

UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS - UNISINOS
UNIDADE ACADÊMICA DE GRADUAÇÃO
CURSO DE DIREITO

AMANDA MORAES DA SILVEIRA

MEDIDAS DE SEGURANÇA E A LEI DA REFORMA PSIQUIÁTRICA - A
NECESSIDADE DE REPENSAR A LEGISLAÇÃO PENAL

São Leopoldo
2018

AMANDA MORAES DA SILVEIRA

**MEDIDAS DE SEGURANÇA E A LEI DA REFORMA PSIQUIÁTRICA - A
NECESSIDADE DE REPENSAR A LEGISLAÇÃO PENAL**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado como requisito parcial para
obtenção do título de Bacharel em
Ciências Jurídicas e Sociais, pelo Curso
de Direito da Universidade do Vale do Rio
dos Sinos – UNISINOS

Orientador: Prof. Me. Fabio Motta Lopes

São Leopoldo

2018

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais e minha irmã, por todo o amor e incentivo constante. Não há palavras para expressar a importância destes na construção do meu caráter, são alicerces da minha essência.

Agradeço, também, aos amigos e todos aqueles que, de uma forma ou outra, fizeram parte da minha formação acadêmica e deste trabalho.

Ao Pedro, por ler todos os trechos que enviei, por me ouvir exaustivamente e me incitar a melhorar, muito obrigada.

Especial agradecimento à Franciele Marco que iluminou minha pesquisa, no maior momento de dificuldade.

Ao meu professor orientador, pelo conhecimento, apoio, paciência e dedicação a este trabalho, meu muito obrigada.

À Alice, e toda a equipe do Serviço de Normalização de Trabalhos Acadêmicos - ABNT, da Biblioteca Unisinos, pelo suporte oferecido na construção de referências.

RESUMO

Esta pesquisa tem como objetivo evidenciar como o atual sistema de medidas de segurança viola os direitos humanos dos indivíduos submetidos a esta sanção penal, abordando, para tanto, toda a legislação pertinente a este instituto (direito penal, processual penal e lei de execução penal), bem como analisar os aspectos da inimputabilidade e os principais transtornos mentais, como esses transtornos podem afetar a capacidade de entendimento e autodeterminação das pessoas em sofrimento psíquico, bem como fazer uma abordagem histórica da loucura e a forma de tratamento dispensado aos portadores de transtornos mentais ao longo da história, para, ao final, criticar os pontos controversos da legislação penal em comparação a Lei da Reforma Psiquiátrica, no intuito de humanizar o tratamento dispensado aos inimputáveis e, ainda, denunciar a violação aos direitos humanos, o tratamento cruel e a tortura sofrida pelos internos no seio dos Hospitais de Custódia e Tratamento e demonstrar os programas atuais condizentes com a reforma psiquiátrica, como alternativa aos manicômios judiciais.

Palavras-chave: Inimputabilidade. Reforma Psiquiátrica. Medidas de Segurança. Direito Penal. Loucura. Direitos Humanos.

ABSTRACT

This research aims to demonstrate how the current system of safety measurement violates the human rights of individuals submitted to this penal sanction, approaching, to this end, all the legislation pertinent to this institute (Criminal law, criminal process law and criminal execution law), as well analyzing the aspects of unimputability and the main mental disorders, how these disorders can affect the ability of understanding and self-determination of people in psychic distress, as well to make an historic approach of madness and the form of treatment given to patients with mental disorders throughout the history, to, at the end, criticise the controversial points of penal legislation in comparison to the psychiatric reform law, with the intent to humanize the treatment given to the unimputable and, also, to denounce the violation of human rights, the cruel treatment and torture suffered by the inmates within the custody and treatment hospitals and to demonstrate the current programs consistent with the psychiatric reform, as alternative to the judicial asylums.

Keywords: Unimputability. Psychiatric Reform. Safety Measure. Criminal Law. Madness. Human Rights.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	6
2 MEDIDAS DE SEGURANÇA NO SISTEMA PENAL BRASILEIRO	8
2.1 Principais Princípios Pertinentes às Medidas de Segurança	8
2.2 Medidas de Segurança.....	12
3 PSIQUIATRIA FORENSE E SUAS IMPLICAÇÕES PENAIS.....	23
3.1 Conceitos Relevantes ao Estudo da Psiquiatria Forense.....	23
3.2 Transtornos Mentais que Podem Comprometer a Capacidade de Entendimento e Autodeterminação dos Sujeitos e suas Implicações	26
4 MEDIDAS DE SEGURANÇA E A REFORMA PSIQUIÁTRICA	35
4.1 Evolução Histórica	35
4.2 Apontamentos sobre a Lei nº 10.216/01 - Lei da Reforma Psiquiátrica.....	43
4.3 A Necessidade de Adequação da Legislação Penal Frente à Lei da Reforma Psiquiátrica	46
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	56
REFERÊNCIAS.....	58

1 INTRODUÇÃO

A presente pesquisa possui como escopo a análise do instituto das medidas de segurança, o estudo sobre a inimputabilidade psíquica e a reflexão da necessidade de adequação da legislação penal frente à Lei da Reforma Psiquiátrica.

O tema escolhido se justifica pela relevância e urgência de se abordar esse assunto, bem como por se constatar que há poucos estudos sobre a temática na área jurídica, prevalecendo a discussão na área da psicologia.

O método abordado no trabalho será a revisão bibliográfica e a análise de documentos sobre o tema, para a construção doutrinária e normativa do tema, com o emprego do método lógico-dedutivo.

A medida de segurança é a sanção criminal absolutória imprópria aplicada ao inimputável psíquico e tem por finalidade o tratamento ou cura do indivíduo e a reclusão deste da sociedade até a cessação da periculosidade.

Assim, o Estado compreende que o louco infrator não pode ser submetido à pena privativa de liberdade, restritiva de direito ou multa, uma vez que esse indivíduo não entende o caráter ilícito do fato que praticou ou não se determina conforme esse entendimento.

Indaga-se se o atual sistema de medida de segurança propicia somente a exclusão dos inimputáveis da sociedade sob o temor da periculosidade, ou se tutela também pela sua finalidade curativa.

Procura-se, ainda, estudar a possibilidade de aplicação da Lei da Reforma Psiquiátrica aos inimputáveis e compreender como a aplicação desta Lei, ou a sua não aplicação, causa impacto na forma de cumprimento da medida de segurança.

No intuito de esclarecer os pontos acima, a presente pesquisa se encontra estruturada em três capítulos.

No primeiro capítulo será abordado toda a legislação pertinente às medidas de segurança, bem como será abordado os princípios penais e constitucionais que amparam esse instituto.

No segundo capítulo será estudado, pela visão da medicina legal, todos os conceitos e implicações dos transtornos mentais mais comuns, a fim de se compreender a inimputabilidade penal.

Por fim, o terceiro capítulo abordará os aspectos conflituosos entre a legislação atual e a lei da reforma psiquiátrica, trazendo uma abordagem

psicossocial do trato aos inimputáveis ao longo da história. Ainda, será analisada as condições a que os internos em medida de segurança estão submetidos dentro dos Hospitais de Custódia e Tratamento, no intuito de averiguar eventuais violações aos direitos humanos e, ao final, apresentar alternativas ao modelo manicomial.

2 MEDIDAS DE SEGURANÇA NO SISTEMA PENAL BRASILEIRO

No ordenamento jurídico brasileiro há duas espécies de sanção penal aplicada àqueles que violam a norma incriminadora: pena e medida de segurança.

O presente trabalho abordará a medida de segurança, destinada aos inimputáveis, ou seja, àqueles indivíduos que acometidos por doença mental praticam um fato definido como infração penal, não adentrando na outra espécie de sanção penal, destinada aos demais indivíduos imputáveis.

Contudo, imperioso se faz destacar que a inimputabilidade psíquica não se relaciona com a inimputabilidade etária, destinada aos infratores menores de dezoito anos, que se sujeitam às normas estabelecidas em legislação especial, consoante estabelece o artigo 27 do Código Penal, que é a Lei nº 8.069/80 (Estatuto da Criança e do Adolescente).

2.1 Principais Princípios Pertinentes às Medidas de Segurança

Antes de esmiuçar os pormenores das medidas de segurança, imprescindível aprofundar o conhecimento acerca dos princípios basilares à aplicação da sanção penal.

Isso posto, cabe distinguir regras de princípios. No ordenamento jurídico, têm-se as regras e os princípios, espécies que derivam do gênero normas jurídicas. Assim, “Regras são normas que comandam, proíbem ou permitem algo de forma definitiva”¹, podendo estas ser cumpridas ou descumpridas. Já os princípios são normas que comandam que algo seja realizado na maior medida possível em relação às possibilidades fáticas e jurídicas, sendo, portanto, comandos de otimização das regras jurídicas.²

À vista disto, passa-se a relacionar os princípios mais relevantes aplicados às medidas de segurança.

O primeiro deles é o princípio da *legalidade*, que está previsto no artigo 5º, inciso XXXIX, da Constituição Federal e preceitua que “[...] não há crime sem lei

¹ ALEXY, Robert. **Teoria discursiva do direito**. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2015. Livro eletrônico, não paginado.

² ALEXY, Robert. **Teoria discursiva do direito**. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2015. Livro eletrônico, não paginado.

anterior que o defina, nem pena sem prévia cominação legal”³. Ademais, encontra-se positivado, com redação muito semelhante, no artigo 1º do Código Penal.

Cabe ressaltar que, apesar de a Constituição Federal e de o Código Penal mencionarem *pena*, entende-se que se aplica também à medida de segurança, pois constitui espécie de sanção penal, sendo tal entendimento adotado pela doutrina e jurisprudência.⁴⁻⁵

Assim, incide o princípio da reserva legal às medidas de segurança uma vez que, se não estiver positivado tal possibilidade, não se poderá aplicar essa sanção. A exemplificar, não se pode aplicar pena aos inimputáveis ou medida de segurança aos imputáveis, em razão de não possuir previsão legal.⁶

O segundo princípio importante é o da *dignidade da pessoa humana*, que é um dos fundamentos da República Federativa do Brasil, expressa no artigo 1º, inciso III, Constituição Federal, e pode ser conceituado como um bem superior e essencial a todos os outros direitos fundamentais do homem⁷, na medida em que o cidadão passa a ser valorado como pessoa, implicando, assim, no “[...] surgimento de um núcleo de prerrogativas que o Estado não deve deixar de reconhecer.”⁸

No que tange ao tratamento dos indivíduos em medida de segurança, Ferrari⁹ considera que

O princípio da dignidade da pessoa humana exige que as autoridades administrativas confirmam ao delinquente-doente condições mínimas de tratamento, destacando-se, essencialmente, salubridade no ambiente institucional, progressividade terapêutica, individualização na execução da medida de segurança criminal e, especialmente, transmissão de valores essenciais à convivência em uma livre sociedade político-pluralista.

Dessa forma, entende-se que o indivíduo cumprindo medida de segurança precisa ter resguardada sua dignidade, não devendo perder seu valor como pessoa

³ BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao67.htm>. Acesso em: 30 mar. 2018.

⁴ BITENCOURT, Cezar Roberto. **Tratado de direito penal**. 23. ed. São Paulo: Saraiva, 2017. p. 892.

⁵ FERRARI, Eduardo Reale. **Medidas de segurança e direito penal no estado democrático de direito**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2001. p. 91.

⁶ BITENCOURT, Cezar Roberto. **Tratado de Direito Penal**. 23. ed. São Paulo: Saraiva, 2017. p. 892-893.

⁷ BITENCOURT, Cezar Roberto. **Tratado de direito penal**. 20. ed. São Paulo: Saraiva, 2014. p. 73.

⁸ PRADO, Luiz Regis; CARVALHO, Érika Mendes de; CARVALHO, Gisele Mendes de. **Curso de direito penal brasileiro**. 13. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2013. p. 110.

