

FUNDAÇÃO EDUCACIONAL DO BAIXO SÃO FRANCISCO
DR. RAIMUNDO MARINHO
FACULDADE RAIMUNDO MARINHO
CURSO DE BACHARELADO EM DIREITO

CAMILA AMORIM TORRES WANDERLEY

**A PERPETUAÇÃO DO CUMPRIMENTO DA MEDIDA DE SEGURANÇA NO
BRASIL: UMA DISCUSSÃO EPISTEMOLÓGICA SOBRE SUA APLICABILIDADE
NO ESTADO DE ALAGOAS**

Maceió/AL
2019

FUNDAÇÃO EDUCACIONAL DO BAIXO SÃO FRANCISCO
DR. RAIMUNDO MARINHO
FACULDADE RAIMUNDO MARINHO
CURSO DE BACHARELADO EM DIREITO

CAMILA AMORIM TORRES WANDERLEY

**A PERPETUAÇÃO DO CUMPRIMENTO DA MEDIDA DE SEGURANÇA NO
BRASIL: UMA DISCUSSÃO EPISTEMOLÓGICA SOBRE SUA APLICABILIDADE
NO ESTADO DE ALAGOAS**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)
apresentado à banca examinadora do
Curso de Graduação em Direito, da
Faculdade Raimundo Marinho como
exigência parcial para obtenção do grau
de Bacharel.

Prof. Orientador: Esp. Vitor Gomes da
Silva

Maceió/AL
2019

FUNDAÇÃO EDUCACIONAL DO BAIXO SÃO FRANCISCO
DR. RAIMUNDO MARINHO
FACULDADE RAIMUNDO MARINHO
CURSO DE BACHARELADO EM DIREITO

CAMILA AMORIM TORRES WANDERLEY

**A PERPETUAÇÃO DO CUMPRIMENTO DA MEDIDA DE SEGURANÇA NO
BRASIL: UMA DISCUSSÃO EPISTEMOLÓGICA SOBRE SUA APLICABILIDADE
NO ESTADO DE ALAGOAS**

Trabalho de conclusão de curso (TCC),
apresentado como requisito parcial para
a obtenção do grau de Bacharel no
Curso de Graduação em Direito da
Faculdade Raimundo Marinho, sob
orientação da Prof. Esp. Vitor Gomes da
Silva

Maceió/AL, _____ de _____ de _____

Aprovação: _____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Esp. Vitor Gomes da Silva - Orientador

Avaliador 1
Faculdade Raimundo Marinho - FRM

Avaliador 2
Faculdade Raimundo Marinho - FRM

Prof. M.^a Jessyca Brennand de Paula- Prof. disciplina TCC II

**A PERPETUAÇÃO DO CUMPRIMENTO DA MEDIDA DE SEGURANÇA NO
BRASIL: UMA DISCUSSÃO EPISTEMOLÓGICA SOBRE SUA
APLICABILIDADE NO ESTADO DE ALAGOAS**
**A PERFORMANCE OF COMPLIANCE WITH SAFETY MEASURE IN BRAZIL:
AN EPISTEMOLOGICAL DISCUSSION ON ITS APPLICABILITY IN THE
STATE OF ALAGOAS**

*Camila Amorim Torres Wanderley

**Vitor Gomes da Silva

RESUMO

O trabalho em tela visa investigar o internamento em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP), em virtude da Medida de Segurança estar em discordância com a Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, analisando a sua aplicabilidade, com a finalidade de demonstrar sua ineficácia no que tange à referida Lei, conhecida como a Lei de Reforma Psiquiátrica. Fez-se um breve apontamento quanto ao aspecto histórico a fim de que se possa perceber o avanço no entendimento das necessidades dos portadores de doença mental que ensejou o Movimento Antimanicomial no Brasil. A Lei de Reforma Psiquiátrica dispõe acerca da proteção e dos direitos dos indivíduos portadores de transtornos mentais, inimputáveis, e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, visando à humanização dos internos, objetivando a cessação de sua periculosidade, descartando assim o caráter de perpetuação de pena, reintroduzindo-os ao convívio social e realçando a urgente necessidade de fazer valer o que preconiza a Lei, cuja ideia precípua é garantir a dignidade dos indivíduos por meio da desinternação, sendo esse o grande desafio da Reforma Psiquiátrica, trazido na época da criação da Lei e que passado todo esse tempo, ainda é ineficaz do ponto de vista de sua aplicabilidade, com características de perpetuação de pena. Nesta análise, faz-se necessário demonstrar que através da implantação das Residências Terapêuticas, atendendo de fato, ao fim proposto de sua criação, que seria a desinternação dos portadores de transtornos mentais, por meio de tratamento e moradia adequados, é possível assegurar o caráter de humanização trazido na Lei de Reforma Psiquiátrica.

Palavras chave: Movimento Antimanicomial. Residência Terapêutica. Humanização.

