

UMA ANÁLISE CRÍTICA DA MEDIDA DE SEGURANÇA FRENTE À TENDÊNCIA DA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO: COTEJO DA PROBLEMÁTICA DOS LIMITES TEMPORAIS MÁXIMO E MÍNIMO

Karin O'Donnell Kyburz
Bacharela em Direito

1 Por que desinstitucionalizar?

Desde a antiguidade até a era moderna, a sociedade busca “purificar-se” para manter sua integridade e sobrevivência. A forma encontrada de eliminar as frustrações sociais foi através do que Thomas Szasz chama de *scapegoat*¹, ou seja, bode expiatório, visto como símbolo de mau, que é necessário expurgar da ordem social.

Desse modo, ao longo da história, a sociedade vem excluindo, segregando e institucionalizando parcelas diferentes da população, isto é, eliminando frustrações mediante a separação de minorias. Assim como o bode foi sacrificado por motivo religioso, as feiticeiras e hereges foram queimados no período da inquisição por demonstrarem certa ameaça ao catolicismo, os leprosos, além de não serem medicamente tratados, encontraram na própria doença a razão da exclusão, os vagabundos, os desempregados, os inválidos, os ociosos, os mendigos e muitos outros economicamente improdutivos tornaram-se para o Estado, por motivos políticos e de mercado, indivíduos que deveriam ser expurgados em prol da ordem social. Nesse mesmo contexto insere-se o louco, como mais um dos personagens da tragédia da exclusão, num primeiro momento mediante pretextos místicos, como a possessão diabólica².

1 O termo em inglês é uma contração de *escape goat* e exprime que, através dele, o homem escapa da culpa e do pecado. Traduzido como “bode expiatório”, significa aquele que sofre por nós. Expiar, em português, como em latim, significa purificar, sofrer. SZASZ, Thomas S. *A fabricação da loucura: um estudo comparativo entre a inquisição e o movimento da saúde mental*. 2. ed. Rio de Janeiro: Ed. Zahar, [s.d.]. p. 298.

2 A expulsão do louco não se deu somente através do alojamento num pequeno espaço da cidade, mas também através da “Nau dos Loucos”, isto é, o meio através do qual alguns desses loucos, alojados e mantidos pelo orçamento da cidade – sem tratamento algum –, eram levados, por mercadores e marinheiros, sendo largados em qualquer lugar fora da cidade. O importante é que fossem perdidos, que deixassem os muros da cidade, se tornando prisioneiros de sua própria partida e purificando de sua presença o lugar de onde vieram. Dessa forma, entendemos que a comunidade via como um grande sacrifício ceder uma parcela de seu espaço aos loucos, que não eram considerados merecedores de nada. Somente em alto mar eles encontrariam seu lugar e sua identidade ou, talvez, sua falta de identidade por excelência, sem saber de onde vêm, nem para onde vão, se tornando, portanto, o que Foucault chama de “passageiro absoluto”. Ver FOUCAULT, Michel. *A história da loucura: na idade clássica*. 7. ed. São Paulo: Perspectiva, 2004. p.10-14.

Somente no Renascimento luta-se contra a superstição e obtêm-se pequenos avanços práticos por meio de cientistas, filósofos, homens de letras e artistas do Século XVII. Através do empirismo e do racionalismo, com métodos de observação e classificação, Felipe Pinel tornou possível tratar os transtornos mentais de uma forma mais objetiva e humana, através de importantes classificações e da libertação dos insanos de suas correntes³. Sucessor de Pinel, Jean-Etienne Esquirol escreveu sobre as condições indignas dos asilos⁴ e afirmou que os doentes mentais eram tratados como criminosos, atirados em calabouços, onde definhavam em seus próprios excrementos, amarrados a correntes que dilaceravam suas carnes. Diante disso, defendeu um tratamento mais justo para os doentes mentais e para os criminosos portadores destas doenças.⁵

Assim, a loucura separou-se do campo geral da exclusão, em razão da vedação da privação da liberdade isenta de garantias jurídicas, convertendo-se em uma entidade clínica que era preciso atender em termos médicos para buscar a cura. Contudo, para a “escola clássica” de Paris – de Pinel e Esquirol –, que dominou o cenário psiquiátrico europeu até o início do século XX, era precondição do tratamento alienista – tratamento moral – isolar o paciente da sociedade – vista como comunidade que suscitava distúrbios –, ocupando os espíritos e os corpos dos doentes mentais em manicômios, onde os ânimos da loucura restariam isolados, controlados e reprimidos.⁶