⁹ FERRARI, Eduardo Reale. **Medidas de segurança e direito penal no estado democrático de direito**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2001. p. 123.

em razão do crime cometido, e tampouco poderá ser submetido a condições precárias e degradantes no cumprimento de sua sanção.¹⁰

O terceiro princípio relevante é o da *igualdade*. O *caput* do artigo 5º da Constituição Federal preceitua que “Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza [...]”.¹¹ Dessa forma, entende-se que todos os indivíduos submetidos a uma sanção penal devem ser tratados da mesma forma.

Entretanto, não é o que se verifica, uma vez que o indivíduo imputável é sentenciado a uma pena com tempo de duração pré-estipulado e o indivíduo acometido por doença mental é sancionado a cumprir medida de segurança por prazo indeterminado, até a cessação de periculosidade.¹²

Neste sentido, Ferrari¹³ afere que

O inimputável, portanto, acaba sendo tratado de forma desigual pelo Estado em virtude da incerteza quanto à duração de sua sanção, enquanto o imputável terá ciência do limite máximo de seu castigo, constituindo imprescindível que o futuro legislador ajuste limites dignos e proporcionais de punição aos delinquentes doentes mentais, respeitando-se sempre os princípios da igualdade e da dignidade humana.

Assim, percebe-se que o princípio da igualdade não é aplicado em sua totalidade aos internos em medida de segurança.

Outro princípio que se deve destacar é o da *intervenção mínima*, previsto no artigo 8º da Declaração dos Direitos dos Homens e dos Cidadãos de 1789, que preceitua que a lei deve estabelecer penas estritas somente e se necessárias, entendendo-se, dessa forma que cabe ao poder estatal intervir na esfera penal apenas quando houver necessidade de proteção à tutela jurídica penal e apenas quando as outras áreas do ordenamento jurídico se mostrarem ineficazes nesta prevenção.¹⁴

¹⁰ FERRARI, Eduardo Reale. **Medidas de segurança e direito penal no estado democrático de direito**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2001. p. 124.

¹¹ BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao67.htm>. Acesso em: 30 mar. 2018.

¹² AVENA, Norberto Cláudio Pâncaro. **Execução penal**. 4. ed. São Paulo: Método, 2017. Livro eletrônico, não paginado.

¹³ FERRARI, Eduardo Reale. **Medidas de segurança e direito penal no estado democrático de direito**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2001. p. 14.

¹⁴ PRADO, Luiz Regis; CARVALHO, Érika Mendes de; CARVALHO, Gisele Mendes de. **Curso de direito penal brasileiro**. 13. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2013. p. 115-116.

Ademais, decorrem do princípio da intervenção mínima a fragmentariedade e a subsidiariedade. O caráter fragmentário do Direito Penal, conforme Bitencourt¹⁵, assevera que o direito penal deve sancionar apenas as condutas de maior gravidade e perigo, praticadas contra bens jurídicos mais relevantes. Assim, a subsidiariedade, conforme ensinamentos de Barros¹⁶, vem no sentido de que só se deve incriminar quando os demais ramos do direito forem ineficazes na tutela do bem jurídico.

Desse modo, no que se refere às medidas de segurança, Ferrari¹⁷ salienta que somente será aplicada quando necessário o tratamento do indivíduo, não se justificando a imposição desta, caso o cidadão já tenha se recuperado.

Outro princípio é o da *irretroatividade das leis penais*, previsto no artigo 5º, inciso XL, da Carta Magna, o qual preceitua que “[...] a lei penal não retroagirá, salvo para beneficiar o réu.”¹⁸ Assim, conforme os ensinamentos de Ferrari¹⁹, verifica-se que a medida de segurança a ser aplicada será aquela do momento do cometimento da infração penal, não no tempo da execução, sendo vedado a possibilidade de o indivíduo ser acometido por medida mais grave, permitindo, em caráter excepcional, a ultratividade de lei penal mais benéfica.

Ademais, se no momento do cometimento da infração penal o agente sofria de alguma doença mental e se, na sentença criminal, este já foi curado, não se pode aplicar a pena de prisão em substituição à medida de segurança – cuja finalidade, neste caso, estará prejudicada.²⁰

Dessa forma, verifica-se que esse princípio protege o agente de ser condenado a uma sanção mais dura, sendo que existe outra mais benévola, estando relacionado com o princípio da legalidade, ao passo que se veda a aplicação de lei penal mais gravosa que não estava positivada no momento do fato.²¹

Outro princípio a ser destacado é o da *proporcionalidade*, que não está positivado no ordenamento jurídico explicitamente, mas, entende-se por este

¹⁵ BITENCOURT, Cezar Roberto. **Tratado de direito penal**. 20. ed. São Paulo: Saraiva, 2014. p. 58.

¹⁶ BARROS, Flávio Augusto Monteiro de. **Direito penal**. 9. ed. São Paulo: Saraiva, 2011. p. 57-58.

¹⁷ FERRARI, Eduardo Reale. **Medidas de segurança e direito penal no estado democrático de direito**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2001. p. 110.

¹⁸ BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao67.htm>. Acesso em: 30 mar. 2018.

¹⁹ FERRARI, Eduardo Reale. **Medidas de segurança e direito penal no estado democrático de direito**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2001. p. 97-99.

²⁰ FERRARI, Eduardo Reale. **Medidas de segurança e direito penal no estado democrático de direito**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2001. p. 99.

²¹ FERRARI, Eduardo Reale. **Medidas de segurança e direito penal no estado democrático de direito**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2001. p. 97-99.

princípio que a pena deve ser proporcional ao delito praticado, remontando à Lei de Talião – olho por olho, dente por dente.²²

Assim, o princípio da proporcionalidade traz uma limitação legal, impedindo fixações de sanções desproporcionais ao fato praticado, sendo que a cominação e a aplicação das medidas de segurança, no seio de um Estado Democrático de Direito, devem ser proporcionais à gravidade do ilícito.²³

Mais um princípio que merece atenção é o da *individualização da pena*. Encontra-se positivado no artigo 5º, inciso XLVI, da Constituição Federal e, conforme entendimento de Trigueiros Neto, a pena subdivide-se em três etapas,

[...] legislativa (cabera à lei estabelecer as sanções adequadas, cominando-as em seus graus mínimo e máximo, a judicial (quando da aplicação da pena) e a administrativa (ou executiva, que será verificada durante o efetivo cumprimento da pena).²⁴

Esse princípio aplica-se à medida de segurança uma vez que é considerado o estado mental do indivíduo que cometeu o crime e qual o tratamento mais recomendado, assim, verifica-se que se individualiza a sanção aplicada a cada um.²⁵

Concluído este tópico acerca dos princípios basilares aplicados às sanções penais, especialmente às medidas de segurança, o próximo tópico abordará a conceituação da medida de segurança, bem como suas peculiaridades no ordenamento jurídico pátrio.

2.2 Medidas de Segurança

Medida de segurança é uma espécie do gênero sanção penal prevista no ordenamento jurídico brasileiro, sendo esta sua natureza jurídica²⁶, e é aplicada aos indivíduos que cometeram uma infração penal, e que são portadores de sofrimento

²² GRECO, Rogério. **Curso de direito penal**. 2. ed. Rio de Janeiro: Impetus, 2010. p. 73-74.

²³ FERRARI, Eduardo Reale. **Medidas de segurança e direito penal no estado democrático de direito**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2001. p. 100-101.

²⁴ TRIGUEIROS NETO, Arthur da Motta. **Direito penal – parte geral II**. São Paulo: Saraiva, 2012. p. 17. Livro eletrônico.

²⁵ FERRARI, Eduardo Reale. **Medidas de segurança e direito penal no estado democrático de direito**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2001. p. 101.

²⁶ AVENA, Norberto Cláudio Pâncaro. **Execução penal**. 4. ed. São Paulo: Método, 2017. p. 373.

psíquico, incorrendo, portanto, na situação de inimputabilidade psíquica ou semi-imputabilidade.²⁷

Assim, consoante disposto no artigo 26 do Código Penal, a medida de segurança é aplicada aos indivíduos que, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, não são capazes de compreender a ilicitude da conduta cometida ou de se determinar de acordo com ela.²⁸

Já o parágrafo único do artigo 26, do mesmo diploma legal, dispõe sobre a redução de pena daquele que, “[...] em virtude perturbação da saúde mental ou por desenvolvimento mental incompleto ou retardado não era inteiramente capaz de compreender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.”²⁹

Carvalho explica que “A semi-imputabilidade é uma categoria intermediária entre a capacidade e a incapacidade plenas.”³⁰ Dessa forma, é possível compreender que o Código Penal traz a possibilidade de aplicação da medida de segurança ao semi-imputável, referindo-se a ele como aquele que possui uma *perturbação da saúde mental*, expressão utilizada no parágrafo único do artigo 26 do Código Penal.³¹

Consoante Bitencourt³², o inimputável que praticar uma conduta punível ficará sujeito à medida de segurança, e o semi-imputável, poderá se sujeitar à pena ou à medida de segurança, cuja sanção será determinada levando-se em consideração as circunstâncias pessoais deste indivíduo, ou seja, se for constatada a periculosidade do semi-imputável, a ele será aplicada medida de segurança, mas se não ficar demonstrada a necessidade de tratamento curativo, será aplicada a pena, com a redução prevista.

²⁷ CARVALHO, Salo de. **Penas e medidas de segurança no direito penal brasileiro**. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2015. p. 499.

²⁸ BRASIL. **Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de novembro de 1940**. Código Penal. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848compilado.htm>. Acesso em: 25 mar. 2018.

²⁹ BRASIL. **Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de novembro de 1940**. Código Penal. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848compilado.htm>. Acesso em: 02 maio 2018.

³⁰ CARVALHO, Salo de. **Penas e medidas de segurança no direito penal brasileiro**. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2015. p. 499.

³¹ BRASIL. **Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de novembro de 1940**. Código Penal. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848compilado.htm>. Acesso em: 05 maio 2018.

³² BITENCOURT, Cezar Roberto. **Tratado de direito penal**. 23. ed. São Paulo: Saraiva, 2017. p. 892.

Os pressupostos para a aplicação da medida de segurança são a prática de um fato definido como infração penal e a periculosidade do agente.³³

Consideram-se infrações penais os crimes e as contravenções, ressaltando-se que não há diferença intrínseca entre eles, uma vez que a distinção se dá na quantidade de pena e no bem jurídico protegido. As contravenções penais são condutas com menor gravidade ao bem jurídico tutelado, incidindo, portanto, punição menos severa em relação às condutas criminosas que, ao contrário, provocam maior ofensa ao bem jurídico tutelado e, por isso, possuem punições mais severas.³⁴

Assim, se o fato praticado não for definido como infração penal, ou se nele incidir algum excludente de criminalidade ou culpabilidade, ou, ainda, se não conter provas suficientes de imputação, o agente não será condenado.³⁵

Ademais, cabe destacar que a doença mental deve estar evidenciada quando da ação ou omissão praticada pelo agente. Dessa forma, se no tempo do fato o autor for totalmente incapaz ou semi-imputável é que se incidirá a sanção medida de segurança.³⁶

No mesmo sentido, Mirabete e Fabbrini ensinam que “A imputabilidade deve ser aferida quando do momento em que o agente pratica o fato ilícito, ou seja, deve verificar-se se, ao tempo da ação ou omissão, tinha capacidade de entendimento ou determinação.”³⁷

Importante ressaltar que para a aplicação de pena, verifica-se a culpabilidade do agente, já para a aplicação da medida de segurança, a periculosidade do autor que se é analisada.³⁸

Greco³⁹ refere que culpabilidade diz respeito ao juízo de censura ou reprovabilidade, da conduta praticada pelo agente, que podia agir de outro modo, mas decidiu perpetuar na atividade ilícita.

³³ BARROS, Flávio Augusto Monteiro de. **Direito penal**. 9. ed. São Paulo: Saraiva, 2011. p. 501.

³⁴ PACCELI, Eugênio; CALLEGARI, André. **Manual de direito penal**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2017. p. 200.

³⁵ BITENCOURT, Cezar Roberto. **Tratado de direito penal**. 23. ed. São Paulo: Saraiva, 2017. p. 894.

³⁶ AVENA, Norberto Cláudio Pâncaro. **Execução penal**. 4. ed. São Paulo: Método, 2017. p. 373.

