

# **A Medida de Segurança como uma questão de saúde:**

## **O conceito de periculosidade nos âmbitos jurídico e psiquiátrico e sua consequência na fase de quesitação penal**

V ENADIR – GT 13 Pesquisas etnográficas em fronteiras difusas e contextos de (i)legalidades

*Pedro Vítor Resende (UnB)*

**RESUMO:** Este artigo tem o objetivo de apresentar uma quebra de paradigma, observando a medida de segurança como uma questão de saúde, confrontando suas funções reais e declaradas e estudando propostas alternativas para a resolução do conflito entre elas. Além disso, será analisado o conceito de periculosidade aplicado nos âmbitos jurídico e psiquiátrico e a forma como isso influencia diretamente no modelo de tratamento psiquiátrico atual. Ademais, o texto também apresentará uma abordagem sobre a forma como ocorre a fase de quesitação penal e por fim, identificará os motivos que inibem a aplicação correta da lei da reforma psiquiátrica nas medidas de segurança.

**PALAVRAS CHAVE:** Lei 10.216/2001. Periculosidade. Quesitação. Instituições Psiquiátricas.

### **1. INTRODUÇÃO**

A luta pelo reconhecimento da integridade da pessoa em transtorno mental no Brasil data do início da década de 1970, período em que as discussões acerca do que mais tarde viria a se chamar “Reforma Psiquiátrica”, tiveram seu início. A transição do Estado Social de Direito para o Estado Democrático de Direito, pelo qual a política brasileira passou, trouxe consigo uma preocupação maior em relação aos Direitos Humanos. Essa mudança de mentalidade foi essencial para que práticas ultrapassadas do ponto de vista jurídico e psiquiátrico fossem abandonadas. Entretanto, a mudança não ocorreu de maneira rápida, tendo despertado grande resistência em muitos estudiosos e profissionais que lidavam diretamente com o tratamento psiquiátrico no país.

Após longa evolução histórica, em 06 de abril de 2001, entrou em vigor a Lei 10.216, que estabeleceu novos horizontes ao tratamento em saúde mental no Brasil. Apesar de não abordar especificamente as pessoas com transtorno mental em conflito com a lei, há pacificada jurisprudência que atesta a sua aplicação para esses casos.

Entretanto, entende-se que a garantia de um instrumento legal não é suficiente para preservar o cumprimento do princípio que o institui, sendo necessária a permanência da atuação política para a efetivação dos direitos conquistados. Dentro desse contexto, percebe-se, na prática, uma eficácia parcial em sua aplicação, no que concerne à pessoa em sofrimento mental que se encontra em conflito com a lei, mostrando-se relevante indagar sobre as causas que vêm impedindo a correta aplicação do referido dispositivo.

A ideia de paradigma formulada por THOMAS KUHN, na obra “A Estrutura das revoluções científicas”, é importante para entendermos as transformações teóricas na área da saúde mental. Segundo ele, essa ideia pretende demonstrar como a ciência é influenciada pelas condições históricas do momento em que se desenvolve. Assim, o paradigma seria um conjunto de “realizações científicas universalmente reconhecidas que, durante algum tempo, fornecem problemas e soluções modelares para uma comunidade científica praticante de uma ciência” (KUHN, 2005, p. 13).

A partir de seu conceito, tentaremos explicar as principais vertentes e dicotomias que envolvem a ideia da medida de segurança, através de uma brevíssima explanação acerca de sua trajetória histórica e semântica. Dentro desse contexto, momentos como o da medicalização do direito e o estabelecimento da ciência médica como a verdade última dentro do campo jurídico, mostram-se relevantes para o entendimento das dúplices vertentes do instituto penal, como, por exemplo, punição X tratamento, presídio X hospital psiquiátrico, interno X paciente, dentre outros, que, por fim, nos auxiliam a caracterizar o discurso da periculosidade constante em toda a trajetória que abordamos.