Na visão de Franco Basaglia, “Pinel libertou os loucos das prisões, mas, infelizmente, depois de tê-los libertado, colocou-os em outra prisão que se chama manicômio”⁷. Voltado contra este aprisionamento, ele cria na Itália, em 1973, o movimento da psiquiatria democrática, através do qual pretendia estender por todo país a reforma psiquiátrica – oriunda, após a Segunda Guerra Mundial, das críticas da eficácia dos asilos, dos tempos de

3 ALEXANDER, Franz G. *História da psiquiatria*. Tradutor: Aydano Arruda. São Paulo: IBRASA, 1968. Cap. 6-8.

4 Esquirol foi um dos primeiros alienistas que usou o termo asilo para desviar do cunho pejorativo que ainda tinha a palavra hospital. Ver DESVIAT, Manuel. *A reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1999. p. 17.

5 STONE, Michael H. *A cura da mente: a história da psiquiatria da antiguidade até o presente*. Porto Alegre: Artmed, 1999. p. 92-3.

6 DESVIAT, Manuel, op. cit., p. 17. “Na época de Pinel, quando a relação fundamental da ética com a razão será convertida num relacionamento segundo da razão com a moral, e quando a loucura não será mais que um avatar involuntário sucedido, do exterior, à razão, se descobrirá com horror a situação dos loucos nas celas dos hospícios. Vem a indignação pelo fato de os ‘inocentes’ terem sido tratados como ‘culpados’. O que não significa que a loucura recebeu finalmente seu estatuto humano ou que a evolução da patologia mental sai pela primeira vez de sua pré-história bárbara, mas sim que o homem modificou seu relacionamento originário com a loucura e não a percebe mais a não ser enquanto refletida na superfície dele mesmo, no acidente humano da doença.” FOUCAULT, Michel, op. cit., p. 143-4.

7 BASAGLIA, Franco. *A psiquiatria alternativa: Contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática*. 3. ed. São Paulo: Brasil Debates, 1982. p. 13.

reconstrução social, desenvolvimento econômico e de movimentos civis, de uma tolerância maior às minorias, da descoberta de medicamentos psicotrópicos e da adoção da psicanálise. Assim, concluiu-se que o hospital psiquiátrico deveria ser transformado ou até abolido. Esta reforma se daria através da transformação do manicômio em uma instituição terapêutica ou do seu fechamento – acarretando a desinstitucionalização dos pacientes –, que, segundo Franco Rotelli:

(...) é um trabalho prático de transformação que, a começar pelo manicômio, desmonta a solução institucional existente para demonstrar (e remontar) o problema. (...). O processo de desinstitucionalização torna-se agora uma reconstrução da complexidade do objeto. A ênfase não é mais colocada no processo de *cura*, mas no projeto de *invenção de saúde e de reprodução social do paciente*.⁸

A doença mental é uma doença como qualquer outra, devendo, portanto, ser tratada e somente acarretar a internação em caso extremo de necessidade, como a crise, por exemplo.⁹

O processo, muitas vezes desnecessário, de institucionalização, acarreta, segundo Ervin Goffman, uma sistemática mortificação do eu, através de progressivas mudanças na vida do paciente, como a perda do *status* social no mundo externo; o despojamento da sua aparência visual e de todos os seus bens – originando a perda da identificação pessoal –; a violação da reserva de informação quanto ao eu; dias marcados para visitas, que são geralmente controladas pela administração; o ócio forçado e através da passagem do tempo, um sentimento de tempo perdido não só pela perda do contato com o mundo externo, mas pela impossibilidade de adquirir coisas que possam ser transferidas para a vida externa.¹⁰

Desse modo, não deve existir mais uma preocupação direta com a cura – vida produtiva –, mas com a produção de vida, ou seja, com a convivência social, a utilização dos papéis sociais. Rompe-se, a partir daí,

8 ROTELLI, Franco, et. al. *Desinstitucionalização*. 2. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2001. p. 29-30.