³⁷ MIRABETE, Júlio Fabbrini; FABBRINI, Renato Nascimento. **Código penal interpretado**. 8. ed. São Paulo: Atlas, 2013. p. 150.

³⁸ PRADO, Luiz Regis; CARVALHO, Érika Mendes de; CARVALHO, Gisele Mendes de. **Curso de direito penal brasileiro**. 13. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2013. p. 563. No mesmo sentido: PACCELI, Eugênio; CALLEGARI, André. **Manual de direito penal**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2017. p. 53. BITENCOURT, Cezar Roberto. **Tratado de direito penal**. 20. ed. São Paulo: Saraiva, 2014. p. 893.

³⁹ GRECO, Rogério. **Curso de direito penal**. 2. ed. Rio de Janeiro: Impetus, 2010. p. 363.

Já periculosidade, segundo Carvalho⁴⁰, é a *condição ou potência de perigo*, e passa a explicar que

O sujeito perigoso, ou dotado de periculosidade, seria aquele que, diferentemente do culpável, não possui condições mínimas de discernir a situação em que está envolvido, sendo impossível avaliar a ilicitude do seu ato e, conseqüentemente, atuar conforme as expectativas do direito (agir de acordo com a lei).

Ainda, Palomba conceitua periculosidade como o “[...] conjunto ou circunstâncias que indicam a possibilidade de alguém praticar ou tornar a praticar um crime.”⁴¹

Superados os conceitos e pressupostos para a aplicação das medidas de segurança, passa-se a análise da finalidade desta sanção penal, suas espécies e aplicabilidade.

A finalidade da medida de segurança é de caráter curativo, uma vez que visa submeter os indivíduos a tratamento. Ainda, tem por finalidade a prevenção, visando afastar o doente mental do convívio social⁴².

No mesmo sentido, Ferrari⁴³ aduz que

A medida de segurança constitui uma providência do poder político que impede que determinada pessoa, ao cometer um ilícito-típico e se revelar perigosa, venha a reiterar na infração, necessitando de tratamento adequado para sua reintegração social.

Ademais, Pacelli e Callegari atestam que as medidas de segurança “[...] se prestam a prevenir danos e lesões futuras por parte daquele cujo fato praticado seja demonstrativo de uma periculosidade concreta.”⁴⁴

Há duas espécies de medidas de segurança, conforme disposto no artigo 96 do Código Penal, que podem ser classificadas em detentiva e restritiva. A medida de segurança detentiva está prevista no inciso I do referido dispositivo, e consiste na

⁴⁰ CARVALHO, Salo de. **Penas e medidas de segurança no direito penal brasileiro**. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2015. p. 502.

⁴¹ PALOMBA, Guido Arturo. **Tratado de psiquiatria forense, civil e penal**. São Paulo: Atheneu, 2003. p. 214.

⁴² MIRABETE, Júlio Fabbrini; FABBRINI, Renato Nascimento. **Código penal interpretado**. 8. ed. São Paulo: Atlas, 2013. p. 561.

⁴³ FERRARI, Eduardo Reale. **Medidas de segurança e direito penal no estado democrático de direito**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2001. p. 14.

⁴⁴ PACCELLI, Eugênio; CALLEGARI, André. **Manual de direito penal**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2017. p. 53.

internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou, à falta, em outro estabelecimento adequado. Já a espécie restritiva, prevista no inciso II do artigo 96 do Código Penal, consiste na sujeição do indivíduo a tratamento ambulatorial.⁴⁵⁻⁴⁶

Ainda, consoante apontamentos de Avena⁴⁷, a medida de segurança detentiva implica em privação de liberdade do indivíduo, enquanto que a restritiva, o indivíduo não tem cerceada sua liberdade, mas permanece sujeito a tratamento médico.

Vencido esse tópico, passa-se a análise da sentença que impõe essa sanção penal e os detalhes da verificação da cessação da periculosidade.

Quanto à sentença criminal, o indivíduo inimputável é absolvido e o juiz aplica a medida de segurança, conforme artigo 386 do Código de Processo Penal⁴⁸. A doutrina⁴⁹ confere a este tipo de decisão o nome de absolvição imprópria, uma vez que o indivíduo sofre uma sanção penal em uma sentença absolutória.

Quanto ao semi-imputável, a sentença criminal fixará pena, com a redução prevista no artigo 97 do Código Penal, ou fixará medida de segurança.⁵⁰ Aqui, faz-se necessário esclarecer que no ordenamento jurídico atual, vigora o sistema vicariante, ou unitário, no qual determina que só é possível aferir uma única espécie de sanção criminal aos réus, não podendo ser aplicado, portanto, cumulativamente pena e medida de segurança. Ainda, antes da reforma penal de 1984, era aplicado o sistema duplo binário, que permitia a cumulação de penas, a fim de serem cumpridas sucessivamente. Hoje, conforme aludido, vigora o sistema vicariante onde o juiz deverá atentar para a necessidade ou não de tratamento do indivíduo para correta aplicação da sanção, pena ou medida de segurança.⁵¹⁻⁵²

⁴⁵ BRASIL. **Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de novembro de 1940**. Código Penal. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848compilado.htm>. Acesso em: 05 maio 2018.

⁴⁶ AVENA, Norberto Cláudio Pâncaro. **Execução penal**. 4. ed. São Paulo: Método, 2017. p. 380.

⁴⁷ AVENA, Norberto Cláudio Pâncaro. **Execução penal**. 4. ed. São Paulo: Método, 2017. p. 380.

⁴⁸ BRASIL. **Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941**. Código de Processo Penal. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del3689Compilado.htm>. Acesso em: 05 maio 2018.

⁴⁹ AVENA, Norberto Cláudio Pâncaro. **Execução penal**. 4. ed. São Paulo: Método, 2017. p. 375. BARROS, Flávio Augusto Monteiro de. **Direito penal**. 9. ed. São Paulo: Saraiva, 2011. p. 503. CARVALHO, Salo de. **Penas e medidas de segurança no direito penal brasileiro**. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2015. p. 500. GRECO, Rogério. **Curso de direito penal**. 2. ed. Rio de Janeiro: Impetus, 2010. p. 640.

⁵⁰ BARROS, Flávio Augusto Monteiro de. **Direito penal**. 9. ed. São Paulo: Saraiva, 2011. p. 503.

⁵¹ MIRABETE, Júlio Fabbrini; FABBRINI, Renato Nascimento. **Manual de direito penal brasileiro**. 10. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2013. p. 116.

⁵² BARROS, Flávio Augusto Monteiro de. **Direito penal**. 9. ed. São Paulo: Saraiva, 2011. p. 503.

Ademais, Ferrari⁵³ observa que da imposição da medida de segurança há o *jus puniendi* estatal, pois se dá uma resposta jurídica ao ilícito-típico cometido.

Isso posto, congruente analisar a perícia para verificação de cessação da periculosidade, em consonância com os parágrafos do artigo 97 do Código Penal⁵⁴, *in verbis*:

Art. 97. [...]

§ 1º - A internação, ou tratamento ambulatorial, será por tempo indeterminado, perdurando enquanto não for averiguada, mediante perícia médica, a cessação de periculosidade. O prazo mínimo deverá ser de 1 (um) a 3 (três) anos.

§ 2º - A perícia médica realizar-se-á ao termo do prazo mínimo fixado e deverá ser repetida de ano em ano, ou a qualquer tempo, se o determinar o juiz da execução.

§ 3º - A desinternação, ou a liberação, será sempre condicional devendo ser restabelecida a situação anterior se o agente, antes do decurso de 1 (um) ano, pratica fato indicativo de persistência de sua periculosidade.

§ 4º - Em qualquer fase do tratamento ambulatorial, poderá o juiz determinar a internação do agente, se essa providência for necessária para fins curativos.

Assim, conforme ensinamentos de Carvalho⁵⁵, o instrumento para verificar a periculosidade do agente dá-se através do incidente de insanidade mental, o qual poderá ser requerido ao juiz em qualquer fase, tanto no inquérito policial, como na instrução processual, cabendo ao médico legista atestar a periculosidade do autor do fato.

A verificação da cessação da periculosidade realizar-se-á ao final do prazo mínimo estabelecido pelo juiz, quando da sentença criminal, e será repetida de ano a ano ou a qualquer tempo, se determinado pelo juiz da execução.⁵⁶

Essa verificação será realizada consoante capítulo II da Lei de Execução Penal (artigos 175 a 179), que trata da cessação da periculosidade. Dispõe, assim,

⁵³ FERRARI, Eduardo Reale. **Medidas de segurança e direito penal no estado democrático de direito**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2001. p. 211.

⁵⁴ BRASIL. **Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de novembro de 1940**. Código Penal. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848compilado.htm>. Acesso em: 30 mar. 2018.

⁵⁵ CARVALHO, Salo de. **Penas e medidas de segurança no direito penal brasileiro**. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2015. p. 502.

⁵⁶ PALOMBA, Guido Arturo. **Perícia na psiquiatria forense**. 1. ed. São Paulo: Saraiva, 2016. Livro eletrônico, não paginado.

que “[...] a cessação da periculosidade será averiguada ao fim do prazo mínimo de duração da medida de segurança, pelo exame das condições pessoais do agente.”⁵⁷

Ainda, diante de manifestação fundamentada do *parquet* ou do interessado, abrangendo o procurador ou defensor público deste, a qualquer tempo, poderá o juiz da execução requerer nova perícia.⁵⁸

Ademais, conforme França⁵⁹, a avaliação da cessação da periculosidade é realizada por uma equipe interdisciplinar composta por psiquiatras, psicólogos e assistentes sociais, cuja finalidade é analisar, sob o aspecto biopsicossocial, se o paciente é capaz de voltar a delinquir.

Dessa forma, quando constatada a cessação da periculosidade, deverá o juiz suspender a execução da medida de segurança, determinado a desinternação (no caso da medida de segurança detentiva) ou a liberação (em se tratando de medida de segurança restritiva).⁶⁰

Ademais, conforme dispõe o parágrafo 3º do artigo 97 do Código Penal, a medida de segurança poderá ser reestabelecida “[...] se o agente, antes do decurso de 1 (um) ano, pratica fato indicativo de persistência de sua periculosidade.”⁶¹

Logo, consoante Bitencourt, “[...] somente se ultrapassar esse período *in albis* a medida de segurança será definitivamente extinta.”⁶²

Ainda, Avena⁶³ assevera que se aplicam as condições obrigatórias e facultativas próprias do livramento condicional, preceituadas no artigo 178 da Lei de Execução Penal, como a obtenção de ocupação lícita, a comunicação periódica de sua ocupação ao juízo, a proibição de mudar-se de comarca sem prévia autorização judicial e, ainda, o recolhimento à habitação em hora fixada, e a proibição de frequentar determinados lugares, consoante parágrafos 1º e 2º do artigo 132 da Lei de Execução Penal.

Assim, passa-se a analisar os detalhes de cumprimento e duração das medidas de segurança.

⁵⁷ BRASIL. **Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984**. Institui a Lei de Execuções Penais. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7210.htm>. Acesso em: 05 maio 2018.

⁵⁸ BRASIL. **Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984**. Institui a Lei de Execuções Penais. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7210.htm>. Acesso em: 05 maio 2018.

⁵⁹ FRANÇA, Genival Veloso de. **Medicina legal**. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017. Livro eletrônico, não paginado.

⁶⁰ AVENA, Norberto Cláudio Pâncaro. **Execução penal**. 4. ed. São Paulo: Método, 2017. p. 388-389.

⁶¹ BRASIL. **Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984**. Institui a Lei de Execuções Penais. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7210.htm>. Acesso em: 05 maio 2018.

⁶² BITENCOURT, Cezar Roberto. **Tratado de direito penal**. 20. ed. São Paulo: Saraiva, 2014. p. 899.

⁶³ AVENA, Norberto Cláudio Pâncaro. **Execução penal**. 4. ed. São Paulo: Método, 2017. p. 389.