Utilizaremos, ainda, a ideia de antinomia desenvolvida por HANS KELSEN, para entendermos pontos relevantes acerca da divergência legislativa presente no sistema jurídico brasileiro. Dentro desse contexto, por exemplo, temos que, de acordo com o Código Penal, em seu art. 97, no que concerne à medida de segurança, a internação compulsória é a regra. Ademais, o dispositivo reza que, somente no caso em

que o crime cometido pela pessoa portadora de transtorno mental for punível com detenção, é que o juiz poderia submeter o agente a tratamento ambulatorial, sendo essa uma exceção.

Dessa forma, entenderemos que o dispositivo em questão encontra-se ultrapassado pela Lei 10.216/2001, em seu art. 4º, uma vez que o texto legal preza pelo tratamento humanizado em uma rede psicossocial, sendo essa a regra para o tratamento psiquiátrico e não o contrário.

Ainda dentro da discussão legislativa, o mesmo artigo, em seu § 1º, traz o texto de que a internação, ou tratamento ambulatorial, ocorrerá por tempo indeterminado. Apesar disso, há pacificada jurisprudência que atesta que não há penas de caráter perpétuo na Constituição Federal, de sorte que o tempo de cumprimento de medida de segurança deve ser limitado ao máximo da pena abstratamente cominada ao crime, não sendo superior a 30 anos. Assim, discutiremos se seria possível entender que a lei antimanicomial revogou a legislação penal naquilo em que essa se mostra ultrapassada perante àquela.

Toda essa discussão servirá de base para visitarmos o instituto da quesitação que ocorre durante o chamado Incidente de Insanidade Mental. É através desse exame que se verifica, nos moldes atuais, a inimputabilidade ou semi-inimputabilidade do sujeito criminoso, culminando na aplicação da medida de segurança, justificada pela periculosidade do indivíduo.

Atualmente, perceberemos que não é feito o diagnóstico correto, uma vez que os quesitos são baseados no Código Penal, em artigos que entendemos ultrapassados e, assim, acabam por oferecer respostas insuficientes para os casos analisados, como, por exemplo, impondo a aplicação da internação compulsória como regra, conforme visto acima. Dessa forma, é preciso que a quesitação permita identificar os casos em que o tratamento oferecido ao usuário seja o menos gravoso possível.

Assim, visto o que ocorre na referida fase atualmente, se mostra necessário que se adeque a fase de quesitação – tanto do início do processo quanto dos exames periódicos de cessação de periculosidade – à lei antimanicomial. Apresentaremos um modelo alternativo de quesitação utilizado em alguns processos de execução de medida de segurança no DF, em que as necessidades do sujeito cumpridor da medida de segurança sejam levadas em maior consideração.

Apesar de pequenos avanços, percebemos que a realidade local, ainda não permite tratar a pessoa em sofrimento mental em conflito com a lei com base na Lei Antimanicomial, por falta de estrutura. Logo, analisaremos, por fim, Ação Civil Pública nº 2010.01.1.067203-4, protocolada pelo MPDFT em face do GDF, em que se discute a construção e manutenção de Residências Terapêuticas, regulado pela PORTARIA nº- 3.090, de 23 de dezembro de 2011.

Por fim, pretende-se demonstrar como o discurso da periculosidade perpetua uma série de violências contra as pessoas objeto desse estudo, sob uma justificativa que não condiz com a realidade, caminhando por ideias higienistas e antiquadas.

## **2. MEDIDA DE SEGURANÇA: UMA QUESTÃO DE SAÚDE**

### **2.1 O olhar da ciência e a ideia de paradigma**

Através dos estudos acerca da prática do cientista, Thomas Kuhn foi capaz de entender os mecanismos internos das ciências. Em sua visão, por exemplo, essas se modificam por meio de paradigmas, que seriam espécies de representações e interpretações do mundo, reconhecidas de modo universal, dotados de questionamentos e respostas, que servem como modelo para uma comunidade científica. Dessa forma, seria através desse esquema que os cientistas buscariam soluções para as problemáticas sociais.