9 Essa ideia baseia-se na perspectiva de Basaglia ao afirmar que um caso apresentado a ele não mais seria um caso de doença, mas de crise vital, ou seja, se alguém está com problemas psiquiátricos, poderia ser diagnosticado, poderia ser rotulado e consequentemente institucionalizado, mesmo que sua doença não tenha cura. Mas ao invés disto, pode ter seu problema encarado de uma forma subjetiva, como uma crise, tendo uma resposta e um tratamento relativos a tal crise. A doença, sugere Basaglia, deve passar a ser expressão de uma crise existencial, social, familiar, etc. Todavia, essa forma de encarar os fatos é problemática, pois “o psiquiatra sempre confundiu o internamento com sua própria liberdade. Quando o doente está internado, ele (médico) está em liberdade. Quando o internado tem liberdade, o internado é o médico! O médico não aceita essa situação de paridade, porque ou o doente vem para dentro ou eu (médico) entro”. BASAGLIA, Franco, op. cit., p. 17-9.

10 GOFFMAN, Ervin. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: perspectiva, 2003. p. 23-69.

a mecânica rígida do *processo de doença*.¹¹

Mais uma vez, nas palavras de Franco Rotelli:

Esta transformação da forma organizativa dos sistemas de saúde mental rompeu o predomínio cultural do modelo segregativo clássico da Psiquiatria, no qual o manicômio constituía a única resposta ao sofrimento psíquico. E nesta perspectiva foram multiplicadas as estruturas extra-hospitalares, médicas e sociais, que deveriam assistir aos pacientes egressos dos hospitais psiquiátricos e constituir um filtro contra hospitalizações ulteriores.¹²

Desse modo, independente da (in)viabilidade total das propostas da reforma psiquiátrica, deve-se ter presente as influências trazidas por esses movimentos, exercendo-as na realidade dos manicômios e, conseqüentemente, no instituto da medida de segurança.

2 A medida de segurança frente à tendência da esinstitucionalização

Preliminarmente, devemos aclarar que a medida de segurança tem como pressuposto necessário a prática de um ilícito penal típico, a presença da periculosidade e a ausência de imputabilidade plena do agente.¹³ Frente a esses requisitos, faz-se possível a aplicação da medida de segurança, que terá por objetivo o tratamento do paciente-delinquente e a defesa da sociedade.

Com base nestes objetivos da medida asseguradora, analisaremos algumas de suas características a fim de verificarmos até que ponto a respectiva conexão é adequada. Em relação ao tratamento, devemos ter presente a sua atual concepção, segundo a qual, para Franco Basaglia, a pessoa doente tem como primeira necessidade não só a cura da doença, mas muitas outras coisas, como um relacionamento humano com quem a trata, respostas reais para o seu ser, precisa de dinheiro, de uma família e de tudo aquilo que nós também precisamos.¹⁴ Devemos, portanto, nos

11 DESVIAT, Manuel, op. cit., p. 30.

12 ROTELLI, Franco, et. al op. cit., p. 20.

13 BITENCOURT, Cezar Roberto. *Manual de direito penal*: parte geral. 6. ed. São Paulo: Saraiva, 2000. p. 641.

14 BASAGLIA, Franco, op. cit., p. 17.

perguntar até que ponto a internação faz-se mister quando o objetivo é tratar, cuidar, beneficiar o paciente, sendo que sua doença pode vir a ser controlada somente com medicamentos e com tratamento ambulatorial.

Relativamente à defesa da sociedade, devemos ter em mente o binômio perigo que ameaça e sociedade que se defende, de onde nasceu a teoria da perigosidade¹⁵, a fim de vincularmos diretamente a finalidade de defesa social com a real periculosidade do paciente-delinquente, pois se esse agente não é criminalmente perigoso, deve-se, irremediavelmente, afastar a aplicação de uma medida de segurança, mormente de internação.¹⁶

Feita análise de como deveria ser a medida asseguratora, de acordo com o seu objeto, passemos a analisar como é a medida de acordo com sua previsão legal.