Quanto ao cumprimento da medida de segurança, destacam-se os artigos 171, 172 e 173 da Lei de Execuções Penais, que tratam da expedição de guia para a execução das medidas, que será extraída pelo escrivão contendo a qualificação do agente, o inteiro teor da denúncia e da sentença, bem como a certidão do trânsito em julgado, a data do prazo mínimo da duração da medida e ainda, aduz que “[...] Ninguém será internado em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, ou submetido a tratamento ambulatorial, para cumprimento de medida de segurança, sem a guia expedida pela autoridade judiciária.”⁶⁴

Em relação à duração da medida de segurança, a legislação apenas traz o prazo mínimo, que poderá ser de um ano a três anos, consoante artigo 97 do Código Penal.⁶⁵

De acordo com Avena⁶⁶, a estipulação de prazo mínimo de duração da medida de segurança na sentença é feita para marcar a época obrigatória de quando será realizada a primeira perícia para verificação da cessação da periculosidade do indivíduo, não sendo, portanto, prazo mínimo para cumprimento da sanção penal, vez que, se sobressai perícia antes da data obrigatória e ela indicar que cessou a periculosidade do agente, a medida de segurança será suspensa.

Dessa forma, consoante se depreende dos artigos 97, § 1º, e 98 do Código Penal, a duração da medida de segurança será por tempo indeterminado, ou seja, perdurará enquanto não cessar a periculosidade do agente.⁶⁷

Destarte, Zaffaroni e Pirangelli se manifestam no sentido de que a indeterminação quanto à duração das medidas de segurança afere um caráter perpétuo à punição, o qual é vedado constitucionalmente. Os autores ainda ressaltam que, “[...] se a lei não estabelece o limite máximo, é o intérprete quem tem a obrigação de fazê-lo.”⁶⁸

⁶⁴ BRASIL. **Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984**. Institui a Lei de Execuções Penais. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7210.htm>. Acesso em: 29 mar. 2018.

⁶⁵ BRASIL. **Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de novembro de 1940**. Código Penal. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848compilado.htm>. Acesso em: 30 mar. 2018.

⁶⁶ AVENA, Norberto Cláudio Pâncaro. **Execução penal**. 4. ed. São Paulo: Método, 2017. p. 379.

⁶⁷ BRASIL. **Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de novembro de 1940**. Código Penal. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848compilado.htm>. Acesso em: 05 maio 2018.

⁶⁸ ZAFFARONI, Eugenio Raúl; PIERANGELI, José Henrique. **Manual de direito penal brasileiro**. 10. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2013. p. 763.

Da mesma forma, Ferrari⁶⁹ afirma ser inconstitucional a indeterminação do limite máximo das medidas de segurança, uma vez que há violação do artigo 5º, inciso XLVII, alínea b, que aduz que não haverá penas de caráter perpétuo.

No mesmo sentido, Bitencourt⁷⁰ assevera que se pode atribuir o caráter de perpetuidade às medidas de segurança, uma vez que essa sanção penal não possui prazo máximo estipulado, sustentado, ainda, que a previsão legal da indeterminação das medidas de segurança não fora recepcionada pela Constituição Federal de 1988.

Com relação ao tema, os Tribunais têm se manifestado quanto ao prazo máximo de duração das medidas de segurança, no intuito de sanar esse impasse.

Para o Supremo Tribunal Federal⁷¹, a duração das medidas de segurança deve ficar atrelada ao prazo máximo de limite de cumprimento da pena prevista no artigo 75 do Código Penal, ou seja, já que o tempo de cumprimento das penas privativas de liberdade não pode ser superior a 30 (trinta) anos, este também seria o limite máximo para a submissão do acusado a medidas de segurança.⁷²

No entanto, para o Superior Tribunal de Justiça, a limitação condiz com o tempo máximo da pena abstrata do delito cometido. Esse entendimento encontra-se sedimentado, por meio da súmula 527, aferindo que “O tempo de duração da medida de segurança não deve ultrapassar o limite máximo da pena abstratamente cominada ao delito praticado.”⁷³

Como se verifica, temos três correntes quanto à duração das medidas de segurança, mas não está claro qual delas é aplicada.

Ademais, após tais observações, é importante analisar outros aspectos das medidas de segurança.

⁶⁹ FERRARI, Eduardo Reale. **Medidas de segurança e direito penal no estado democrático de direito**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2001. p. 93.

⁷⁰ BITENCOURT, Cezar Roberto. **Tratado de direito penal**. 23. ed. São Paulo: Saraiva, 2017. p. 897.

⁷¹ BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Habeas Corpus nº 107.432**. Primeira Turma. Paciente: Gerson Luiz Volkart. Impetrante: Defensoria Pública da União. Coator: Superior Tribunal de Justiça. Relator: Ministro Ricardo Lewandowski. Brasília, DF, 24 de maio de 2011. Disponível em: <<http://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=1223082>>. Acesso em: 05 maio 2018.

⁷² BRASIL. **Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de novembro de 1940**. Código Penal. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848compilado.htm>. Acesso em: 30 mar. 2018.

⁷³ BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **Súmula nº 527**. O tempo de duração da medida de segurança não deve ultrapassar o limite máximo da pena abstratamente cominada ao delito praticado. Disponível em: <<http://www.stj.jus.br/SCON/sumulas/enunciados.jsp?&b=SUMU&p=true&l=10&i=61>>. Acesso em: 05 maio 2018.

A medida de segurança, sendo espécie do gênero sanção penal também se sujeita às regras de prescrição contidas nos artigos 109 e 110 do Código Penal.

Para a contagem do prazo prescricional, deverá se distinguir o inimputável do semi-imputável, já que a sentença criminal de cada um é diferente. Como já visto, o inimputável é absolvido impropriamente e o semi-imputável tem sua pena privativa de liberdade diminuída ou substituída por medida de segurança.⁷⁴

Dessa forma, consoante Avena⁷⁵,

Tratando-se de indivíduo inimputável, a prescrição da pretensão punitiva ocorre normalmente, a partir do confronto entre a pena privativa de liberdade máxima estabelecida para a infração penal com os prazos previstos no art. 109 do CP. Já a prescrição da pretensão executória deve ser calculada com base na pena privativa de liberdade que foi substituída por medida de segurança.

No que tange ao inimputável, Greco afere que “[...] o cálculo da prescrição deverá ser realizado sempre pela pena máxima cominada ao fato definido como crime por ele levado a efeito.”⁷⁶

Quanto à extinção da punibilidade, consoante se depreende do parágrafo único do artigo 96 do Código Penal, “[...] Extinta a punibilidade, não se impõe medida de segurança nem subsiste a que tenha sido imposta.”⁷⁷ Dessa forma, as causas extintivas da punibilidade, elencadas no artigo 107 do Código Penal são aplicadas às medidas de segurança.⁷⁸

Em relação à desinternação progressiva, Avena⁷⁹ aduz que mesmo não constando previsão na Lei de Execução Penal, quando constatada em perícia médica a melhora no quadro clínico do agente, e se a periculosidade tenha se abrandado, poderá ser aplicada a desinternação progressiva, que permite que o indivíduo, num estado de semi-internação, usufrua de saídas controladas da instituição, aceitando-se também a conversão da internação em tratamento

⁷⁴ AVENA, Norberto Cláudio Pâncaro. **Execução penal**. 4. ed. São Paulo: Método, 2017. p. 381.

⁷⁵ AVENA, Norberto Cláudio Pâncaro. **Execução penal**. 4. ed. São Paulo: Método, 2017. p. 381.

⁷⁶ GRECO, Rogério. **Curso de direito penal**. 2. ed. Rio de Janeiro: Impetus, 2010. p. 648. No mesmo sentido: BITENCOURT, Cezar Roberto. **Tratado de direito penal**. 20. ed. São Paulo: Saraiva, 2014. p. 897.

⁷⁷ BRASIL. **Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de novembro de 1940**. Código Penal. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848compilado.htm>. Acesso em: 05 maio 2018.

⁷⁸ BITENCOURT, Cezar Roberto. **Tratado de direito penal**. 20. ed. São Paulo: Saraiva, 2014. p. 896.

⁷⁹ AVENA, Norberto Cláudio Pâncaro. **Execução penal**. 4. ed. São Paulo: Método, 2017. p. 389-390.

ambulatorial, com o intuito de reintegrar o indivíduo ao convívio social, sem prejuízo de cuidados médicos.

Dessa forma, Avena⁸⁰ também refere que o agente deverá se submeter a novo exame psiquiátrico, findo o período da semi-internação, para apuração da permanência neste estado, ou para retornar ao estado de internação ou, ainda, verificar a possibilidade de desinternação.

Ainda, a falta de vagas para internação não permite que o indivíduo seja recolhido ao sistema prisional enquanto aguarda vaga no hospital de custódia, devendo, portanto, ser submetido a regime de tratamento ambulatorial.⁸¹

⁸⁰ AVENA, Norberto Cláudio Pâncaro. **Execução penal**. 4. ed. São Paulo: Método, 2017. p. 389-390.

⁸¹ AVENA, Norberto Cláudio Pâncaro. **Execução penal**. 4. ed. São Paulo: Método, 2017. p. 382-383.

3 PSQUIATRIA FORENSE E SUAS IMPLICAÇÕES PENAIS

O Direito, embora autônomo, necessita do suporte da medicina legal para deslinde de algumas situações jurídicas. Assim, para maior compreensão da inimputabilidade penal, faz-se necessário explorar, mesmo de maneira sucinta, conceitos da medicina legal, bem como as implicações dos principais transtornos mentais que podem gerar a inimputabilidade penal.

3.1 Conceitos Relevantes ao Estudo da Psiquiatria Forense

A medicina legal pode ser conceituada como “ciência e arte extrajurídica auxiliar alicerçada em um conjunto de conhecimentos médicos, paramédicos e biológicos destinados a defender os direitos e os interesses dos homens e da sociedade.”⁸²

Ademais, França⁸³ assevera que

Medicina Legal é uma disciplina eminentemente jurídica, mesmo que ela tenha muitos dos seus subsídios trazidos da Medicina e das outras ciências biológicas e da tecnologia. Ela é uma disciplina jurídica porque foi criada e subsiste em face da existência e das necessidades do Direito. E muito se realçará à medida que mais valorizem e mais exijam as ciências jurídico-sociais.

Igualmente, a medicina legal serve-se de outras especialidades médicas, tais como a Patologia, Fisiologia, Psiquiatria, Traumatologia, Tanautologia, dentre outras, a fim de atender a finalidade jurídica.⁸⁴

No que concerne à presente pesquisa, faz-se necessário recorrer a Psiquiatria Forense, a qual “Dedica-se ao estudo das doenças mentais e suas relações com a responsabilidade civil e criminal.”⁸⁵

Assim, a psiquiatria forense remota desde os tempos primórdios, com o surgimento das primeiras leis, vez que a sociedade sempre clamou para que a medicina apontasse quem era os *loucos*, entendendo-se, desde sempre, que estes

⁸² CROCE, Delton; CROCE JÚNIOR, Delton. **Manual de medicina legal**. 8. ed. São Paulo: Saraiva, 2012. p. 29. Livro eletrônico.

⁸³ FRANÇA, Genival Veloso de. **Medicina legal**. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017. Livro eletrônico, não paginado.

⁸⁴ CROCE, Delton; CROCE JÚNIOR, Delton. **Manual de medicina legal**. 8. ed. São Paulo: Saraiva, 2012. p. 29. Livro eletrônico.

⁸⁵ BENFICA, Francisco Silveira. **Medicina legal**. 2. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2012. p. 12.

deveriam ficar reclusos da sociedade e não deveriam ser punidos da mesma forma que os mentalmente sãos.⁸⁶

Assim, passa-se a analisar alguns conceitos da psiquiatria que auxiliam o Direito na solução de algumas questões, como a definição de normalidade e anormalidade.

França⁸⁷ expressa que o conceito de normalidade é relativo, não absoluto, demandando enorme dificuldade em conceituar, e esclarece que não se pode entender a normalidade somente como a ausência de enfermidade mental.