ABSTRACT

*Discente do curso de Direito na Fundação Educacional Baixo São Francisco - Faculdade Raimundo Marinho. E-mail: camila-amorim@hotmail.com

**Professor Especialista de graduação na Fundação Educacional Baixo São Francisco - Faculdade Raimundo Marinho. E-mail: rotivgomes@gmail.com

The present work aims to investigate the hospitalization in a Hospital of Custody and Psychiatric Treatment (HCTP), because the Security Measure disagrees with Law No. 10.216, of April 6, 2001, analyzing its applicability, with the objective of demonstrating its ineffectiveness. respect to this law, known as the Psychiatric Reform Law. A brief note was made on the historical aspect in order to understand the progress in understanding the needs of people with mental illness that motivated the Antimanicomial Movement in Brazil. The Psychiatric Reform Law provides for the protection and rights of individuals with mental illness, which cannot be attributed, and redirects the mental health care model, aiming at the humanization of inmates, aiming at the cessation of their dangerousness, discarding the perpetuation of punishment, reintroducing them into social life and emphasizing the urgent need to enforce what the Law stands for, whose main idea is to guarantee the dignity of individuals through disinternation, which is the great challenge of the Psychiatric Reform brought at the moment of creation. that after all this time is still ineffective from the point of view of its applicability, with characteristics of perpetuation of punishment. In this analysis, it is necessary to demonstrate that, through the implementation of therapeutic residences, in fact, given the proposed purpose of their creation, which would be the disinternation of people with mental disorders, through proper treatment and housing, it is possible to guarantee the character of humanization. brought in the Psychiatric Reform Law.

Keywords: Antimanicomial Movement. Therapeutic Residence. Humanization.

INTRODUÇÃO

Antes de adentrar no cerne do tema proposto, importante fazer uma pequena digressão histórica para que se possa entender alguns fatos e fenômenos sociais, e melhor compreender a “loucura”.

A “loucura”, como sinal de doença, remonta da Idade Antiga. Na Grécia e em Roma, era tratada como uma manifestação de entidades mitológicas e sobrenaturais promovidas por deuses e espíritos demoníacos, denotando forte influência religiosa e preocupação com dogmas sagrados.

A inquisição traz uma conotação também religiosa, ligando a loucura à bruxaria e a práticas satânicas. Aqueles que eram acometidos desse mal tinham como tratamento a perseguição, já que eram considerados hereges. A forte influência da igreja nesse período histórico fazia com que todos que tivessem ideias contrárias à ideologia cristã fossem considerados “loucos”.

A partir da idade média, até o século XVII os loucos eram excluídos da sociedade, ao lado dos leprosos e dos portadores de doença venérea.

No período renascentista, apareceram as “Naus dos Loucos”, os portadores de doença mental eram jogados rio abaixo, fazendo parte de uma espécie de ritual para que a sociedade ficasse livre dos loucos.

Em meados do século XVII, surgiram na Europa os primeiros locais para internação que eram verdadeiros cárceres. Nesses locais além dos loucos, eram aprisionados os mendigos, vagabundos, depravados e outros que afrontavam a ordem e a moral da sociedade. Como exemplo desse fato, em 1656 surgiu na França o Hospital Geral onde esses indivíduos eram colocados, porém não possuíam uma natureza médica. No século XVIII, os loucos eram considerados animais irracionais e sofriam diversas humilhações, como, por exemplo, a exposição ao público.

Pereira (1985, p. 71), compreende que:

Consequentemente, os loucos não requerem proteção. Como os animais, eles receberam da natureza o dom da invulnerabilidade. Nesse sentido, eles não precisam ser curados (a loucura não é doença), nem corrigidos (ela não é desvio). Para ser dominada, a loucura deve ser domesticada e embrutecida, pois a sua natureza é diferente da natureza do homem.

Durante o Brasil Colônia, percebia-se uma total ausência do Estado em relação às doenças mentais. Com a chegada da família real, os loucos passam a ser vistos como uma escória da sociedade e uma ameaça à ordem pública. Só em 1852 é que se percebe o início da assistência psiquiátrica no Brasil, com a fundação do Hospício D. Pedro II no Rio de Janeiro. A partir daí, outras instituições foram criadas em São Paulo (1852), Pernambuco (1864), Pará (1873), Rio Grande do Sul (1884) e Ceará (1886).

Já na visão de Resende (2007, p. 38):

[...] as primeiras instituições psiquiátricas surgiram em meio a um contexto de ameaça à ordem e à paz social, em resposta aos reclamos gerais contra o livre trânsito de doidos pelas ruas das cidades; acrescentem-se os apelos de caráter humanitário, as denúncias contra os maus tratos que sofriam os insanos. A recém-criada Sociedade de Medicina engrossa os protestos,

ênfatizando a necessidade dar-lhes tratamento adequado, segundo as teorias e técnicas já em prática na Europa.

Em 1889, com a chegada da República, inicia-se a fase em que a loucura passa a ter um tratamento médico, mas a psiquiatria ainda entende ser necessário o isolamento do doente.