Existem duas espécies de medida de segurança, ambas pessoais: a detentiva e a restritiva. A primeira consiste no tratamento mediante recolhimento do sujeito, ou seja, internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico, podendo também ser cumprida em outro estabelecimento adequado.¹⁷ A segunda, inovação da reforma de 1984 do Código Penal, de acordo com as tendências de *desinstitucionalização*¹⁸, é o tratamento ambulatorial, que supõe o comparecimento do delinquente “ao hospital nos dias que lhe forem determinados pelo médico, a fim de ser submetido à modalidade terapêutica prescrita”¹⁹, sem que para tanto lhe seja restrita a liberdade.

A medida detentiva é a regra geral para os inimputáveis, e, excepcionalmente, isto é, quando o fato delituoso for punível com detenção, poderá ser substituída por tratamento ambulatorial. Contudo, a punibilidade com pena de detenção não é suficiente para tal conversão, sendo necessário examinar as condições pessoais do agente e a sua compatibilidade com a medida mais liberal²⁰. “Sendo assim, embora tenha sido a periculosidade a motivadora da medida de segurança, é o tipo de ilícito penal cometido que definirá se a medida de segurança será ambulatorial ou em regime de internação integral”²¹

O Código Penal prevê que o tratamento ambulatorial poderá a

15 BRUNO, Anibal. Teoria da perigosidade criminal. *Revista dos Tribunais*, São Paulo, v. 779, p. 753-776, 2000.

16 MONTEIRO. Cristina Libano. *Perigosidade de inimputáveis e 'in dubio pro reo'*. Coimbra: Coimbra Editora, 1997. p. 83-4.

17 BITENCOURT, Cezar Roberto, op. cit., p. 642.

18 Exposição de motivos ns. 90 e 91 do Código Penal.

19 Exposição de motivos n. 90 do Código Penal.

20 BITENCOURT, Cezar Roberto, op. cit., p. 642.

21 RAMOS, Maria Regina Rocha e COHEN, Cláudio. Considerações acerca da semi-imputabilidade e inimputabilidade penais resultantes de transtornos mentais e de comportamento. *Revista Brasileira de Ciências Criminais*. São Paulo, p. 215-229, 2002. 39v.

qualquer momento, quando necessário para fins curativos do agente, ser convertido em internação em hospital de custódia e tratamento (art. 97, § 4º, do Código Penal)²². Todavia, não previu que, quando necessário para fins curativos do agente, fosse possível, em razão da sua baixa periculosidade, a dispensa da internação, com possibilidade de aplicação direta do tratamento ambulatorial, por indicação do médico-perito.

A modalidade de terapia adotada pela medida de segurança, na forma como está no ordenamento jurídico, surpreendentemente não decorre de recomendação médica ou pericial, mas do desvalor do resultado. A escolha da espécie da medida de segurança se dá *ope legis*, manifestando *contraditio in terminis*, priorizando o resultado do delito, em detrimento da doença diagnosticada pelos médicos.²³

Além disso, a lei estabelece, no § 1º do art. 97 do Código Penal, um prazo mínimo de cumprimento da medida de segurança, de um a três anos, como marco para realização do primeiro exame de verificação de cessação de periculosidade.²⁴ Enquanto não for averiguada, mediante esse exame, o fim da periculosidade do paciente, a medida perdurará, isto é, embora os critérios da medida sejam o tratamento e a defesa social, tais fins parecem não ter relevância enquanto não findar o tempo mínimo predeterminado. Mas qual é a natureza jurídica deste tempo? Por que a espécie de medida asseguradora depende da pena aplicada ao delito, se não é este o critério da medida?

Para alguns, a resposta estaria na prevenção geral positiva, embora, no plano teórico, a medida de segurança tenha por objetivo a prevenção especial, enquanto a pena visa à prevenção geral e à especial.²⁵

Mas será que essa função existe na medida de segurança? Em tese, não deveria existir, mas há quem entenda que “o abalo social propagado

22 PRADO, Luiz Regis. *Curso de direito penal brasileiro* : parte geral. 4 ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2004. p. 694.

23 SMANIOTTO, Edson Alfredo Martins. Da Medida de Segurança. *Revista de Escola da Magistratura do Distrito Federal*, Brasília, n. 6, p.19-22, 2001.