Kuhn compreendeu, então, que a atividade científica consiste em um exercício de teste e erro, enquadrando a natureza em limites delimitados e de difícil transição que são dados pelo paradigma. O que move a ciência é justamente a disputa entre esses modelos que tentam explicar a realidade, assim, “o desenvolvimento da maioria das ciências têm-se caracterizado pela contínua competição entre diversas concepções de natureza distintas”. (Kuhn, 2005). Essa é a premissa da ciência normal, desconstruindo a neutralidade da mesma ao deixar claro como as conclusões científicas se formam a partir dos preconceitos, visões de mundo e valores compartilhados pelos cientistas.

Esse entendimento é importante para a compreensão histórica de institutos jurídicos. Dentro desse contexto, o nascimento da chamada medida de segurança ocorre por meio dos conceitos de periculosidade, prevenção e tratamento, utilizados também em outras medidas para a contenção de entes perigosos.

## **2.2 Medidas de segurança na legislação penal**

A medida de segurança, assim denominada, é codificada no Brasil através do Código Penal de 1940, explicitando uma junção da matriz de defesa social com a matriz de segurança jurídica. No ano de 1984, por meio da mudança da parte geral do mesmo código, estabelecem-se como conhecidas atualmente, sendo então dirigidas apenas às pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei, necessitando para a sua cessação, a verificação da periculosidade do sujeito.

Apesar disso, a estrutura do instituto permite com que esse se configure como práticas parcialmente delimitadas, abrindo espaço para o arbítrio por parte das pessoas que o executam.

Quando se pensa a respeito da medicina psiquiátrica, por exemplo, entendemos que o avanço da ciência, atingindo um patamar de verdade dentro da sociedade moderna, traz para dentro do direito, questões que marcaram uma época. Entre elas, a de que aquilo que é expresso pelo louco é administrável pela justiça somente por meio do auxílio da psiquiatria, enquanto sintoma. Há, porém, uma ruptura paradigmática no momento em que o modelo asilar de tratamento é substituído pela atenção psicossocial, através do estabelecimento da Lei 10.216/2001, em que a saúde passa a ser compreendida por diversos fatores, como sociais, políticos e econômicos, não mais se definindo somente como ausência de doença.

Dessa maneira, criam-se novos limites dentro da relação médico-paciente, sendo que o objetivo do tratamento, assim como a adequação de técnicas, dentre vários outros fatores, demandam um enquadramento àquilo que são definidos constitucionalmente como direitos fundamentais, para que se sustentem nessa nova perspectiva.

## **2.3 As várias faces da medida de segurança e a periculosidade**

Segundo Renata Weber Gonçalves, “a medida de segurança fala também quase sempre de dois pólos, por onde ela circula. Ela está entre a pena e o tratamento; é cumprida entre um presídio e um hospital; a pessoa que se submete à ela é um preso, mas também um doente – é uma pessoa sã, mas também uma pessoa doente. Estar submetido a ela é uma proteção, mas também um perigo; é medir um tempo que está entre o determinado e o indeterminado; faz falar de essência e aparência, de verdade e mentira. Do mesmo modo, a medida de segurança fala também de perigo e necessidade, necessidade de contenção de entes perigosos que vai sempre além dos limites legais, inserida que está nas narrativas da chamada “cultura do medo” (WEBER, 2008, p. 101).

Dentro do sentido daquilo que é na prática, a medida de segurança, mostra-se inteiramente relevante o entendimento sobre como a noção de periculosidade, aparentemente sem limites legais, influencia o modelo penal. É a presença desse juízo que autoriza a existência de ações que visam a proteção, baseado na matriz da defesa social, mas que, na prática, apresentam formas inconstitucionais, como, por exemplo a da eternização da medida de segurança. Abandonar essa matriz e conectar-se a uma constituição que preza pela integridade da pessoa em sofrimento mental em conflito com a lei significa, então, questionar a noção de periculosidade.