Ainda conforme Resende (2007, p. 43):

Pode-se estabelecer grosseiramente o período imediatamente posterior à proclamação da república como o marco divisório entre a psiquiatria empírica do vice-reinado e a psiquiátrica científica, a laicização do asilo, a ascensão dos representantes da classe médica ao controle das instituições e ao papel de porta-vozes legítimos do Estado, que avocara a si as atribuições da assistência ao doente mental, em questões de saúde e doença mental tal como a gravidade da situação exigia.

Ao longo do tempo, inúmeros foram os nomes dados aos locais destinados a abrigar os “loucos”, tais como hospícios, asilos, manicômios, hospitais psiquiátricos, porém, apesar das mudanças em sua denominação, todas atendiam ao único propósito, que era então, esconder o que não se desejava mostrar.

A condição humana passou a ser vivenciada de uma nova forma, em que o “diferente”, aquele que não segue os padrões considerados “normais” definidos pela sociedade, passou a ser visto, embora não compreendido, por conseguinte, afastado do convívio social, segregado, dando início ao processo de exclusão, não mais representando uma ameaça para a sociedade.

Segundo Foucault (1972, p. 119), “Aos insanos internados faltava apenas o nome de doentes mentais e a condição médica que se atribuía aos mais visíveis.”.

Em sua obra, *A História da Loucura na Idade Clássica*, segundo Sander, (2010, p. 383), Foucault, retrata o controle da razão sobre a desrazão, onde a razão é tida como normal, e a “loucura” é o caminho para o exílio. Denota Foucault, que a exclusão e tudo mais feito contra a loucura, aponta o caminho para a razão, sendo esta fortalecida a custa da desrazão.

No Brasil, a reforma psiquiátrica compreende um movimento histórico de caráter político, social e econômico, que sofreu a influência do ponto de vista ideológico de grupos dominantes. A criação da Lei de Reforma Psiquiátrica é

fruto de um processo de luta originado na década de 70 (setenta), por intermédio do psiquiatra italiano Franco Basaglia, que entendia como não eficaz para o tratamento da “loucura”, o modelo manicomial, a institucionalização do doente mental, que deu início ao Movimento da Luta Antimanicomial.

Caracterizado pela luta cotidiana por reafirmar os direitos expressados nas necessidades dos portadores de transtornos mentais, os quais ensejam o bojo das minorias sociais, o Movimento Antimanicomial foi ganhando força e se consolidando com base na afirmação do cuidado e liberdade, resistindo aos retrocessos, fazendo assim, com que muitas vozes pudessem ser vocalizadas no espaço público, sobretudo aquelas silenciadas até então.

A partir dos anos de 1990, a cidadania desse segmento começou a tomar forma e ser desenhada como processo de uma construção reorientada com base na política de saúde mental, tornando-se, “expressão de interesses coletivos e de cidadania” (TELLES; HENRY, 2005, p. 4).

Faz-se necessário apontar alguns conceitos norteadores considerados relevantes no que tange à garantia dos direitos fundamentais do indivíduo, para o entendimento da controvérsia que existe entre o instituto da Medida de Segurança e a Lei nº 10.216/01.

Os direitos fundamentais estão positivados no artigo 5º da Constituição Federal de 1988, tratando-se de direitos básicos inerentes à pessoa humana, possuindo a finalidade precípua de proteção da dignidade humana conforme artigo 1º, III, do mesmo diploma legal, que, por sua vez, compreende valores como o direito à vida e à liberdade.

A medida de segurança, é um instrumento de intervenção do Estado no direito à liberdade, compreendido pelas modalidades descritas nos Arts., 96 e 97, ambos do Código Penal Brasileiro (CPB), com natureza preventiva e curativa dos indivíduos semi-imputáveis e inimputáveis que incorrem em práticas delituosas, em razão de sua periculosidade.

A medida de segurança na modalidade internação contraria o critério de humanização presente na Lei Paulo Delgado, também conhecida como a Lei de Reforma Psiquiátrica, ou seja, Lei nº 10.216/01, visto que, os elementos norteadores desta reforma, discordam do modelo institucional que tem o internamento como regra, além da difícil cessação de periculosidade. Em se tratando da referida Lei, esta compreende, que há igualdade de direitos entre os

portadores de insanidade mental, quer sejam eles internos dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTPs), ou não.

Nessa perspectiva, a Lei de Reforma Psiquiátrica ampara o cuidado à saúde em liberdade, no intuito de resgatar no indivíduo portador de transtorno mental, e egresso dos manicômios, a condição de membro do corpo social, inserindo-o efetivamente no meio social, de forma assistida, agregando ações que façam sentido para produzir vida, e não para o banimento de sintomas ou cura, eliminando a exclusão e segregação social.