24 BITENCOURT, Cezar Roberto, op. cit., p. 645.

25 PRADO, Luiz Regis, op. cit., p. 690. Sob a influência da escola positivista, do pensamento de que o criminoso não mais necessitava de retribuição pelo mal praticado, mas de tratamento, surge a ideia de que a sanção deveria recuperar o delinquente, corrigir individualmente o desajustamento gerador do crime. Esta é a acepção prevencionista-especial positiva. Considerando o objetivo principal das sanções, a emenda ao delinquente, admitia-se, excepcionalmente, a sua segregação, em casos de incorrigibilidade e de perigo para a sociedade. Esta é a acepção preventivista-especial negativa. A prevenção geral também se subdivide em negativa e positiva. A negativa se fundamenta na intimidação, na temorização do delinquente, a fim de atuar pedagogicamente na comunidade, demonstrando aos delinquentes que quem comete crimes é punido. Esta função será inócua frente aos criminosos doentes, que não têm discernimento e compreensão da norma jurídica, não sendo por ela intimidados. A positiva assume a função de revalorizar o ordenamento jurídico, visando restabelecer a confiança institucional afrontada pela conduta ilícita, sendo que somente a aplicação de uma sanção pode trazer este respeito almejado. Ver FERRARI, Eduardo Reale. *Medida de segurança e Direito penal no Estado democrático de direito*. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2001. p. 49-61.

pelo inimputável à comunidade exige uma estabilização das expectativas comunitárias na validade da norma violada (...)”²⁶, e a forma de reafirmar essa norma, favorecendo o processo de integração social, é vincular a gravidade do ilícito penal com a sua consequência jurídica. Precisamente, isso ocorre na escolha da espécie da medida de segurança e do tempo mínimo de internação.

Tanto a ideia de prevenção geral positiva quanto a de retribuição não poderiam fazer parte da medida de segurança, pois “a internação desnecessária ou por tempo desnecessário apenas piorará o estado do recolhido, evidenciando que se preferiu um jogo que beneficia aparentemente a segurança social com olvido de que esta só existe quando se tutela cada um”.²⁷

A ideia de repressão é, pois, totalmente estranha à medida de segurança. A ideia de reação, substancialmente, não convém também, a menos que se queira falar em uma reação meramente naturalista, mecânica que se manifesta sempre que um organismo for tocado em suas condições de existência física. Nunca no sentido de reação como reafirmação do ordenamento jurídico contra uma ação violadora de um preceito sancionado.²⁸

Dessa forma, tendo a medida de segurança fulcro no tratamento do paciente, deve-se realizá-la tal qual indicarem os médicos, almejando sua real eficácia em vez de permitir que tenha fins diversos daqueles a que ela se propõe, mormente diante das novas tendências da psiquiatria, onde a internação, quando recomendada, dura dias, jamais chegando a um ou três anos, como exige a lei. Percebemos, assim, que a exigência de uma internação, e sua vinculação a tempo mínimo pré-fixado, representa uma afronta aos pilares da medida de segurança, tendo em vista que a obediência à norma torna despiciendo o ponto de vista médico na escolha da espécie da medida, bem como a finalidade de defesa social, ao permitir a internação de pessoa não perigosa, por mera limitação legal.

Além disso, não poderíamos deixar de apontar o critério legal adotado pelo Código Penal, que compreende os inimputáveis como presumidamente perigosos até o término do tempo mínimo fixado.²⁹ A

26 Idem, *ibidem*, p. 62.

27 ANDREUCCI, Ricardo Antunes. Manicômio judiciário e medidas de segurança alternativas. *Revista do Conselho Penitenciário do Distrito Federal*. Brasília, v. 43, p. 53-61. 1981.

28 BETTIOL. Giuseppe. *Direito penal*. São Paulo: Red Livros, 2000. p. 751.

29 BRUNO, Anibal. *Direito penal*: parte geral. 5 ed. Rio de Janeiro: Forense, 2003. p. 39-40. v. 1, t. I

periculosidade deveria ser verificada individualmente, analisada caso a caso, tendo em vista que “a presunção legal ignora as particularidades do problema, para poder aspirar a uma aplicação homogênea e generalizada”³⁰. Nem precisamos mencionar que o preço desta homogeneidade é a injustiça.³¹