Destarte, Bittar explica que modernamente o conceito de normalidade está vinculado “à adaptação normal ao ambiente social, às situações de estresse, às enfermidades e dificuldades físicas, sendo determinada pela razão e livre-arbítrio.”⁸⁸

Dessa forma, consoante Croce, “[...] normal é o indivíduo cujo tipo de mentalidade e comportamento não esteja incluído na nosologia psiquiátrica e que atua harmônica e silenciosamente em sociedade.”⁸⁹ Assim, em contrapartida, o dito anormal será o indivíduo que, “desadaptado ao meio, se afasta da norma aceita pelo *homo medius*; é o desregrado.”⁹⁰

Aqui, pode-se entender que a norma referida no conceito de Croce diz respeito às normas de comportamento aceitas pela sociedade, e que tudo aquilo que não se encaixa nessas normas, é visto como anormalidade.

Destarte, passa-se ao conceito de capacidade de imputação jurídica que, consoante Palomba⁹¹, é a capacidade psicológica de entendimento quanto o caráter criminoso do fato e na forma como o indivíduo se comporta com base nesse entendimento.

Bittar completa afirmando que é avaliado se o agente tem capacidade de se autodeterminar, ou seja, se possui, portanto, livre-arbítrio e se há presença de razão

⁸⁶ RIGONATTI, Sérgio Paulo; BARROS, Daniel Martins de. Psiquiatria forense. In: LOUZÃ NETO, Mário Rodrigues et al. (Colab.). **Psiquiatria básica**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007. p. 700. Livro eletrônico.

⁸⁷ FRANÇA, Genival Veloso de. **Medicina legal**. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017. Livro eletrônico, não paginado.

⁸⁸ BITTAR, Neusa. **Medicina legal e noções de criminalística**. 6. ed. Salvador: Juspodvm, 2017. p. 325-326.

⁸⁹ CROCE, Delton; CROCE JÚNIOR, Delton. **Manual de medicina legal**. 8. ed. São Paulo: Saraiva, 2012. p. 629. Livro eletrônico.

⁹⁰ CROCE, Delton; CROCE JÚNIOR, Delton. **Manual de medicina legal**. 8. ed. São Paulo: Saraiva, 2012. p. 629. Livro eletrônico.

⁹¹ PALOMBA, Guido Arturo. **Tratado de psiquiatria forense, civil e penal**. São Paulo: Atheneu, 2003. p. 197.

em sua escolha de cometer, ou não, o delito. Aduz, ainda, que a capacidade de autodeterminação e de discernimento pode ser total, parcial ou nula.⁹²

Quando a capacidade é total, significa que o indivíduo era totalmente capaz de entender e de se determinar quanto ao caráter ilícito do fato, sendo, portanto, imputável, podendo ser responsabilizado penalmente. Se parcial, entende-se que o agente era, à época do fato, parcialmente capaz de entender o caráter criminoso de seu comportamento e/ou possuía a parcial capacidade de determinar-se quanto a esse entendimento, sendo, portanto, semi-imputável, razão pela qual pode ser responsabilizado pelo delito praticado. Por fim, quando a capacidade de imputação jurídica é nula, isso quer dizer que o indivíduo é inimputável, pois totalmente incapaz de compreender a ilicitude da conduta que realiza ou, se compreende, de se autocontrolar de acordo com esse entendimento. Nesse caso, se praticar um fato definido como infração penal, deverá ser submetido a tratamento ambulatorial ou ser internado em algum manicômio.⁹³

Ademais, consoante Palomba⁹⁴,

A faculdade de entender (*libertas judicii*) baseia-se na possibilidade que o indivíduo tem de conhecer a natureza, as condições e consequências do ato. Implica o conhecimento da penalidade, da organização legal, das consequências sociais, e supõe um certo grau de experiência, de maturidade, de educação, de inteligência, de atenção, de orientação, de memória.

A faculdade de autodeterminar-se (*libertas consilli*) baseia-se na capacidade de escolher entre praticar ou não o ato, o que requer serenidade, reflexão e distância de qualquer condição patológica que possa escravizar a vontade do indivíduo, impulsionando-o para o ato.

Desse modo, verifica-se que os critérios psiquiátricos forenses para aferir a imputabilidade jurídica são muitos, necessitando de um perito psiquiatra para confecção de laudo, a fim de verificar o grau de entendimento e de autodeterminação do agente, devendo o perito dizer se, à época do fato, este era hígido mentalmente.⁹⁵

⁹² BITTAR, Neusa. **Medicina legal e noções de criminalística**. 6. ed. Salvador: Juspodvm, 2017. p. 323.

⁹³ PALOMBA, Guido Arturo. **Tratado de psiquiatria forense, civil e penal**. São Paulo: Atheneu, 2003. p. 197-198.

⁹⁴ PALOMBA, Guido Arturo. **Tratado de psiquiatria forense, civil e penal**. São Paulo: Atheneu, 2003. p. 198.

⁹⁵ PALOMBA, Guido Arturo. **Tratado de psiquiatria forense, civil e penal**. São Paulo: Atheneu, 2003. p. 198-199.

3.2 Transtornos Mentais que Podem Comprometer a Capacidade de Entendimento e Autodeterminação dos Sujeitos e suas Implicações

Os transtornos mentais que comprometem a capacidade de imputação jurídica utilizados no direito penal são doença mental, desenvolvimento mental retardado, desenvolvimento mental incompleto e perturbação da saúde mental.⁹⁶

*Por doença mental, entende-se, segundo Palomba, que é uma “[...] alteração do psiquismo, que causa um estado de ruptura com a realidade.”*⁹⁷

Assim, compreendem-se como doença mental todas as demências, as psicoses, o alcoolismo crônico e a toxicomania grave, sendo que essas duas últimas não são propriamente psicoses, mas que não deixam de ser doenças mentais, “[...] uma vez que solapam do indivíduo o entendimento e o livre-arbítrio.”⁹⁸

O intuito da presente pesquisa não é esmiuçar todas as doenças mentais, mas sim demonstrar de maneira sintética como esses transtornos afetam a capacidade de entendimento e autodeterminação do indivíduo. Assim, passa-se a relacionar as principais doenças mentais.

A demência, valendo-se da descrição da Organização Mundial da Saúde, deve ser entendida como

[...] uma síndrome - geralmente de natureza crônica ou progressiva caracterizada pela deterioração da função cognitiva (ou seja, a capacidade de processar o pensamento) além do que poderia ser considerado uma consequência do envelhecimento normal. A demência afeta memória, pensamento, orientação, compreensão, cálculo, capacidade de aprendizagem, linguagem e julgamento. A consciência não é afetada. A deterioração da função cognitiva é muitas vezes acompanhada e às vezes é precedida pela deterioração do controle emocional, comportamento social ou motivação. (tradução nossa).⁹⁹

Palomba expende que todos os delitos praticados por idosos devem ser examinados à luz da psiquiatria forense, a fim de verificar a imputabilidade penal, e

⁹⁶ PALOMBA, Guido Arturo. **Tratado de psiquiatria forense, civil e penal**. São Paulo: Atheneu, 2003. p. 199.

⁹⁷ PALOMBA, Guido Arturo. **Perícia na psiquiatria forense**. 1. ed. São Paulo: Saraiva, 2016. Livro eletrônico, não paginado.

⁹⁸ PALOMBA, Guido Arturo. **Tratado de psiquiatria forense, civil e penal**. São Paulo: Atheneu, 2003. p. 154.

⁹⁹ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). **Demencia**. Ginebra, 2017. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/es/>>. Acesso em: 26 nov. 2017.

afere que as infrações penais cometidas pelos senis são raras, relacionando, em sua maioria, com delitos sexuais.¹⁰⁰

Desse modo, constatado o nexos causal entre o fato criminoso e a demência, o sujeito deve ser considerado inimputável, consoante artigo 26 do Código Penal.

A Organização Mundial da Saúde conceitua a psicose como

Anomalias de pensamento, percepção, emoções, linguagem, percepção de si e comportamento. As psicoses são muitas vezes acompanhadas de alucinações (audição, visão ou percepção de algo que não existe) e delírios (ideias persistentes que não estão em conformidade com a realidade da qual o paciente está firmemente convencido, mesmo que exista evidência em contrário. (tradução nossa).¹⁰¹

A psicose mais comum é a esquizofrenia, que França define como “[...] um transtorno psicótico, de origem endógena, de forma episódica ou progressiva, de manifestações polimorfas e variadas, comprometendo o psiquismo na esfera afetivo-instintiva e intelectual.”¹⁰²

Ainda, consoante Palomba¹⁰³, a esquizofrenia tem subdivisões em formas clínicas e a mais comum nas perícias criminais é a do tipo paranoide, que se manifesta por alucinações e/ou delírios de perseguição, na forma mais comum de vozes imperativas, motivadoras do crime.

Assim, diagnosticada a esquizofrenia, o perito pode opinar pela inimputabilidade do indivíduo. Importante frisar que o perito deve opinar pela imputabilidade penal do ato criminoso, mesmo no período *médico-legal da doença*, que compreende o intervalo entre os surtos esquizofrênicos, mas que permanecem os efeitos da doença.¹⁰⁴

Ante o exposto, verifica-se que, nos casos de psicose, a exemplo da esquizofrenia, o indivíduo será considerado inimputável quando restar comprovado que, em razão da doença mental (psicose), era, no tempo da ação ou omissão,

¹⁰⁰ PALOMBA, Guido Arturo. **Tratado de psiquiatria forense, civil e penal**. São Paulo: Atheneu, 2003. p. 788.

¹⁰¹ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). **Distúrbios mentais**. Ginebra, 2017. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/es/>>. Acesso em: 26 nov. 2017.

¹⁰² FRANÇA, Genival Veloso de. **Medicina legal**. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017. Livro eletrônico, não paginado.

¹⁰³ PALOMBA, Guido Arturo. **Tratado de psiquiatria forense, civil e penal**. São Paulo: Atheneu, 2003. p. 648-650.

¹⁰⁴ PALOMBA, Guido Arturo. **Tratado de psiquiatria forense, civil e penal**. São Paulo: Atheneu, 2003. p. 651.

incapaz de entender o caráter ilícito de sua conduta ou determinar-se de acordo com esse entendimento, consoante artigo 26 do Código Penal.

O alcoolismo crônico diz respeito ao indivíduo que faz ingestão de bebida alcoólica imoderadamente e continuamente, devendo ser encarado como um doente, necessitando ser tratado diferentemente à luz do código penal¹⁰⁵ e, para tanto, França¹⁰⁶ explica que

[...] deve ficar patente que a embriaguez se constitui em um elenco de perturbações que tenha prejudicado o entendimento do examinado, sendo isto firmado pela evidência de sintomas clínicos manifestos e não por determinada porcentagem de álcool no sangue, na urina ou no ar expirado.

Palomba assevera que o “[...] alcoolismo crônico, do ponto de vista psiquiátrico-forense, é visto como doença mental.”¹⁰⁷ Entretanto, os demais tipos de alcoolista, o social e o habitual são imputáveis, uma vez que abusam da ingestão de álcool, mas não são dependentes desta.¹⁰⁸

Imperioso destacar que somente o alcoolismo crônico, quando comprovado o nexo de causalidade entre a infração penal cometida e a doença mental, poderá isentar o agente de pena (artigo 26, caput, do Código Penal) e que não se confunde com a isenção ou redução de pena imposta nos parágrafos 1º e 2º, do inciso II, do artigo 28, do Código Penal, uma vez que se trata da embriaguez proveniente de caso fortuito ou força maior, tampouco se confunde com outros tipos de embriaguez, que não excluem a imputabilidade penal.¹⁰⁹

Ademais, a toxicomania grave é compreendida como doença mental uma vez que a capacidade de entendimento e autodeterminação está comprometida, eis que o indivíduo é incapaz de determinar-se de acordo com o entendimento do caráter criminoso de uma conduta.¹¹⁰

¹⁰⁵ FRANÇA, Genival Veloso de. **Medicina legal**. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017. Livro eletrônico, não paginado.

¹⁰⁶ FRANÇA, Genival Veloso de. **Medicina legal**. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017. Livro eletrônico, não paginado.

¹⁰⁷ PALOMBA, Guido Arturo. **Tratado de psiquiatria forense, civil e penal**. São Paulo: Atheneu, 2003. p. 394.

¹⁰⁸ PALOMBA, Guido Arturo. **Tratado de psiquiatria forense, civil e penal**. São Paulo: Atheneu, 2003. p. 394.