Assim, a Lei em comento, compreende que o caminho mais eficaz para a aplicabilidade da medida de segurança e a cessação da periculosidade, eliminando o caráter de perpetuação de pena, advém da implantação das Residências Terapêuticas, como medida para a humanização e reintegração dos portadores de transtornos mentais ao convívio social, onde o Estado permanecerá responsável pelo tratamento adequado do indivíduo, ofertando assim um tratamento psicossocial, conforme prevê a Lei de Reforma Psiquiátrica, enquanto a internação é substituída pelo tratamento fora do ambiente de cárcere, visando à reintegração e o fortalecimento dos vínculos sociais desses portadores de transtornos mentais, desta forma, preservando os princípios constitucionais fundamentais, tendo como premissa, a garantia, recuperação, a dignidade da pessoa humana, nesse caso, os inimputáveis.

Por fim, o presente artigo objetiva demonstrar a importância da implantação do Serviço Residencial Terapêutico (SRT), como meio de reinserção dos inimputáveis egressos dos HCTPs no meio social, a fim de que através desse serviço seja possível garantir o tratamento digno e adequado, em ambiente longe do cárcere.

A RELAÇÃO SOCIAL ENTRE A PENA E A MEDIDA DE SEGURANÇA

A pena e a medida de segurança são espécies de sanção penal. Uma vez praticada a infração penal, nasce para o Estado o direito de punir o agente, que, depois de passar pelo devido processo legal, transitado em julgado, este pode vir a receber uma pena ou uma medida de segurança.

A pena possui natureza preventiva e retributiva, com caráter punitivo objetivando refrear possíveis infrações penais pelo próprio agente que o cometeu, bem como coibir por meio do exemplo, toda a sociedade, evidenciando a reprovabilidade da prática do delito.

Seria correto sustentar que o *jus puniendi* do Estado para a aplicação da pena, baseia-se na culpabilidade do agente, pelo nível ou grau de reprovação da conduta, em virtude de uma análise da potencial consciência da ilicitude do crime cometido. Uma vez constatada a imputabilidade do agente, tem-se quanto à aplicabilidade da pena um prazo determinado além de ser variável conforme o delito cometido e as suas circunstâncias.

Já a medida de segurança, esta por sua vez, é uma espécie de sanção penal de natureza preventiva e curativa, baseada na periculosidade do agente, sejam eles inimputáveis se constatada pericialmente a incapacidade absoluta do agente, ou semi-imputáveis, quando a incapacidade for apenas relativa, conforme preceitua o disposto legal em seu Art. 26, *caput*, e em seu parágrafo único do CPB, que na visão de Marcão (2012, p. 135):

Nos precisos termos do art. 26 do CPB, se ao tempo da ação ou omissão, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, o agente era inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato e de determinar-se de acordo com esse entendimento, ainda que provadas a ocorrência do delito, a autoria atribuída e eventual materialidade, ficará isento de pena. Não será possível impor-lhe condenação.

Uma vez ausente o elemento da culpabilidade, o agente não pode ser penalizado pelo cometimento da prática delituosa, tratando-se assim a medida de segurança, como um substituto para a aplicação da pena, restando inequívoca a diferenciação, portanto, entre o paciente e o apenado.

Conforme o pensamento do autor Eduardo Reale Ferrari, citando Luiz Flávio Gomes (2001, p. 91):

Luiz Flávio Gomes afirma que penas e medidas de segurança criminais constituem formas de controle social, devendo ambas

ser obviamente limitadas e regulamentadas. Constituem formas de invasão do Poder Estatal na liberdade do homem, sendo que todos os instrumentos garantísticos inseridos na Constituição Federal de 1988 valem automaticamente para o inimputável e para o semi-imputável sujeito a tratamento, não podendo o operador do direito renunciar à análise dos princípios constitucionais norteadores a qualquer espécie de sanção penal.

Destarte, importante salientar que as duas espécies de sanção penal, têm o escopo de reintroduzir o indivíduo ao meio social, prevenindo para que esse não incorra em novas práticas delituosas. Nesse sentido dispõe a Lei nº 7210/84, Lei de Execuções Penais (LEP), em seu Art. 1º: “a execução penal tem por objetivo proporcionar condições para a harmônica integração social do condenado e do internado”.

A MEDIDA DE SEGURANÇA E OS SEUS CONFLITOS NA APLICABILIDADE DA LEI E DA REFORMA PSIQUIÁTRICA

A depender do grau de assimilação do caráter ilícito do fato, a medida de segurança é aplicada por tempo indeterminado em suas duas modalidades, quais sejam, a detentiva e a restritiva, findando tão somente depois de verificada e constatada a cessação da periculosidade do agente, compreendendo o tratamento através da internação, e o tratamento ambulatorial, ambos realizados em HCTPs, ou unidade similar no tocante à medida restritiva, a depender da gravidade do crime cometido, conforme disposto nos Arts. 96 e 97 ambos do CPB.

No entendimento de Marcão (2012, p. 24), para que seja aplicada a medida de segurança, faz-se necessário apurar pericialmente a incapacidade mental do acusado, diante de verossímil periculosidade, sendo imprescindível o trânsito em julgado definitivo, conforme preceitua o Art. 171 da LEP.