Existem duas hipóteses flexibilizadoras desse contrassenso. A primeira, prevista no artigo 176 da Lei 7.210/84 – Lei de Execução Penal –, consistente na permissão da realização de um laudo extraordinário antes do término do prazo mínimo determinado, viabilizando, por exemplo, a desinternação de um paciente que tenha sua periculosidade cessada antes de findo esse prazo, ou daquele que nunca possuiu periculosidade criminal e foi “vítima” da presunção³². A segunda é um instituto extralegal, chamado *alta progressiva*, que viabilizou, pela primeira vez no Brasil, em 1966, no Instituto Psiquiátrico Forense Maurício Cardoso, de Porto Alegre, a progressão dos pacientes-delinquentes, permitindo que se dirigissem à casa de familiares, inicialmente nos fins de semana, ampliando paulatinamente tais liberações para uma semana, quinze dias, um mês, até a permanência definitiva, quando demonstradas as condições de reintegração comunitária.³³

A alta progressiva foi incorporada em 1977 ao regimento interno da instituição, de comum acordo com os juízes da Vara de Execuções Criminais, e sempre lhes é solicitada quando há uma melhora significativa nos sintomas do paciente e na capacidade da família para recebê-lo de volta, sendo geralmente concedida, exceto quando solicitada durante o primeiro período da medida de segurança. Ao longo dos anos, metade dos pacientes sob custódia no IPF mantém-se em tratamento em casa ou na comunidade. Um estudo transversal de toda população do IPF, realizado em

30 MONTEIRO, Cristina Líbano, op. cit., p. 104.

31 Deve-se considerar que a injustiça consiste no fato de essa presunção ser absoluta, não admitindo prova em contrário. Afinal, se não existisse qualquer presunção, o próprio médico encontraria grandes dificuldades se tivesse que instantaneamente realizar um juízo de periculosidade em alguém; contudo, ele necessita ter não só o direito, mas o dever de ser ouvido, respeitado e acatado sempre que afirmar que alguém não representa perigo criminal, merecendo a liberdade. Assim, mister se faz a relativização desta presunção.

32 Todavia, até quando se almeja uma alternativa para favorecer o paciente, há aqueles que visam restringir a norma favorável. Cesar Roberto Bitencourt e Luiz Regis Prado entendem que antes do término do prazo mínimo determinado na sentença, “poderá o exame ser realizado mediante provocação do Ministério Público ou do interessado, seu procurador ou defensor – **mas nunca de ofício**”. (grifo nosso). Ver BITENCOURT, Cesar Roberto, op. cit., p. 649 e PRADO, Luiz Regis, op. cit., p. 697. De modo diverso entende REALE JÚNIOR, Miguel. *Instituições de direito penal*. Rio de Janeiro: Forense, 2003, p. 176; MESTIERI, João. *Teoria Elementar do direito criminal*: parte geral. Rio de Janeiro: Edição do autor, 1990. p. 378; ANDRADE, Haroldo da Costa. *Das medidas de segurança*. Rio de Janeiro: América Jurídica, 2004. p. 33.

33 “Reintegração comunitária significa possibilidade de integração social, exteriorizada pela progressividade na execução de qualquer espécie de sanção-penal, estendendo-se também àqueles suscetíveis às medidas de tratamento criminal”. Ver FERRARI, Eduardo Reale. *Medida de segurança e Direito penal no Estado democrático de Direito*. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2001. p. 168-169.

1999, demonstrou que de um total de 618 pacientes, 189, ou seja, 30,6%, tratavam-se em casa. “O fator determinante para que um paciente possa beneficiar-se da Alta Progressiva é a avaliação clínica presente e não o delito cometido no passado. As pacientes são entendidas simultaneamente como protagonistas e vítimas dos próprios delitos cometidos”.³⁴ Essa forma de tratamento é baseada numa profunda confiança na possibilidade de superação da doença mental, até mesmo nos casos mais complexos.³⁵

Seguindo o exemplo de Porto Alegre, o hospital de custódia e tratamento Franco da Rocha, em São Paulo, de 1981 a 1984 permitiu que seus pacientes passassem fins de semana com a família. Após superar a suspensão de tal atitude pela ausência de amparo legal, em 1989 foi inaugurado um pavilhão destinado ao implemento da progressividade na execução da medida de segurança de internamento, consistindo em local de transição entre o regime fechado e o retorno ao meio social. Este instituto recebeu o nome de *desinternação progressiva*.³⁶