Assim, a mudança de paradigmas do Estado Liberal para o Social e, por fim, para o Estado Democrático de Direito, nos traz a conclusão de que, no caso em tela, no qual o objetivo geral consiste em avaliar questões da clínica psiquiátrica, a partir das definições dos limites estabelecidos pela legislação em vigor, o que existe é consequência daquilo que se pode ver, de acordo com as lentes atuais.

### **3. A REVOGAÇÃO DA LEGISLAÇÃO PENAL PELA LEI 10.216/2001**

#### **3.1 A antinomia de Kelsen**

Direito é um sistema formado por um conjunto de normas e princípios jurídicos válidos dentro de um determinado ordenamento, sendo que norma jurídica é o que resulta do trabalho intelectual frente ao encontro com os textos jurídicos, que produz estruturas de hipóteses com sentido completo que regulam condutas. Nesse contexto, a

existência de divergências legislativas é bastante comum.

De acordo com a teoria da antinomia de HANS KELSEN, desenvolvida na obra “Teoria Pura do Direito”, essas divergências podem ser resolvidas através da aplicação dos critérios hierárquico, cronológico e da especialidade.

Em termos práticos, o hierárquico é entendido a partir da ideia de que não existe norma jurídica inferior contrária à superior. Enquanto que o critério cronológico entende que norma posterior revoga a anterior quando expressamente o declare, quando seja com ela incompatível ou quando regule inteiramente a matéria de que tratava a lei anterior. Tendo por fim, o terceiro e último critério, da especialidade, prescrevendo que a norma especial prevalece sobre a geral, de modo que a lei nova, que estabeleça disposições gerais ou especiais a par das já existentes, não revoga nem modifica a lei anterior (KELSEN, 2006).

### **3.2 Normas conflitantes**

A execução da medida de segurança exige a atuação de várias áreas do conhecimento simultaneamente. Isso ocorre, pois não apenas envolve questões relacionadas ao direito penal e à segurança pública, mas também requer a atuação de profissionais da área de atenção psicossocial, para garantir o acesso ao tratamento e à assistência integral preconizada na legislação em vigor.

De acordo com o artigo 96 do Código Penal, a medida de segurança pode ocorrer sob a forma de tratamento ambulatorial ou de internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico. Entretanto, o procedimento deve se adequar à Lei 10.216/2001, denominada lei da reforma psiquiátrica, que assegura em seu art. 1º, os direitos às pessoas com transtornos mentais, “sem qualquer forma de discriminação”.

A Lei 10.216/2001, em seu art. 4º, dispõe que o tratamento da pessoa portadora de transtorno mental visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio. Além disso, diz que o tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer e outros. Por fim, veda a internação de pacientes em instituições com características asilares.

A referida lei possui como diretriz a reformulação do modelo de atenção psicossocial, uma vez que transferiu o foco do tratamento, que se concentrava na

instituição hospitalar, para uma rede de atenção psicossocial, estruturada em unidades de serviços comunitários.

Complementarmente, duas resoluções norteiam as políticas públicas de medida de segurança: a resolução CNPCP nº 05/2004 e a resolução CNJ nº 113/2010, ambas em consonância com a Lei 10.216/2001. A resolução CNPCP nº 05/2004 foi editada com vistas à adequação das diretrizes para o cumprimento das medidas de segurança à Lei 10.216/2001. Já a resolução 113/10 do CNJ, a partir do seu art. 14, também dispõe sobre a execução da medida de segurança.