Nessa compreensão, a periculosidade é pressuposto para a aplicação ou mesmo a suspensão da medida de segurança. Notável é a percepção de que, não apenas o diagnóstico da total ou parcial incapacidade mental do acusado é considerado para tal aplicabilidade ou suspensão, mas o prognóstico é de total

relevância, haja vista que a periculosidade do indivíduo baseia-se na expectativa que se tem, de o agente voltar a cometer um crime, fundamentado numa conduta antissocial e no grau de comprometimento psíquico do mesmo.

Compulsando diversos julgados, constata-se que os Tribunais ainda mantêm o entendimento de que a periculosidade do agente define a medida de segurança a ser aplicada, apesar de não ser possível antecipar um diagnóstico/prognóstico acerca da possível patologia existente, senão vejamos:

Aplicação da medida de segurança a inimputável: obrigatoriedade - TRF da 5ª Região: "A Aplicação de medida de segurança ao inimputável reconhecido por sentença é obrigatória e deverá ser fixada de acordo com a periculosidade do agente. Assim, não havendo prova de sua temibilidade, a fixação do tratamento ambulatorial é medida adequada" (RT 753/736). TJBA: "Homicídio. Agente isento de pena nos termos do art. 22 (art. 26 vigente) do CP. Periculosidade presumida. Necessidade de aplicação da medida de segurança adequada" (RT 585/362). TJSP: "Para a aplicação de medida de segurança, na hipótese de reconhecimento de inimputabilidade penal do acusado, não é necessário que ela seja pleiteada na denúncia, uma vez que se trata de periculosidade presumida por lei, sendo de rigor sua imposição" (RT 577/354). TACRSP: "Medida de segurança não deixa de constituir sanção penal, pois pressupõe prática de fato previsto como crime. Absolvido o réu por insanidade, a medida é obrigatória, acumulando o aspecto preventivo da salvaguarda social ao assistencial, em que se visa a recuperação do agente" (RJDTACRIM 6/11). TACRSP: "A internação é a medida de segurança aplicável aos irresponsáveis, que, isentos de pena na conformidade do art. 22 (art. 26 vigente), do CP, são presumidamente perigosos" (JTACRIM 66/304). No mesmo sentido, TJSP: RT 575/357. Aplicação de medida de segurança independentemente de perícia - TJSP: "Provados o fato típico e a autoria, mas demonstrada nos autos a inimputabilidade do réu, portador de esquizofrenia, ainda que não realizado exame de sanidade mental, deve ele ser absolvido, com imposição de medida de segurança consistente em internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico" (RT 634/262).

Seguindo essa percepção, a medida de segurança, por sua vez, admite progressão e regressão quanto ao seu cumprimento, sempre apurada a necessidade de continuidade ou não desse instituto, porém, considerando o aumento ou diminuição da periculosidade do agente.

Segundo Foucault, em sua obra Vigiar e Punir:

Punidas pelo castigo que se atribui a função de tornar o criminoso “não só desejoso, mas também capaz de viver respeitando a lei e de suprir às suas próprias necessidades”; são punidas pela economia interna de uma pena que, embora sancione o crime, pode modificar-se (abreviando-se ou, se for o caso, prolongando-se), conforme se transformar o comportamento do condenado; são punidas, ainda, pela aplicação dessas “medidas de segurança” que acompanham a pena (proibição de permanência, liberdade vigiada, tutela penal, tratamento médico obrigatório) e não se destinam a sancionar a infração, mas a controlar o indivíduo, a neutralizar sua periculosidade, a modificar suas disposições criminosas, a cessar somente após obtenção de tais modificações. [...] Admitiram que era possível alguém ser culpado e louco; quanto mais louco tanto menos culpado [...]. (FOUCAULT, 1987, p. 22).

A fim de coibir a violação da norma constitucional, que veda expressamente a prisão perpétua no nosso país, o Superior Tribunal de Justiça (STJ), entende que as mesmas garantias e princípios constitucionais que fundamentam a aplicação da pena, devem ser igualmente apreciados no que tange a aplicação da medida de segurança, quanto ao prazo de duração do seu cumprimento, devendo este ser limitado ao tempo máximo da pena que é de 30 (trinta) anos.

Nesse contexto, é quanto ao prazo de duração da medida de segurança que reside o cerne de vários questionamentos acerca do chamado caráter de perpetuação de pena e por sua vez a controvérsia entre a medida de segurança na modalidade internação e a Lei de Reforma Psiquiátrica. “É indecoroso ser passível de punição, mas pouco glorioso punir.” (FOUCAULT, 2014, p. 15).

Segundo Ferrari, 2001

As medidas de segurança em regime de internação privam a liberdade das pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei, tendo, portanto, caráter aflitivo, retirando-as da sociedade e produzindo gradativo processo de exclusão, esse tipo de mecanismo continua sendo usado, de forma a enviar indiscriminadamente os indivíduos para lugares que, ao invés de cuidar, de zelar, desumaniza, devido às formas de tratamentos arcaicos, a que são submetidos.