¹⁰⁹ FRANÇA, Genival Veloso de. **Medicina legal**. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017. Livro eletrônico, não paginado.

¹¹⁰ PALOMBA, Guido Arturo. **Tratado de psiquiatria forense, civil e penal**. São Paulo: Atheneu, 2003. p. 368-369.

Ainda, Palomba destaca que todo fato criminoso perpetrado pelo usuário é em virtude de seu vício, que comete o crime com o intuito de conseguir a substância entorpecente, não pelo fato de querer delinquir.¹¹¹

Destaca-se que a toxicomania abrange três graus de dependência: leve, moderado e grave. A dependência nos graus leve e moderada não inibe a capacidade do indivíduo de entender o caráter ilícito do fato e determinar-se a partir disso, ou seja, nesses dois graus de dependência, a capacidade de determinar-se não está comprometida e, em virtude disso, o sujeito é considerado imputável. Entretanto, na toxicomania grave, embora o indivíduo possa entender parcialmente o caráter ilícito do fato, não consegue determinar-se diante disso, devendo ser considerado inimputável, consoante disposição no artigo 26 do Código Penal.¹¹²

Desenvolvimento mental retardado ou oligofrenia caracteriza-se pela insuficiência intelectual, “[...] com diminuição ou parada do desenvolvimento normal do psiquismo, com acentuado déficit da inteligência,”¹¹³ sendo classificados em retardo mental leve, moderado e profundo.¹¹⁴

Assim, na situação de retardo mental leve ou debilidade mental, os indivíduos possuem “[...] idade mental entre 7 e 12 anos e quociente intelectual de 50 a 90.”¹¹⁵ A debilidade mental não invalida a vida em sociedade, podendo esses indivíduos inclusive cursar ensino superior, com muito esforço próprio. São semi-imputáveis, em sua maioria, podendo, em casos extremos, o perito determinar a inimputabilidade.¹¹⁶

O indivíduo com retardo mental moderado, ou imbecilidade, apresenta idade mental de 3 a 7 anos e coeficiente intelectual que oscila entre 25 e 50.¹¹⁷

Palomba¹¹⁸ assevera que esses indivíduos podem chegar, com muita dificuldade a se alfabetizar e até realizar trabalhos braçais, pois só entendem

¹¹¹ PALOMBA, Guido Arturo. **Tratado de psiquiatria forense, civil e penal**. São Paulo: Atheneu, 2003. p. 368-369.

¹¹² CROCE, Delton; CROCE JÚNIOR, Delton. **Manual de medicina legal**. 8. ed. São Paulo: Saraiva, 2012. p. 673. Livro eletrônico.

¹¹³ FRANÇA, Genival Veloso de. **Medicina legal**. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017. Livro eletrônico, não paginado.

¹¹⁴ FRANÇA, Genival Veloso de. **Medicina legal**. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017. Livro eletrônico, não paginado.

¹¹⁵ CROCE, Delton; CROCE JÚNIOR, Delton. **Manual de medicina legal**. 8. ed. São Paulo: Saraiva, 2012. p. 632. Livro eletrônico.

¹¹⁶ PALOMBA, Guido Arturo. **Tratado de psiquiatria forense, civil e penal**. São Paulo: Atheneu, 2003. p. 491.

¹¹⁷ CROCE, Delton; CROCE JÚNIOR, Delton. **Manual de medicina legal**. 8. ed. São Paulo: Saraiva, 2012. p. 632. Livro eletrônico.

comandos simples, não se tornando independentes na vida adulta. Assim, França¹¹⁹ aduz que são inimputáveis, pois “[...] não compreendem a razão de seus atos.”

Quanto ao retardo mental grave (idiota), o indivíduo possui idade mental de até 3 anos, possuindo coeficiente intelectual até 25¹²⁰ e, consoante Croce¹²¹, esse tipo de retardo mental “consiste na ausência completa ou na parada do desenvolvimento das faculdades intelectuais e afetivas.” Ademais, França¹²² assegura que, no geral, vivem pouco, sendo incapazes de necessidades básicas de sobrevivência. Ainda, Palomba¹²³ aduz que, sendo constatado o retardo mental grave, o perito não tem outra possibilidade além de atestar a inimputabilidade.

Desse modo, pode-se perceber que os indivíduos com retardo leve podem ser imputáveis ou semi-imputáveis (o que se encaixaria na redução de pena do parágrafo único do artigo 26 do Código Penal) e, em alguns extremos, até mesmo podem ser considerados inimputáveis, como os sujeitos que possuem retardo mental moderado ou grave, sendo aplicado o disposto no artigo 26 do Código Penal.¹²⁴

Há cinco tipos de situações contempladas no entendimento de desenvolvimento mental incompleto, são elas: surdo-mudez, cegueira, silvícola não aculturado, apedeutismo e menoridade.¹²⁵

Dessa forma, Palomba¹²⁶ esclarece que

O desenvolvimento mental incompleto não é uma doença mental, transtorno ou distúrbio psíquico, mas envolve a noção de um psiquismo que não se completou, embora possa haver, além do psiquismo incompleto, a ocorrência concomitante de transtornos mentais.

¹¹⁸ PALOMBA, Guido Arturo. **Tratado de psiquiatria forense, civil e penal**. São Paulo: Atheneu, 2003. p. 490.

¹¹⁹ FRANÇA, Genival Veloso de. **Medicina legal**. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017. Livro eletrônico, não paginado.

¹²⁰ FRANÇA, Genival Veloso de. **Medicina legal**. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017. Livro eletrônico, não paginado.

¹²¹ CROCE, Delton; CROCE JÚNIOR, Delton. **Manual de medicina legal**. 8. ed. São Paulo: Saraiva, 2012. p. 631-632. Livro eletrônico.

¹²² FRANÇA, Genival Veloso de. **Medicina legal**. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017. Livro eletrônico, não paginado.

¹²³ PALOMBA, Guido Arturo. **Tratado de psiquiatria forense, civil e penal**. São Paulo: Atheneu, 2003. p. 489.

¹²⁴ PALOMBA, Guido Arturo. **Tratado de psiquiatria forense, civil e penal**. São Paulo: Atheneu, 2003. p. 489-490.

¹²⁵ PALOMBA, Guido Arturo. **Tratado de psiquiatria forense, civil e penal**. São Paulo: Atheneu, 2003. p. 500.

¹²⁶ PALOMBA, Guido Arturo. **Tratado de psiquiatria forense, civil e penal**. São Paulo: Atheneu, 2003. p. 500.

Assim, passa-se às implicações das situações de *desenvolvimento mental incompleto*.

A primeira situação é do indivíduo surdo-mudo que, destituído das funções de ouvir e falar, fica parcialmente limitado de perceber o mundo de relação e, por assim ser e não conseguir se expressar facilmente, suas noções, suas ideias e seus conhecimentos são fatalmente prejudicados.¹²⁷

Palomba afere que, quando de sua conduta ilícita, podem ser considerados semi-imputáveis, uma vez que “[...] a privação dessas faculdades básicas leva-os invariavelmente a uma inferioridade intelectual.”¹²⁸

Já Bitencourt¹²⁹, embora reconheça que o surdo-mudo tem sua capacidade diminuída em relação aos outros indivíduos, salienta que somente a condição biológica é insuficiente para caracterizar a inimputabilidade, fazendo-se necessária, portanto, a perícia médica para comprovar se há incapacidade de compreensão e autodeterminação decorrentes dessa deficiência, devendo ser analisado caso a caso.

Quanto à situação da cegueira, predomina a discussão se o cego pode ser equiparado ao surdo-mudo. Para França¹³⁰, essa equiparação é absurda, quando não associada a outra perturbação, uma vez que a cegueira, por si só, não priva o indivíduo de sua capacidade de entendimento. Palomba¹³¹, no entanto, ressalta que há de se considerar semi-imputáveis os indivíduos que tardiamente desenvolvem a deficiência, uma vez que a adaptação é mais difícil.

Ademais, ressalta-se que, para a aplicação de medida de segurança, necessária se faz a perícia médica para avaliar se a deficiência impossibilita o entendimento do caráter ilícito da conduta delituosa ou a capacidade de autodeterminação.

No que tange o silvícola, entende-se que esses indivíduos possuem hábitos, instintos e concepções divergentes das do homem civilizado. Dessa forma, quando

¹²⁷ FRANÇA, Genival Veloso de. **Medicina legal**. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017. Livro eletrônico, não paginado.

¹²⁸ FRANÇA, Genival Veloso de. **Medicina legal**. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017. Livro eletrônico, não paginado.

¹²⁹ BITENCOURT, Cezar Roberto. **Tratado de direito penal**. 23. ed. São Paulo: Saraiva, 2017. p. 492.

¹³⁰ FRANÇA, Genival Veloso de. **Medicina legal**. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017. Livro eletrônico, não paginado.

¹³¹ PALOMBA, Guido Arturo. **Tratado de psiquiatria forense, civil e penal**. São Paulo: Atheneu, 2003. p. 505.

ocorrer perícias envolvendo silvícolas, deverá o perito atentar para o fato de este indivíduo ter sofrido algum aculturamento. Se não possui nenhum, ou seja, é um silvícola em estado puro, o perito deverá apontar a inimizabilidade, uma vez que este indivíduo é inadaptado à vida em meio civilizado. No entanto, se esse indivíduo tenha iniciado o processo de aculturamento e sua capacidade de entendimento foi diminuída, poderá, então, ser considerado semi-imputável. Por último, se já está adaptado a vida civilizada e possui entendimento e consegue se determinar a partir desse entendimento, o perito deve considerar esse indivíduo imputável. Dessa forma, verifica-se que se faz necessário uma perícia cuidadosa para esclarecer cada caso em particular.¹³²

Em atenção à Lei nº 6.001/73 (Estatuto do Índio), percebe-se que a legislação especial disciplina que a pena imposta ao silvícola deverá ser atenuada, atendendo ao grau de integração deste na sociedade, havendo a possibilidade de cumprimento de pena em regime de *semiliberdade*, no órgão assistencial aos índios mais próximo da habitação do indivíduo, bem como traz a possibilidade de tolerância de aplicação de sanções disciplinares ou penais pelos próprios grupos tribais, sendo vedada a pena de morte e o caráter cruel ou infamante.¹³³

Como se pode notar, a legislação especial não traz a possibilidade de medida de segurança, apenas o regime de *semiliberdade*, o que se leva a deduzir que o silvícola não aculturado não pode ser submetido a esta sanção penal. Além do mais, como visto no capítulo anterior, a medida de segurança somente será imposta ao indivíduo que necessitar de tratamento, em atenção ao princípio da necessidade. Indaga-se, portanto, qual tratamento que o silvícola poderia necessitar para ser submetido à medida de segurança.

Apudutismo diz respeito, conforme assevera Palomba, “[...] as pessoas que vivem na mais profunda ignorância, sem saber ler e escrever, nem assistem televisão assim permanecem isolados da civilização.”¹³⁴ Nesses casos incomuns, Palomba compara com os silvícolas, pois em ambos falta uma parte da identidade

¹³² CROCE, Delton; CROCE JÚNIOR, Delton. **Manual de medicina legal**. 8. ed. São Paulo: Saraiva, 2012. p. 676. Livro eletrônico. No mesmo sentido: PALOMBA, Guido Arturo. **Tratado de psiquiatria forense, civil e penal**. São Paulo: Atheneu, 2003. p. 506. FRANÇA, Genival Veloso de. **Medicina legal**. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017. Livro eletrônico, não paginado.

¹³³ BRASIL. **Lei nº 6.001, de 19 de dezembro de 1973**. Dispõe sobre o Estatuto do Índio. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L6001.htm>. Acesso em: 23 out. 2018.

¹³⁴ PALOMBA, Guido Arturo. **Tratado de psiquiatria forense, civil e penal**. São Paulo: Atheneu, 2003. p. 507.

social, devendo a perícia atestar quanto da capacidade de entendimento e autodeterminação foi comprometida, juntamente com a evidência do nexa causal entre a ignorância e o fato delitivo.¹³⁵

Quanto à menoridade, a legislação penal pátria prevê que “[...] Os menores de 18 (dezoito) anos são penalmente inimputáveis, ficando sujeitos às normas estabelecidas na legislação especial”¹³⁶. Aplica-se, portanto, a Lei nº 8.069/90 - Estatuto da Criança e do Adolescente.