Como bem observado no *“parecer sobre medidas de segurança e hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico sob a perspectiva da Lei nº 10.216/2001”*, publicado pela Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão, *“Paulo Jacobina (2008), além de defender a inconstitucionalidade da medida de segurança advoga, também, que a lei n. 10.216/2001 derogou da LEP, o Código Penal e o Código de Processo Penal, no que é seguido por Paulo Queiroz (2010), conforme abaixo destacado.*

*1. Finalidade preventiva especial. A lei 10.216/2001 considera como finalidade permanente do tratamento a reinserção social do paciente em seu meio (art. 4º, § 1º), reforçando assim a finalidade – já prevista na LEP – preventiva individual das medidas de segurança. Portanto, toda e qualquer disposição que tiver subjacente a ideia de castigo restará revogada.*

*2. Excepcionalidade da medida de segurança detentiva (internação). Exatamente por isso, a internação só poderá acontecer quando for absolutamente necessária, isto é, quando o tratamento ambulatorial não for comprovadamente o mais adequado.*

*3. Revogação dos prazos mínimos da medida de segurança, pois não são compatíveis com o princípio da utilidade terapêutica do internamento (art. 4º, § 1º da lei n. 10.216/2001) ou com o princípio de desinternação progressiva dos pacientes crônicos (art. 5º da lei n. 10.216/2001).*

*4. Presunção de periculosidade do inimputável e o seu tratamento em razão do tipo de delito que cometeu (se punido com reclusão ou detenção), baseado em prazos fixos e rígidos, são incompatíveis com a citada legislação em saúde mental, que objetiva a reintegração social da pessoa. A alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, prevista no art. 5º da lei n. 10.216/2001 e*

*reafirmada pelo PNDH-3 (BRASIL, 2010a) 23 requer, para sua plena realização, a concretização de um sistema alternativo, composto pela redução de leitos nos hospitais psiquiátricos, construção de residências terapêuticas, programa de volta para casa, centros de atenção psicossocial (CAPS), ambulatórios, saúde mental na atenção primária, programas de inclusão social pelo trabalho, centro de convivência e cultura, leitos psiquiátricos no hospital geral, etc., conforme Tânia Marchewka (2011)”.*

Ademais, outro ponto nos chama a atenção. A indeterminação de duração das medidas de segurança afronta vários princípios de ordem constitucional, dentre os quais o da legalidade, o da anterioridade e também o da integridade da pessoa portadora de transtorno mental, todos previstos no artigo 5º da Constituição Federal, violando também, o artigo 5º, inciso XLVII, alínea ‘b’, que trata da vedação da pena de caráter perpétuo.

Em vistas à resolução do problema da eternização da medida de segurança, o Supremo Tribunal de Justiça possui ampla jurisprudência no sentido de que a medida de segurança deve ter prazo máximo idêntico ao da pena privativa de liberdade substituída.

### **3.3 Resolução de conflitos de normas**

Apontadas as divergências existentes dentro da legislação penal em vigor no país, é possível fazer uma breve análise à luz da antinomia. No que concerne ao primeiro critério, hierárquico, esse se mostra inapto à solução do problema, uma vez que todas as normas em discussão (Lei 10.216/2001, CP, CPP e LEP) possuem o patamar de lei ordinária.

Quanto ao critério cronológico, cabe salientar que a Lei 10.216 foi promulgada em 2001, enquanto o CP e o CPP datam da década de 1940, deixando por fim, a LEP no ano de 1984. Uma vez demonstrado a incompatibilidade da nova lei com o disposto até então, entendemos pela derrogação das leis anteriores no que foi apontado.

Por fim, em relação ao critério da especialidade, o artigo 1º da Lei 10.216/2001 é enfático ao expressar que sua aplicação é válida tanto para o louco infrator, quanto para o não infrator. Veja transcrição:

Art. 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados **sem qualquer forma de discriminação** quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra (grifo nosso).

Portanto, através de uma análise teleológica, em que se leva em conta a intenção do legislador, assim como as motivações que levaram à criação do referido dispositivo, percebe-se que a Lei 10.216/2001 derogou o CP, o CPP e a LEP, naquilo em que são incompatíveis.

