Luís Antônio de. Analise da produção normativa no direito a saúde dos inimputáveis – doentes mentais infratores (2011-2014). *Cadernos Ibero-Americanos de Direito. Sanitário***,** Brasília, v.4, n.2, abr/jun.2015. Disponível em: <http://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/167>. Acesso em: 30 jun. 2017.

BRANDI, Caroline Quinaglia A. C.S. *A fala dos inimputáveis* uma investigação clínica sobre verbos *pathicos* no contexto da medida de segurança. . 2012. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura) – Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília.

BRASIL. Código Penal Brasileiro (1941). *Decreto Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940***.** Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1941 Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decretolei/del2848compilado.htm>. Acesso em: 03 jul. 2017.

BRASIL. Código de processo penal. Decreto-lei n. 3.689, de 3 de outubro de 1941. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 13 de outubro 1941. Disponível em < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del3689.htm>. Acesso em: 15 abr. 2020.
BRASIL. Presidência da República. 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: 07 jul. 2017.

BRASIL. Presidência da República**.** Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. (Lei Orgânica da Saúde). *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 15 jul. 2017.

BRASIL. Presidência da República. 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*, 9 abr. 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>. Acesso em: 10 jul. 2017.

BRASIL. Ministério Público Federal. Parecer sobre medidas de segurança e hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico sob a perspectiva da lei n.10.216/2001. Brasília: *Ministério Público Federal*. 2011. Disponível em <http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/temas-de-atuacao/saude-mental/docs-publicacoes/parecer_ medidas_seguranca_web.pdf>. Acesso: 01 jul. 2017.

CORDEIRO, Quirino; LIMA, Mauro Gomes Aranha de. *Medida de segurança: uma questão de saúde e ética.* São Paulo, 2013. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/pdfs/Livromedidaseguranca.pdf>. Acesso em: 03 jul. de 2017.

DANTAS, Milena Amélia Franco; CHAVES, Antônio Marcos. Saúde Custodiada: Representações dos Guardas Sobre o Hospital de Custódia. *Psicologia Ciência e Profissão.* 2007, 27 (2), p.342-357. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/ scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932007000200014>. Acesso em: 03 jul. 2017.

DINIZ, Débora. A casa dos mortos. *Revista eletrônica de comunicação inovação & em saúde.* Rio de Janeiro. V.3,n.2, p.97-99, jun. 2009. Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/813>. Acesso em: 14 jul. 2017.

EMERIM, Marcele de Freitas. *Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico: estudo exploratório sobre o "pior do pior".* 2009. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) – Universidade do Sul de Santa Catarina. Disponível em: <https://www.riuni.unisul.br/bitstream/handle/12345/1468/100375_Marcele.pdf?sequence=1 &isAllowed=y>. Acesso em: 13 jul. 2017.

FOUCAULT, Michael. *Vigiar e punir*. Petrópolis: Vozes. 2007.

GOFFMAN, Erving. *Manicômios, Prisões e Conventos*. 5ª edição, São Paulo: Perspectiva, 1996.

LEBRE, Marcelo. Medidas de segurança e periculosidade criminal: medo de quem? *Responsabilidades.* Belo Horizonte, v. 2, n.2, p.273-282, set.2012. Disponível em: <http://www.observasmjc.uff.br/psm/uploads/Medidas_de_seguran%C3%A7a_e_periculosidade_criminal_medo_de_quem.pdf>. Acesso em: 04 jul. 2017.

MOREIRA, Luana Menezes. *Política de Saúde e a população carcerária: um estudo no presídio estadual metropolitano I- PEM I- Marituba- Pará.* 2012. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Instituto de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal do Pará. Disponível em: <http://repositorio.ufpa.br/jspui/hand le/2011/2354>. Acesso em: 12 jul. 2017.

SANTANA, Ana Flávia Ferreira de Almeida. *O Manicômio judiciário na visão dos trabalhadores:* atenção á saúde e equipamento profissional. 2015. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/handle/1843/BUBD-9ZPJE9>. Acesso em: 01 jul. 2017.

SANTOS, Alana Rios Garcia *et al***.** Perfil clínico dos pacientes com transtornos mentais internados em um hospital de custódia e tratamento – Bahia – Brasil. *Revista de Ciências Médicas e Biológicas*. V.14, n.02, p.190-197, mai./ago.2015. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/cmbio/article/view/13961/10838>. Acesso em: 30 jun. 2017.

VALENÇA, Alexandre Martins *et al.* Retardo mental: periculosidade e responsabilidade penal. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. v.60, n.2, Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852011000200011>. Acesso em: 07 jul. 2017