Ainda, salienta-se que os menores de idade são inimputáveis pelo critério biológico, e os adolescentes (pessoa maior de doze anos e menor de 18 anos) podem responder pelos atos infracionais que ora cometerem, aplicando-se, como sanção, medidas socioeducativas elencadas na legislação especial, não se confundindo, de forma alguma, com a inimputabilidade prevista no artigo 26 do Código Penal¹³⁷

Superada a questão envolvendo os menores de 18 anos, é importante referir que, por *perturbação da saúde mental*, compreende-se a situação dos “[...] indivíduos que ficam na zona fronteira entre a normalidade mental e a doença mental.¹³⁸ Esses indivíduos apresentam distúrbios de conduta, de comportamento e de personalidade, em razão do comprometimento nas estruturas psíquicas da afetividade, da conação-volição e na capacidade de crítica, sendo que o restante do psiquismo está inalterado.¹³⁹

Palomba acentua que esses indivíduos, por ele chamado de *condutopatas*, entendem o caráter criminoso de seus atos, “[...] estando parcialmente preso a uma intenção mórbida”¹⁴⁰, sendo que o caráter parcial se dá em virtude de que, por fatores externos, o indivíduo consegue parar sua conduta delitiva. Os *condutopatas*

¹³⁵ PALOMBA, Guido Arturo. **Tratado de psiquiatria forense, civil e penal**. São Paulo: Atheneu, 2003. p. 507.

¹³⁶ BRASIL. **Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de novembro de 1940**. Código Penal. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848compilado.htm>. Acesso em: 15 maio 2018.

¹³⁷ BITENCOURT, Cezar Roberto. **Tratado de direito penal**. 23. ed. São Paulo: Saraiva, 2017. p. 487.

¹³⁸ PALOMBA, Guido Arturo. **Tratado de psiquiatria forense, civil e penal**. São Paulo: Atheneu, 2003. p. 515.

¹³⁹ PALOMBA, Guido Arturo. **Tratado de psiquiatria forense, civil e penal**. São Paulo: Atheneu, 2003. p. 515.

¹⁴⁰ PALOMBA, Guido Arturo. **Tratado de psiquiatria forense, civil e penal**. São Paulo: Atheneu, 2003. p. 515.

se ligam, no geral, em três tipos de delitos: assassinatos em série, parricídio e piromania.¹⁴¹

Quanto a implicação penal, são semi-imputáveis, vez que entendem o caráter criminoso de sua conduta, e resta prejudicada a capacidade de autodeterminação. Em alguns casos, quando não verificado onexo causal entre a patologia e a conduta criminosa, o indivíduo deverá ser considerado imputável. Mais raro ainda são os casos de total inimputabilidade dos *condutopatas*, somente em situações em que os distúrbios sejam exacerbados, impossibilitando a capacidade de entendimento do ato criminoso e a capacidade de autodeterminar-se conforme esse entendimento¹⁴².

Em virtude do exposto, verifica-se que nem sempre é fácil e automático encaixar os transtornos mentais dentro da classificação trazida pela legislação penal (doença mental, desenvolvimento mental retardado, desenvolvimento mental incompleto e perturbação da saúde mental).

Percebe-se, ainda, a necessidade, em todos os casos, da perícia médica psiquiátrica para a compreensão dos transtornos mentais e da forma com que este transtorno pode afetar na percepção do indivíduo.

Por fim, destaca-se as dificuldades de conceituação e entendimentos diversos no que tange aos transtornos mentais e na aferição de imputabilidade jurídica, o que demonstra a complexidade desta área e a necessidade de avaliar caso a caso, no intuito de se buscar a melhor resposta médico/jurídica para a situação de inimputabilidade.

¹⁴¹ PALOMBA, Guido Arturo. **Tratado de psiquiatria forense, civil e penal**. São Paulo: Atheneu, 2003. p. 517-524.

¹⁴² PALOMBA, Guido Arturo. **Tratado de psiquiatria forense, civil e penal**. São Paulo: Atheneu, 2003. p. 517-524.

4 MEDIDAS DE SEGURANÇA E A REFORMA PSIQUIÁTRICA

Com o intuito de demonstrar a necessidade de adequação da legislação penal frente à Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei nº 10.216/01), far-se-á neste capítulo uma breve evolução histórica, mundial e nacional, do tratamento dispensado aos indivíduos portadores de sofrimento psíquico, bem como se fará o confronto da Lei nº 10.216/01 com a legislação penal vigente, mostrando os pontos de violação e a aplicabilidade desta Lei aos internos em medida de segurança.

Contudo, com o intuito de esclarecimentos posteriores, importante explicar que as expressões *doença mental* e *transtorno mental* não são sinônimas, mas sim definições diferentes para lidar com a loucura. Do mesmo modo que a psiquiatria passou por reformas, os conceitos também se modificaram. Desse modo, a expressão *transtorno mental* é a utilizada atualmente no campo da saúde mental, ao passo que a expressão *doença mental* é vista como equivocada. Neste sentido, a expressão *doença mental* coloca em evidência a doença do indivíduo, enquanto que a expressão *transtorno mental* evidencia o indivíduo além da doença, mudança crucial ao trato dos sujeitos em sofrimento psíquico.¹⁴³

4.1 Evolução Histórica

Para compreensão da criminalização e reclusão dos doentes mentais, faz-se necessário uma síntese da história da loucura.

Para tanto, no contexto mundial, se utilizará do relato de Palomba, bem como de diversos outros autores, no intuito de correlacionar os acontecimentos ao longo da história.

Assim, no primeiro momento, que se passa na Idade Média, a loucura era interpretada como algo mágico-místico, vez que se acreditava que o louco era possuído pelo demônio, não sendo vista como uma doença. Contra os possuídos, se praticava condutas atroztes, desde banimentos, que os condenavam a uma vida errante, isolados dos outros, fora dos muros das cidades, até procedimentos de exorcismo, e muitos acabavam queimando em fogueiras.¹⁴⁴

¹⁴³ AMARANTE, Paulo. **Saúde mental e atenção psicossocial**. 4. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013. p. 66-68.

¹⁴⁴ PALOMBA, Guido Arturo. **Tratado de psiquiatria forense, civil e penal**. São Paulo: Atheneu, 2003. p. 3-5.

Foucault¹⁴⁵, assim como Palomba¹⁴⁶, referem-se à *Nau dos Loucos*, asservando que os ditos loucos eram banidos de suas cidades, postos em barcos que os levavam de uma cidade a outra, ou eram entregues a mercadores e peregrinos, o que ocasionava à exclusão destes da sociedade.

No final desse período, na Renascença, Foucault¹⁴⁷ menciona que os loucos começaram a ser recebidos em hospitais, em locais destinados exclusivamente a estes, onde eram encarcerados. No mesmo período, Palomba¹⁴⁸ narra que o médico Johann Weyer começou a angariar dados para contestar os casos de feitiçaria, percebendo-se o começo do desvinculamento do louco do misticismo.

O segundo momento, entre os séculos XIV e XVI, é marcado inicialmente pelo surgimento das primeiras Casas de Internamento, que visavam o isolamento dos loucos, os quais não eram considerados doentes, mas sim designados como degenerados, e nessas casas de internamento, sucumbiam a tratamentos degradantes, sendo acorrentados e trancafiados. Neste mesmo período surgiram meios para conter os degenerados, como algemas, cadeiras de contenção, camisas de força e jaulas de vime, e a prática de sangrias, banhos gélidos, uso de sedativos e eletrochoques foram utilizados como contenção. Extrai-se, ainda, a tentativa de condenar os loucos ao trabalho forçado, prática abandonada por se mostrar sem êxito, já que estes não conseguiam seguir ordens.¹⁴⁹

Contudo, na Era do Iluminismo (séculos XVII e XVIII), a loucura começou a ser vista como doença e as ideias científicas e filosóficas foram se intensificando, ao passo que surgiram as primeiras classificações de doenças mentais que culminam nas primeiras doutrinas médicas psiquiátricas.¹⁵⁰

O terceiro momento, no início do século XVIII, é marcado com o médico Philippe Pinel, que ao libertar os loucos das correntes do hospício de *Bicêtre*, na

¹⁴⁵ FOUCAULT, Michel. **História da loucura na idade clássica**. 11. ed. São Paulo: Perspectiva, 2017. p. 9.

¹⁴⁶ PALOMBA, Guido Arturo. **Tratado de psiquiatria forense, civil e penal**. São Paulo: Atheneu, 2003. p. 3.

¹⁴⁷ FOUCAULT, Michel. **História da loucura na idade clássica**. 11. ed. São Paulo: Perspectiva, 2017. p. 48.

¹⁴⁸ PALOMBA, Guido Arturo. **Tratado de psiquiatria forense, civil e penal**. São Paulo: Atheneu, 2003. p. 3-5.

¹⁴⁹ PALOMBA, Guido Arturo. **Tratado de psiquiatria forense, civil e penal**. São Paulo: Atheneu, 2003. p. 5-8, 17-18.

¹⁵⁰ PALOMBA, Guido Arturo. **Tratado de psiquiatria forense, civil e penal**. São Paulo: Atheneu, 2003. p. 8-9.

França, introduziu o enfoque clínico na psiquiatria e a loucura passou a ser vista como doença.¹⁵¹

Foucault¹⁵² afirma que o fato de Pinel ter assumido a direção do hospício caracteriza a visão de que a loucura já é um problema médico e político, vez que no mesmo lugar concentravam-se criminosos, pobres, insanos e presos políticos.

Desse modo, Pinel influenciou os centros psiquiátricos do mundo e a visão do louco se modificava¹⁵³, vez que “[...] já não eram mais aquelas figuras abomináveis e temidas dantanho, mas sim doentes mentais a necessitar de tratamento médico.”¹⁵⁴

Ademais, entre os anos 1793 até 1950, desenvolveu-se a filosofia moderna, ou seja, aprofundou-se o estudo das doenças mentais, ao passo que surgiram os *idealistas*, primeiro Rene Descartes, após Sigmund Freud e Gustavo Le Bon. Além dos *idealistas*, há também os *organicistas* e *unicistas*, cujos estudos e inovações contribuíram com o avanço da psiquiatria.¹⁵⁵

O quarto momento, que iniciou na década de 1950, se dá com a revolução tecnológica que propiciou o aparecimento de psicoterapias múltiplas, envolvendo psicólogos, psiquiatras e demais pessoas que se interessam pela área. Desse modo, fez-se necessário um sistema de classificação de linguagem comum, assim, a Organização Mundial da Saúde (OMS) estabeleceu a Classificação Internacional de Doenças (CID), estando atualmente na 11^o revisão. Outro esquema de classificação, nos Estados Unidos, é o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM), cuja versão em vigor é o DSM-IV, servindo como uma *psiquiatria administrativa*. Ainda, Palomba assegura que a doutrina psiquiátrica não sofreu alteração, por estar estruturada em bases sólidas e por valer-se de inúmeras inovações de outras áreas da medicina.¹⁵⁶

¹⁵¹ STOCKINGER, Rui Carlos. **Reforma psiquiátrica brasileira: perspectivas humanistas e existenciais**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007. p. 25-26.

¹⁵² FOUCAULT, Michel. **História da loucura na idade clássica**. 11. ed. São Paulo: Perspectiva, 2017. p. 464-465.

¹⁵³ PALOMBA, Guido Arturo. **Tratado de psiquiatria forense, civil e penal**. São Paulo: Atheneu, 2003. p. 11-12.

¹⁵⁴ PALOMBA, Guido Arturo. **Tratado de psiquiatria forense, civil e penal**. São Paulo: Atheneu, 2003. p. 6.

¹⁵⁵ PALOMBA, Guido Arturo. **Tratado de psiquiatria forense, civil e penal**. São Paulo: Atheneu, 2003. p. 22-30.

¹⁵⁶ PALOMBA, Guido Arturo. **Tratado de psiquiatria forense, civil e penal**. São Paulo: Atheneu, 2003. p. 31-34.