#### **4. QUESITAÇÃO PENAL À LUZ DA LEI 10.216/2001**

##### **4.1 Quesitação penal**

Como já dito, após iniciado o processo penal e antes da condenação, por diversos motivos (juiz de ofício, requerimento da família, do MP, das partes, etc.), em caso de suspeita da incapacidade mental total ou parcial do sujeito infrator, pode haver requerimento para a realização de perícia médica por psiquiatras (peritos do IML, no caso do DF), em que são formulados pelas partes quesitos a serem respondidos pelos peritos. Essa perícia é realizada para se confirmar, ou não, se a pessoa em conflito com a lei é inimputável ou semi-inimputável, e qual seria seu grau de periculosidade.

Em caso positivo, cabe ao juiz a aplicação da medida de segurança, uma vez que a pessoa é considerada inimputável perante a lei. O mesmo exame é feito se o transtorno mental é verificado após a condenação.

Seguindo o trâmite processual, após sentença e, de acordo com o Código Penal, art. 97, há a realização de nova perícia médica ao termo do prazo mínimo fixado, devendo ser repetida de ano em ano ou a qualquer tempo, se assim o determinar o juiz da execução, para verificar se houve a cessação da periculosidade da pessoa com transtorno mental em conflito com a lei, a fim de indicar se é caso de extinção da medida ou se ainda é necessária a sua continuidade.

Entretanto, a periculosidade, medida através da perícia médica, é vinculada à doença e, no contexto de doenças incuráveis, não faz sentido a aplicação do procedimento padrão à luz do CP. Nesse caso, dever-se-ia aplicar a Lei 10.216/2001

pois, na maioria dos casos, a doença mental não cessa, podendo, no máximo, ser controlada, passando assim, de uma questão de segurança para uma questão de saúde.

Dentre os quesitos que devem ser respondidos pelos psiquiatras, perguntas como “o paciente é portador de periculosidade?”, impedem uma análise completa e capaz de entender as singularidades de cada sujeito.

No Distrito Federal, a medida de segurança na modalidade de Internação é cumprida em uma ala localizada na Penitenciária Feminina do Distrito Federal, denominada Ala de Tratamento Psiquiátrico (ATP), que possui capacidade para abrigar 122 segurados, sendo ocupada no momento, por cerca de 98 internos, conforme dados fornecidos pela Promotoria de Justiça de Execuções Penais do MPDFT.

A ATP funciona em um espaço prisional com adaptações para receber os internos, não sendo dotada da estrutura necessária ao tratamento de pessoas submetidas à internação psiquiátrica. As celas, por exemplo, não são adequadas às peculiaridades das pessoas que se encontram ali internadas. Nesse diapasão, foi ajuizada Ação Civil Pública pelo MPDFT junto à Fazenda Pública, para que o DF seja obrigado a assegurar condições dignas para o cumprimento de medida de segurança na modalidade internação.

Dessa forma, é perceptível que a internação compulsória nem sempre é a melhor alternativa ao tratamento do sujeito infrator em muitos dos casos atendidos pela ATP, devendo essa ser aplicada apenas nos delitos mais graves, nas hipóteses em que o tratamento ambulatorial não fosse o indicado. E, nesse último caso, sendo imprescindível a internação, a ATP não é o local adequado à luz da lei da reforma psiquiátrica.

#### **4.2 Sugestão de quesitos para o Exame de Sanidade Mental**

Cientes da realidade acima colocada, em que a função declarada da medida de segurança mostra-se inaplicável por problemas estruturais, é importante que no momento da realização das perícias sejam apresentados quesitos que, ao serem respondidos, possam, além de diagnosticar de forma correta o quadro de saúde mental dos periciandos, recomendar o tratamento mais adequado para o caso, contribuindo,

assim, para a melhora e/ou estabilização de sua saúde e posterior ressocialização do sujeito infrator.

De acordo com dados recolhidos nas promotorias de execuções penais do DF, alguns quesitos já adotados pelas partes em alguns casos de medida de segurança no DF têm auxiliado na busca por um tratamento mais humanizado às pessoas submetidas à medida de segurança no DF.