3 Cotejo da problemática dos limites temporais máximo e mínimo da medida de segurança

Muito se suscitou a contestável falta de tempo máximo na medida de segurança. A norma que impunha prazo indeterminado foi relativizada ao longo dos anos por tribunais diversos, sendo os artigos 75, 97 e 183, os dois primeiros do Código Penal e o último da Lei de Execuções Penais, interpretados de forma sistemática e teleológica pelo Supremo Tribunal Federal, que, considerando a garantia constitucional abolidora das prisões perpétuas, jungiu a medida de segurança ao período máximo de 30 anos³⁷.

A partir de 2009, à luz dos princípios da isonomia e da proporcionalidade, o Superior Tribunal de Justiça passou a limitar a duração da medida de segurança à pena máxima cominada *in abstracto* ao delito cometido.³⁸

Indubitável que o tempo tornou mais justa a medida de segurança, ao passo que equiparou a concessão de garantias fundamentais entre

34 MENEZES, Ruben de Souza. *Vencedor Categoria de Direitos: programa de alta progressiva da Unidade Feminina do Instituto Psiquiátrico Forense Maurício Cardoso*. Porto Alegre: Rio Grande do Sul. Disponível em <<http://www.premiodeinclusao.com.br>>.

35 Idem. *Ibidem*.

36 FERRARI, Eduardo Reale. As medidas de segurança criminais e sua progressão executória: desinternação progressiva. *IBCCRIM*. São Paulo, n. 99, 2001. p. 09.

37 STF, HC n.º 84219/SP, DJ de 23/09/2005. p. 16.

38 STJ, HC n.º 121877/RS, DJe de 08/09/2009.

imputáveis e inimputáveis. Contudo, tal equiparação restou limitada à esfera de maior visibilidade da medida, qual seja o limite temporal máximo.

Na prática, o tempo mínimo pré-fixado desencadeia o rompimento dos laços sociais do paciente delinquente. A doença e a reclusão acarretam um afastamento da família, que, em algumas circunstâncias, acomoda-se à nova condição isenta de responsabilidades, não se dispondo a assumi-las posteriormente.

Excluído de direitos fundamentais focados na ressocialização, o imprópriamente absolvido permanecia institucionalizado por tempo mínimo, suficiente a eliminar resíduos de adequação à vida social. Ao fim da necessidade da medida, sem que houvesse mínimas chances de resgate sociofamiliar, acabava “condenado” a eterna permanência no instituto psiquiátrico, por motivos absolutamente diversos dos objetivos da medida de segurança, quais sejam a falta de amparo social, familiar, a ausência de condições para (re)começar uma vida sem guarida, estrutura econômica, emprego, moradia etc.

Assim, percebe-se que as internações por tempo indeterminado, quando ainda aceitas, ocorriam, muitas vezes, em virtude da existência do tempo mínimo. As consequências sociais deste prazo obrigavam a manutenção eterna do inimputável, que já não possuía mais um amparo para ser recolocado à sociedade ao fim da medida de segurança.

Por todo exposto, mister se faz uma reflexão em torno da necessidade e, conseqüentemente, da possível flexibilização do tempo mínimo da medida asseguradora. Somente assim, respeitando-se aos fins desta medida, aos direitos e garantias fundamentais e às tendências da reforma psiquiátrica, far-se-á possível conciliar a realidade em que vivemos à realidade em que queremos viver, focando na sociedade, sem, contudo, descuidarmos do indivíduo como sujeito de direitos, independente da doença que possua.

Dessarte, não reduzindo a importância dada à falta de determinação do limite temporal máximo à medida de segurança, cremos que, após tantos avanços neste sentido, os olhares devem voltar-se às restrições de seu tempo mínimo, porquanto este se tornou o meio propulsor da manutenção de internações, independente da necessidade de defesa social e de tratamento ao paciente-delinquente. Assim, a obrigatoriedade do prazo mínimo fere frontalmente os objetivos da medida de segurança, tornando-se, muitas vezes, mote à desintegração social do imprópriamente absolvido, qualquer que seja o ilícito penal que cometera e sua gravidade.

Referências

ALEXANDER, Franz G. *História da psiquiatria*. Tradutor: Aydano Arruda. São Paulo: IBRASA, 1968.