Essa “desumanização” recebeu a atenção do psiquiatra italiano Franco Basaglia, que na condição de diretor de hospital psiquiátrico, testemunhou uma gama de abusos e negligências para com o tratamento dos pacientes, e

percebeu que tal forma de tratamento, aliada ao isolamento e a internação, poderiam agravar a condição do paciente.

Basaglia, (1985, p. 21) retrata a realidade manicomial, como instituição racional criada para conter a irracionalidade, onde o manicômio é uma máquina modeladora de indivíduos, cujo poder atua, domina, e se ramifica, produzindo saberes e práticas contaminadas de parcialidade e institucionalizando subjetividades: “Quando a pessoa fica presa dá o nervoso, mesmo que a pessoa não seja nervosa: ficar preso, ver que não se pode fazer isso e aquilo, e ter de fazer o que mandam”.

Corroborando com essa crença, importante destacar o trabalho da psiquiatra alagoana, conhecida por sua singularidade na psiquiatria brasileira, Nise da Silveira, 1940, que compactuava com o pensamento de Basaglia, conforme declarado em uma de suas muitas entrevistas, “O movimento Baságlio, que eu aprecio, e estou de acordo de que estes velhos manicômios que se parecem prisões sejam implodidos.”, adotava a terapia ocupacional como um meio de psicoterapia não verbal, única e apropriada à reabilitação de psicóticos. Segundo ela, a terapia ocupacional permitia aos pacientes, "a expressão de vivências não verbalizáveis que no psicótico estão fora do alcance das elaborações da razão e da palavra".

Nesse contexto, pioneira no movimento da psiquiatria antiasilar, Nise, 1940, introduziu ainda, como forma de terapia lúdica, animais como cães e gatos, que auxiliavam no tratamento ofertado aos doentes mentais, buscando atrair a afetividade, criando empatia, a fim de estabelecer uma ponte com o mundo real.

Neste cenário, originou-se no Brasil no final da década de 70 (setenta), o processo de reforma psiquiátrica, conhecido através do Movimento da Luta Antimanicomial, visando assegurar a garantia de princípios fundamentais constitucionais, bem como uma mudança de valores, objetivando uma melhoria na condição de vida dos pacientes, buscando reinseri-los no meio social.

Uma das críticas feitas ao atual modelo de recuperação adotado refere-se a uma inversão no papel do julgador, pois ele assume equivocadamente a função de clínico, já que determina a internação e a alta dos enfermos. Trata-se, assim, de uma internação compulsória determinada pela justiça, já que essa medida parece visar a proteção da sociedade em detrimento da reabilitação e

reintegração propriamente dita do indivíduo enfermo ao seio social. Essa atitude é ultrapassada, pois não prioriza os aspectos de cidadania e dignidade, ou seja, na dúvida decide-se a favor da sociedade com a justificativa de uma suposta periculosidade do agente.

No âmbito da medida detentiva, importante considerar que o processo de desinternação de um paciente psiquiátrico, encontra algumas barreiras que vão além, tão somente, do caráter de prazo indeterminado da aplicabilidade da medida de segurança. Neste sentido, fatores externos como a falta de uma rede de apoio social e familiar adequados, para facilitar a reintegração do paciente ao convívio social, podem culminar na manutenção do mesmo na unidade de internação ou em seu retorno à instituição psiquiátrica, tornando assim perceptível que o dever do Estado para com esse paciente vai além da estrutura física dos HCTP's. Apesar da institucionalização da insanidade, muitos desses pacientes estão "curados da loucura, mas doentes da instituição". (BASAGLIA, 1979, p. 90).

Diante dessa perspectiva, surge então a necessidade da criação de um meio mais adequado a esse fim, servindo então como modelo substituto para os HCTP's, considerando a cessação da periculosidade do paciente, capaz de proporcionar a ressocialização deste, por meio do Serviço Residencial Terapêutico (SRT's), oriundo da criação da Lei Paulo Delgado, nº 10.216/01, conhecida como Lei de Reforma Psiquiátrica, que além do aspecto de humanização, por meio do resgate da condição humana, vislumbra proporcionar o mesmo tipo de tratamento aos portadores de transtornos mentais, quer sejam eles criminosos ou não.

RESIDÊNCIAS TERAPÊUTICAS E SUA EFICÁCIA

O conceito de desinstitucionalização defendido pela Reforma psiquiátrica é tomado como um grande desafio, cuja discussão é entendida de formas, conceitos e consequências variadas. Não se restringe a serviços substitutivos, e sim, exige um afastamento das práticas psiquiátricas antes realizadas, para novas práticas de cuidados realizadas como forma de tratamento em meio à comunidade.

Nesse âmbito, existe uma questão crucial quanto à desinstitucionalização sobre o prisma de Delgado (2001, p. 184-185), que entende como uma “progressiva ‘devolução à comunidade’ da responsabilidade em relação aos seus doentes e aos seus conflitos”. Já na visão de Birman (1992, p. 71-90), refere-se à procura de um “outro lugar social para a loucura na nossa cultura”, assim, põe em questão esse “outro lugar para a loucura”, na busca da cidadania do doente mental.