Questões como “o tratamento pode ser realizado por meio de acompanhamento ambulatorial e ministração de medicamentos ou é indispensável a medida de internação?”, “não sendo caso de internação, é necessário que um familiar ou terceiro se responsabilize pelo tratamento (consultas/remédios)”, “se o paciente apresentar quadro psiquiátrico compensado, poderá realizar seu tratamento de forma ambulatorial, sendo internado somente nos períodos de crise em Hospital Psiquiátrico”, “na hipótese de inimputabilidade ou semi-inimputabilidade decorrente de dependência de drogas, o acompanhamento pode ser realizado em comunidade terapêutica, grupo de mútua ajuda, ou CAPS’AD, não sendo caso de internação psiquiátrica?”, “durante a entrevista, a família se mostrou disponível para acompanhar o tratamento do acusado? Em caso positivo, o tratamento poderia ser realizado por meio de acompanhamento ambulatorial na rede pública de saúde, CAPS ou Hospital-dia?”, “na ausência de suporte familiar e a Vara de Execuções Penais indicar abrigo ou local onde o acusado possa ser acolhido e continuar seu tratamento em rede de saúde pública, seria possível e suficiente realizar-se tratamento ambulatorial, CAPS ou Hospital-dia?”, mostram-se mais adequadas, perante a Lei 10.216/2001, a fim de se buscar um tratamento mais adequado de acordo com cada caso.

### **4.3 Problemas Estruturais**

Surge como alternativa à aplicação seca do Código Penal, a constituição de uma **Rede de Atenção à Saúde Mental**, que conduz a questão da medida de segurança em direção à saúde da pessoa e não em sua periculosidade. Assim, a internação compulsória deixa de ser a regra para que o tratamento ambulatorial possa ser estabelecido.

CAPS, residências terapêuticas, centros comunitários, hospitais gerais (SUS), instituições de defesa dos direitos dos usuários, unidades básicas de saúde e outros

componentes, formam a chamada **Rede de Atenção à Saúde Mental**, que se mostra mais humana para que o tratamento psiquiátrico, “objeto” da medida de segurança, se desenvolva da maneira correta.

Entretanto, o pouco caso dado pelo governo local na adoção e na execução das obras e políticas públicas necessárias para a implementação correta dessa Rede vem impedindo o avanço da Reforma Psiquiátrica no Distrito Federal. Nessas condições, como colocar em prática as mudanças trazidas na lei, na ausência de uma estrutura que permita o tratamento humanizado?

Em um claro exemplo a respeito do que foi relatado, há uma Ação Civil Pública, n. 2010.01.1.067203-4, impetrada pelo MPDFT, contra o GDF, que tem por escopo a implantação dos serviços de residências terapêuticas (RTs) – abrigos especializados para portadores de transtorno mental que não possuem referência familiar, incluindo os internos da ATP que poderiam ser desinternados – e de centros de assistência psicossocial (CAPS) no DF, destinados ao atendimento e tratamento de pessoas com problemas de saúde mental que se utilizam da rede pública de saúde no DF.

Entretanto, apesar da existência de decisões e sentença favorável ao MPDFT, o GDF vem, por meio de uma série de recursos, postergando a construção das residências terapêuticas e ampliação do número de CAPS. Até última análise, o Distrito Federal terá até dezembro de 2017 para construir e implantar as 25 residências terapêuticas e 19 Centros de Atenção Psicossocial – CAPS a que foi condenado. O prazo foi estendido pela 1ª Turma Cível do TJDF no recurso do DF contra sentença de 1ª Instância, que estipulou, em setembro de 2013, prazo de 1 ano para cumprimento da obrigação.

Nesse mesmo caminho, figura também outra Ação Civil Pública, n. 2014.01.1.025089-2, essa, objetivando a construção e o funcionamento do Centro Integrado de Atenção Psicossocial do Paciente Judiciário (CIAP/PJ-DF), destinado à execução da medida de segurança sob o regime de internação em moldes que mais se aproximam ao que dispõe a Lei 10.216/2001.