ANDRADE, Haroldo da Costa. *Das medidas de segurança*. Rio de Janeiro: América Jurídica, 2004.

ANDREUCCI, Ricardo Antunes. Manicômio judiciário e medidas de segurança alternativas. *Revista do Conselho Penitenciário do Distrito Federal*. Brasília, v. 43, p. 53-61, 1981.

BASAGLIA, Franco. *A psiquiatria alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática*. 3. ed. São Paulo: Brasil Debates, 1982.

BETTIOL, Giuseppe. *Direito penal*. São Paulo: Red Livros, 2000.

BITENCOURT, Cezar Roberto. *Manual de direito penal: parte geral*. 6 ed. São Paulo: Saraiva, 2000. 1

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. *Habeas Corpus n.º 121877/RS*. Relatora: Min. Maria Thereza de Assis Moura. Julgado em 29/05/2009, publicado no DJe de 08/09/2009. Disponível em: <<http://www.stj.jus.br/SCON/jurisprudencia/doc.jsp?livre=medida+de+seguran%E7a+e+tempo+m%E1ximo+e+pena&&b=ACOR&p=true&t=&l=10&i=5>>. Acesso em: 11 maio 2010.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. *Habeas Corpus n.º 84219/SP*. Relator: Min. Marco Aurélio. Julgado em 16/08/2005, publicado no DJ de 23/09/2005, p. 16. Disponível em : < G:\artigo\stf ateh 30 anos.mht.> Acesso em: 11 maio 2010.

BRUNO, Aníbal. *Direito penal: parte geral*. 5 ed. Rio de Janeiro: Forense, 2003. v.1, t. I.

_____, Teoria da perigosidade criminal. *Revista dos Tribunais*, São Paulo, v. 779, p. 753-776, 2000.

DESVIAT, Manuel. *A reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1999.

FERRARI, Eduardo Reale. As medidas de segurança criminais e sua progressão executória: Desinternação progressiva. *IBCCRIM*. São Paulo. Revista dos Tribunais, n. 99, 2001.

_____. *Medida de segurança e Direito penal no Estado Democrático de Direito*. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2001.

FOUCAULT, Michel. *A história da loucura: Na idade clássica*. 7. ed., São Paulo: Perspectiva, 2004.

GOFFMAN, Ervin. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva, 2003.

MENEZES, Ruben de Souza. *Vencedor Categoria de Direitos* : programa de alta progressiva da Unidade Feminina do Instituto Psiquiátrico Forense Maurício Cardoso. Porto Alegre , Rio Grande do Sul. Disponível em: < [http:// www.premiodeinclusao.com.br](http://www.premiodeinclusao.com.br)>.

MESTIERI, João. *Teoria elementar do Direito criminal*: parte geral. Rio de Janeiro: Edição do autor, 1990.

MONTEIRO, Cristina Líbano. *Perigosidade de inimputáveis e 'in dúbio pro reo'*. Coimbra: Coimbra Editora, 1997.

PRADO, Luiz Regis. *Curso de Direito penal brasileiro*: parte geral. 4 ed., São Paulo: Revista dos Tribunais, 2004.

RAMOS, Maria Regina Rocha e COHEN, Cláudio. Considerações acerca da semi-imputabilidade e inimputabilidade penais resultantes de transtornos mentais e de comportamento. *Revista Brasileira de Ciências Criminais*, São Paulo, v.39, p. 215-229, 2002.

REALE JÚNIOR, Miguel. *Instituições de Direito penal*. Rio de Janeiro: Forense, 2003.

ROTELLI, Franco, et. al. *Desinstitucionalização*. 2. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2001.

SMANIOTTO, Edson Alfredo Martins. Da Medida de Segurança. *Revista*

de Escola da Magistratura do Distrito Federal, Brasília, n. 6, p.19-22,
2001.

STONE, Michael H. *A cura da mente: a história da psiquiatria da
antiguidade até o presente*. Porto Alegre: Artmed, 1999.

SZASZ, Thomas S. *A fabricação da loucura: um estudo comparativo
entre a inquisição e o movimento da saúde mental*. 2. ed. Rio de Janeiro:
Ed. Zahar, [s.d.].