O Serviço Residencial Terapêutico é parte da Política Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde, instituído através da Lei nº 10.216/01, conhecida como Lei de Reforma Psiquiátrica, que objetiva a implantação de um modelo voltado para o cuidado da saúde mental, buscando efetivamente a reinserção social dos portadores de transtornos mentais na sociedade, reestruturando o modelo de saúde mental assistencial no Brasil.

Inspirados nos princípios do SUS (Sistema Único de Saúde), os SRT's são um meio de inclusão social, baseados na reintegração dos indivíduos portadores de transtornos mentais, sobretudo os desinstitucionalizados oriundos dos HCTP's, os egressos, e devem ser capazes de promover por meio das Residências Terapêuticas, inicialmente a necessidade de moradia, uma rede de apoio, almejando uma integração entre os próprios moradores das Residências Terapêuticas, com a comunidade local, bem como, com os profissionais que englobam esse serviço, tornando-se um modelo de caráter substitutivo dos HCTP's.

A chamada rede de apoio tem caráter relevante no tocante ao processo de resgate da autonomia do indivíduo, constituindo assim um dos direitos fundamentais do ser humano. O Ministério da Saúde, BRASIL, 2004, cita que o trabalho do acompanhante terapêutico, é fundamental para o morador se reapropriar do espaço urbano a fim de conquistar sua autonomia.

Conforme aponta a cartilha do Ministério da Saúde acerca dos SRT's, vejamos:

Alguns ganhos são evidentes e imediatos, outros são peculiares a cada um e podem demorar anos para serem conquistados ou percebidos. No entanto, não há comparação possível entre a vida coletivizada das instituições totais e o residir na

comunidade, com toda a sua complexidade e infinitas possibilidades de troca. (BRASIL, 2004, p. 13).

O Programa de Atenção Integral ao “Louco Infrator” ampara a execução das medidas de segurança de acordo com a Lei de Reforma Psiquiátrica, no âmbito do acolhimento aos pacientes nos serviços de saúde, em especial os SRT's. De forma despartada do sistema carcerário e com autonomia, as equipes especializadas de saúde colocariam em prática o melhor tratamento, sem que houvesse a necessidade prévia de decisão judicial, haja vista que o próprio transtorno mental já desorganiza o cotidiano do paciente.

Assim, tal programa tem o intuito de levar o indivíduo que foi submetido à medida de segurança, a um ambiente integrante da rede SUS, o que favoreceria a inclusão à família e à sociedade, além de funcionar no resgate da dignidade dos pacientes submetidos à medida de segurança. Oferecer-lhes amparo e estabilidade emocional, seria o mesmo que oferecer-lhe uma perspectiva de futuro, conforme relata um morador de SRT, "Uma casa... é o habitar da cidade. É você poder habitar a cidade, tendo um lugar para voltar... Para voltar no fim do dia. Eu habito esta cidade!" (BRASIL, 2004, p. 13)

Ainda segundo a cartilha do Ministério da Saúde, BRASIL, 2004, apenas 14 (catorze) estados brasileiros dispõem dos SRTs em funcionamento. São 262 (duzentas e sessenta e duas) unidades distribuídas em 45 (quarenta e cinco) municípios, totalizando o número de 1.363 (mil trezentos e sessenta e três) moradores.

De acordo com o informativo eletrônico publicado em 2015 acerca da Política Nacional de Saúde Mental, *Saúde Mental em Dados*, por meio do Ministério da Saúde (MS), o número de Residências Terapêuticas em funcionamento no Brasil, até o ano de 2014, era de 610 (seiscentos e dez) unidades, distribuídos da seguinte maneira: 20 (vinte) no Centro Oeste, 121 (cento e vinte e uma) no Nordeste, 2 (duas) no Norte, 431 (quatrocentos e trinta e uma) no Sudeste e 36 (trinta e seis) no Sul, dentre as quais foram habilitadas pelo Ministério da Saúde apenas 289 (duzentos e oitenta e nove) unidades.

Nesta seara, o Estado de Alagoas é um dos 13 (treze) Estados, vitimizados pelas políticas públicas que não fizeram da implantação dos STRs, uma prioridade, permanecendo estagnado no aspecto da busca pela humanização e

consequente resgate da cidadania, através das Residências Terapêuticas, dos indivíduos portadores de transtornos mentais egressos dos HCTP's.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em termos gerais, a discussão em comento visa que a humanização do Direito contemple a espécie de sanção penal aplicada àquele a quem a lei considera como inimputável, em razão da sua incapacidade mental, sem, no entanto, proporcionar-lhe os meios socialmente adequados para a possível consecução de seu regresso ao seio da sociedade, assegurando a sua reintegração, de maneira segura para si e para toda a coletividade. Assim, tem-se a impressão de que tais desafortunados psiquiátricos são deixados ao relento, relegando-se ao esquecimento a verdadeira função de seu internamento.