## **5. CONCLUSÃO**

Perante tudo o que foi debatido, percebe-se que o sistema de execução da medida de segurança que está em prática hoje em nosso país configura uma das maiores

violações aos direitos fundamentais das pessoas com transtorno mental em conflito com a lei.

Através do estudo histórico e semântico das matrizes sociais que estão por trás da medida de segurança, entendemos que o discurso de periculosidade perpetua uma série de violências contra as pessoas a ela submetidas. Sob a justificativa de que a pessoa é perigosa, o Estado vem cometendo, ao longo da história, uma série de violações ao direito da pessoa com transtorno mental.

Uma das soluções que visualizamos para a melhora do tratamento na área, além da óbvia necessidade de apoio financeiro e vontade política quanto à estrutura de uma Rede de Atenção à Saúde Mental, é a compreensão das divergências legislativas e o reconhecimento de que a Lei 10.216/2001 derogou o CP, o CPP e a LEP naquilo que se mostram incompatíveis, como demonstrado.

Dentre as consequências dessa nova perspectiva está a necessidade de mudança e atualização da fase de quesitação penal, além da superação do conceito de periculosidade tal qual previsto no CP. Tentamos trazer nesse trabalho, sugestões de novos quesitos, que longe de possuir o objetivo de abarcar todas as necessidades dessa mudança, pretende apenas fomentar a discussão, na ânsia de que algo concreto seja feito para melhorar as condições da pessoa com transtorno mental em conflito com a lei.

## **6. BIBLIOGRAFIA**

AMARANTE, Paulo (Coord.). **Arquivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro Nau, 2003. p. 13-44.

\_\_\_\_\_ (Org.). **Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Panorama ENSP, 1995.

**BRASIL. Código Penal Brasileiro.**

**BRASIL. Código Processual Penal Brasileiro.**

**BRASIL. Lei n.º 10.216, de 06 de abril de 2001.** Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

BRASIL. Ministério Público Federal – MPF. Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão - PFDC. **Parecer sobre medidas de segurança e Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico sob a perspectiva da LEI N° 10.216/2001.** Brasília-DF, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Residências Terapêuticas: o que são, para que servem.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

CARVALHO NETTO, M. . **Uma reflexão constitucional acerca dos direitos fundamentais do portador de sofrimento ou transtorno mental em conflito com a lei.** Veredas do Direito (Belo Horizonte), v. 2, p. 67-80, 2005.

\_\_\_\_\_. . **O novo direito dos portadores de transtorno mental: o alcance da Lei 10.216/2001.** 2005. Parecer para o Conselho Federal de Psicologia.

CASTRO, Ulysses Rodrigues de. **Reforma Psiquiátrica e o louco infrator: novas idéias, velhas práticas.** Brasília: Hinterlândia, 2009.

DINIZ, Débora. **A casa dos mortos.** Documentário, 24 min, 2007. Brasil. Ministério da Saúde. DocBsAs 2008. UnB TV.

DINIZ, Débora. **A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil – Censo 2011.** Brasília: EDITORA UNB, 2013.

FOUCAULT, Michel. 1987. **Vigiar e Punir.** Petrópolis, Vozes.

\_\_\_\_\_. 2006. **O nascimento do hospital.** Microfísica do poder: In: MACHADO, Roberto (Org.). Rio de Janeiro: Graal.

JACOBINA, Paulo Vasconcelos. **Direito Penal da Loucura: Medida de Segurança e Reforma Psiquiátrica.** Boletim dos Procuradores da República n° 70.

KELSEN, Hans. **Teoria Pura do Direito.** 7ed. São Paulo: Martins Fontes, 2006. P. 217.

KUHN, T. **A estrutura das revoluções científicas.** Trad. Beatriz Vianna Boeira e Nelson Boeira. São Paulo, Perspectiva, 2005.