Nos dias atuais, verifica-se que é imprescindível uma equipe multidisciplinar para averiguar se o agente é inimputável e se a medida de segurança é realmente necessária. Não há nenhum problema legal ou ético que proíba a possibilidade do magistrado e dos profissionais de saúde discutirem o caso concreto para decidir acerca da medida de segurança. Esse tipo de cooperação é compatível com o nosso ordenamento jurídico, desde que respeitem o contraditório e a ampla defesa e o devido processo legal. Dessa forma, talvez houvesse uma maior assertividade na definição da espécie de medida a ser imposta, seus prazos de duração e melhor forma de cumprimento.

Vale lembrar a finalidade de realçar a urgente necessidade de fazer valer o que preconiza a Lei de Reforma Psiquiátrica sob o aspecto da humanização, através da implantação dos SRTs, já que, passado todo esse tempo, a medida de segurança ainda é ineficaz do ponto de vista de sua aplicabilidade, com características de perpetuação de pena, em razão da inexistência desse serviço.

É de extrema relevância social tornar a medida de segurança eficaz, desconstruindo o caráter punitivo, efetivando o aspecto curativo e objetivando através do tratamento adequado a busca para a reintegração do indivíduo ao seio social, através do que poderíamos chamar analogamente de “progressão de regime”, considerando um “sistema semi-aberto”, haja vista a grave dependência institucional decorrente do seu quadro clínico, corroborando a necessidade da implantação dos SRTs, nos trilhos da Lei nº 10.216/2001.

Destarte, a medida de segurança deve trilhar um caminho estreito com a democracia, cujo objetivo é alcançar os preceitos constitucionais, visando mesmo através da sanção penal, proporcionar a reinserção do “louco infrator” de volta à vida em sociedade.

Diante dessa premissa, cada caso deveria ser tratado dentro da individualização da “pena”, considerando dentre outras coisas, as suas especificidades. Dessa forma se tem uma perspectiva de reinserção do “louco infrator” ao convívio social. Embora seja de competência do Estado a produção do incidente de cessação de periculosidade, é cediço verificar uma violação do Princípio Constitucional que trata da dignidade da pessoa humana, tendo em vista o caráter formal de perpetuação do cumprimento de “pena”, em desacordo com a visão humanística que trata a Lei de Reforma Psiquiátrica.

Desta forma, as residências pela sua formatação multidisciplinar, se apresentam como alternativas factíveis e exequíveis na humanização do trato dado aos pacientes que cumprem medida de segurança, e que se encontram espalhados nos HCTPs.

REFERÊNCIAS

BASAGLIA, F. **A psiquiatria alternativa: Contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática.** São Paulo: Brasil Debates, 1979.

BASAGLIA, F. **A instituição negada: Relato de um hospital psiquiátrico.** Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BIRMAN JA. **Cidadania tresloucada.** In: Bezerra Amarante P, organizadores. *Psiquiatria sem hospício: contribuição ao estudo da reforma psiquiátrica.* Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF: Presidência da República. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em: 10 ago. 2019.

BRASIL. **Código Penal.** Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Brasília, DF: Presidência da República. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm. Acesso em: 14 ago. 2019.

BRASIL. **Código de Processo Penal Brasileiro**. Decreto-lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941. Brasília, DF: Presidência da República. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del3689.htm. Acesso em: 10 ago. 2019.

BRASIL. **Lei De Reforma Psiquiátrica. Lei Nº 10.216, de 6 de Abril de 2001**. Brasília, DF: Presidência da República. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 10 ago. 2019.

BRASIL. **Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984**. Institui a Lei de Execução Penal. Brasília, DF: Presidência da República. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7210.htm. Acesso em: 10 ago. 2019.

DELGADO, PGG. **Perspectivas da psiquiatria pós-asilar no Brasil (como um apêndice sobre a questão dos crônicos)**. Petrópolis: Vozes, 1987.

FERRARI, Eduardo Reale. **Medidas de Segurança e Direito Penal no Estado Democrático de Direito**. 1. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2001.

FOUCAULT, M. **A história da loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1972.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. 27. ed. Petrópolis: Vozes, 1987.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. 42. ed. Petrópolis: Vozes, 2014.

MARCÃO, Renato. **Execução Penal**. São Paulo: Saraiva, 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Residências terapêuticas: o que são, para que servem**. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

MIRABETE, Júlio Fabrini. **Execução Penal**. 11. ed. São Paulo: Atlas, 2006.

PEREIRA, J F. **O que é Loucura**. São Paulo: Brasiliense, 1985.

RESENDE, H. **Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica**. Petrópolis: Vozes, 2007.

SANDER, J. **A caixa de ferramentas de Michel Foucault, a reforma psiquiátrica e os desafios contemporâneos**. *Psicologia & Sociedade*, v.22, n.2, p.382-387, 2010.

TELLES, V. S.; HENRY, E. **Serviços urbanos, cidade e cidadania**. In: TELLES, V. S.; HENRY, E. (Org.) *Serviços urbanos, Cidade e cidadania*. 2 ed. Rio de Janeiro:Lumen Juris Ed., 2005.