Quanto aos psicofármacos, Palomba evidencia que estes são “[...] camisas de força químicas: prendem a psicopatologia dentro do indivíduo ou prendem o indivíduo dentro de sua psicopatologia.”¹⁵⁷

Na década de 1960, na Inglaterra, surge a antipsiquiatria, movimento que faz uma crítica ao modelo psiquiátrico até então vigente. Outrossim, no início dos anos 1970, surge a Psiquiatria Democrática italiana, com o psiquiatra Franco Basaglia, que propõe outro olhar para a loucura, intuindo que é uma condição que não diz respeito somente a doença, mas também ao próprio sujeito, a família e a sociedade como todo. Ainda, Basaglia inicia o projeto de desinstitucionalização, que visa desconstruir a internação manicomial e buscar alternativas para o tratamento dos indivíduos¹⁵⁸, que culmina na aprovação da Lei n. 180/1978 e influencia fortemente o movimento brasileiro pela reforma psiquiátrica, abordado a seguir.¹⁵⁹

No âmbito nacional, importante destacar que o primeiro manicômio psiquiátrico foi fundado durante o Império, na cidade do Rio de Janeiro, denominado como Hospício D. Pedro II, sendo o primeiro manicômio da América Latina. Seguindo o molde mundial, o manicômio se destinava a asilar todos os degenerados., o qual foi regido por congregação religiosa até 1887, que passa a ser administrado por médicos.¹⁶⁰

As primeiras instituições psiquiátricas surgiram após a abolição da escravidão, no meio de reivindicação da burguesia por ordem e melhores condições de vida, uma vez que os negros se concentravam nos grandes centros urbanos em razão do pagamento ínfimo de seus trabalhos e do grande policiamento, tornando-se, na realidade, um centro para os considerados desajustados.¹⁶¹

¹⁵⁷ PALOMBA, Guido Arturo. **Tratado de psiquiatria forense, civil e penal**. São Paulo: Atheneu, 2003. p. 32.

¹⁵⁸ ALVES, Carlos Frederico de Oliveira et al. Uma breve história da reforma psiquiátrica. **Neurobiologia**, Recife, v. 72, n. 1, p. 90-91, jan./mar. 2009. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/303783165_Uma_breve_historia_da_reforma_psiquiatria>. Acesso em: 15 maio 2018.

¹⁵⁹ GOULART, Maria Stella Brandão. A construção da mudança nas instituições sociais: a reforma psiquiátrica. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, São João del-Rei, v. 1, n. 1, p. 6, jun. 2006. Disponível em: <https://ufsj.edu.br/portal-repositorio/File/revistalapi/A_Construcao_da_Mudanca_nas_Instituicoes_Sociais..._MSB_Goulart.pdf>. Acesso em: 17 ago. 2018.

¹⁶⁰ STOCKINGER, Rui Carlos. **Reforma psiquiátrica brasileira**: perspectivas humanistas e existenciais. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007. p. 27-28.

¹⁶¹ STOCKINGER, Rui Carlos. **Reforma psiquiátrica brasileira**: perspectivas humanistas e existenciais. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007. p. 28.

Ainda sobre esse assunto, Stockinger¹⁶² aduz que

Um dos fiéis retratos desta realidade era o fato dos doentes não receberem diagnósticos diferenciados, pois a 90% deles, no início do séc. XX, era atribuído o mesmo diagnóstico: degenerados atípicos. Este chavão abria, na realidade da época, possibilidades a qualquer forma indigna e violenta de trato.

No mesmo ensejo que no contexto mundial, entre 1910 e 1920 surgem as colônias agrícolas, que colocavam o louco a trabalhar, numa tentativa de cura e reinserção além de um reembolso ao Estado pelo ônus com o cuidado destes indivíduos.¹⁶³

Ainda, nota-se a preocupação com a higiene mental e a eugenia, que visavam o controle e ajuste do comportamento, sendo que a higiene mental se preocupava com o desenvolvimento mental normal e a eugenia visava uma melhoria da raça humana, tanto física quanto mental.¹⁶⁴ No mesmo sentido, Costa menciona a criação da Liga Brasileira de Higiene Mental e aduz que “Nos anos 30, os psiquiatras pensavam poder prevenir as incidências das doenças mentais recorrendo às noções de higiene psíquica e racial.”¹⁶⁵

Entre 1940 e 1950 as práticas de eletroconvulsoterapia e lobotomias para tratamento dos doentes mentais eram largamente utilizadas.¹⁶⁶ A psiquiatra Nise da Silveira recusou-se a empregar essas técnicas e, ao assumir a Seção de Terapia Ocupacional do hospício de Engenho de Dentro (Rio de Janeiro), inovou o modo de tratamento com os doentes mentais, destacando-se a oficina de pintura e modelagem, cujos trabalhos realizados pelos internos estamparam exposições de arte e estão no *Museu do Inconsciente*, fundado pela psiquiatra.¹⁶⁷

¹⁶² STOCKINGER, Rui Carlos. **Reforma psiquiátrica brasileira: perspectivas humanistas e existenciais**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007. p. 28.

¹⁶³ STOCKINGER, Rui Carlos. **Reforma psiquiátrica brasileira: perspectivas humanistas e existenciais**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007. p. 28.

¹⁶⁴ STOCKINGER, Rui Carlos. **Reforma psiquiátrica brasileira: perspectivas humanistas e existenciais**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007. p. 29.

¹⁶⁵ COSTA, Jurandir Freire. **História da psiquiatria no Brasil: um corte ideológico**. 4. ed. Rio de Janeiro: Xenon, 1989. p. 10.

¹⁶⁶ STOCKINGER, Rui Carlos. **Reforma psiquiátrica brasileira: perspectivas humanistas e existenciais**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007. p. 29.

¹⁶⁷ MELO, Walter. Nise da Silveira e o campo da Saúde Mental (1944-1952): contribuições, embates e transformações. **Mnemosine**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 36-37, 2009. Disponível em: <<http://www.mnemosine.com.br/ojs/index.php/mnemosine/article/view/173>>. Acesso em: 15 ago. 2018.

O trabalho de Nise da Silveira é de suma importância, pois contesta o modelo de tratamento dispensado aos doentes mentais até então empregado¹⁶⁸, e merece mérito pela “[...] crítica permanente à redução do sujeito à doença e a possibilidade de dar voz, expressão, circulação e estabelecer relação a partir dos sentidos e significados escondidos e sufocados pelo tratamento psiquiátrico.”¹⁶⁹

Nas próximas décadas a saúde mental no Brasil é marcada pelo crescimento da psiquiatria privada, que tinha como objetivo lucrar em detrimento da psiquiatria pública. Nas instituições psiquiátricas privadas a adoção do modelo tradicional clássico e eugenista em cuidado da saúde mental se intensifica¹⁷⁰, o que eclodiu na “degradação e desumanização da assistência aos doentes mentais”¹⁷¹, cuja função social era a exclusão destes da sociedade.¹⁷²

Os anos 70 são marcados pelos primeiros protestos e denúncias contra o modelo de tratamento dispensado aos doentes mentais realizados pelos trabalhadores da área de saúde mental. Acentua-se que foi nesta década que começaram os encontros da comunidade médica psiquiatra em congressos, reuniões e conferências para se discutir a assistência psiquiátrica praticada no Brasil, tendo em vista as novas práticas adotadas no contexto mundial, especialmente na Itália.¹⁷³

¹⁶⁸ CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **Referências técnicas para a atuação de psicólogos(os) no CAPS - centro de atenção psicossocial**. Heloiza Helena Mendonça Almeida Massanaro (Org.). Brasília, DF, 2013. p. 51. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/11/CAPS_05.07.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2018.

¹⁶⁹ CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Referências técnicas para a atuação de psicólogos(os) no CAPS - Centro de Atenção Psicossocial**. Heloiza Helena Mendonça Almeida Massanaro (Org.). Brasília, DF: 2013. p. 51. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/11/CAPS_05.07.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2018.

¹⁷⁰ ALVES, Carlos Frederico de Oliveira et al. Uma breve história da reforma psiquiátrica. **Neurobiologia**, Recife, v. 72, n. 1, p. 92, jan./mar. 2009. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/303783165_Uma_breve_historia_da_reforma_psiquiatrica>. Acesso em: 15 maio 2018.

¹⁷¹ ALVES, Carlos Frederico de Oliveira et al. Uma breve história da reforma psiquiátrica. **Neurobiologia**, Recife, v. 72, n. 1, p. 92, jan./mar. 2009. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/303783165_Uma_breve_historia_da_reforma_psiquiatrica>. Acesso em: 15 maio 2018.

¹⁷² PAULIN, Luiz Fernando; TURATO, Egberto Ribeiro. Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 244, maio/ago. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59702004000200002&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em: 16 ago. 2018.

¹⁷³ GOULART, Maria Stella Brandão. A construção da mudança nas instituições sociais: a reforma psiquiátrica. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, São João del-Rei, v. 1, n. 1, p. 6-7, jun. 2006. Disponível em: <https://ufsj.edu.br/portal-repositorio/File/revistalapi/A_Construcao_da_Mudanca_nas_Instituicoes_Sociais..._-MSB_Goulart.pdf>. Acesso em: 17 ago. 2018.

Assim, a influência do psiquiatra Franco Basaglia, que realizou uma série de seminários no país divulgando seu trabalho na Itália, com a psiquiatria democrática, bem como a recente legislação italiana (Lei 180/78) que “previa o resgate da cidadania do doente mental, regulamentava a internação compulsória e estabelecia a progressiva extinção dos manicômios”¹⁷⁴, teve grande influência no Brasil.

Neste íterim, imprescindível mencionar a situação vivenciada em um dos maiores hospícios do Brasil, o de Barbacena (Minas Gerais), cujo horror foi denunciado através do documentário intitulado *Em nome da razão* filmado em 1979, que se tornou símbolo da luta antimanicomial. Em 1961, contudo, a rotina do Colônia já havia sido narrada no jornal *O Cruzeiro* e, em 1979, foi publicado a reportagem nomeada de *Os porões da loucura*. Em 2013, a jornalista Daniela Arbex publica o livro *Holocausto Brasileiro - vida, genocídio e 60 mil mortes no maior hospício do Brasil*, que narra os horrores perpetuados aos internos do Hospício de Barbacena, chamado também de Hospital Colônia, cuja violação de direitos humanos é tão esmagadoramente presente.

Abaixo, segue trecho extraído do livro de Arbex¹⁷⁵, com o intuito de ilustrar o desvalor da humanidade perpetuado por mais de cinco décadas pelos médicos e funcionários do hospício, com anuência Estatal.

[...] Pelo menos 60 mil pessoas morreram entre os muros do Colônia. [...] Cerca de 70% não tinham diagnóstico de doença mental. Eram epiléticos, alcoolistas, homossexuais, prostitutas, gente que se rebelava, gente que se tornara incômoda para alguém com mais poder. [...] Homens, mulheres e crianças, às vezes, comiam ratos, bebiam esgoto ou urina, dormiam sobre capim, eram espancados e violados. Nas noites geladas da serra da Mantiqueira, eram atirados ao relento, nus ou cobertos apenas por trapos. Instintivamente faziam um círculo compacto, alternando os que ficavam no lado de fora e no de dentro, na tentativa de sobreviver. Alguns não alcançavam as manhãs. Os pacientes do Colônia morriam de frio, de fome, de doença. Morriam também de choque. Em alguns dias, os eletrochoques eram tantos e tão fortes, que a sobrecarga derrubava a rede do município. Nos períodos de maior lotação, dezesseis pessoas morriam a cada dia. Morriam de tudo — e também de invisibilidade. Ao morrer, davam lucro. Entre 1969 e 1980, 1.853 corpos de pacientes do manicômio foram vendidos para dezessete

¹⁷⁴ GOULART, Maria Stella Brandão. A construção da mudança nas instituições sociais: a reforma psiquiátrica. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, São João del-Rei, v. 1, n. 1, p. 6, jun. 2006. Disponível em: <https://ufsj.edu.br/portal-repositorio/File/revistalapi/A_Construcao_da_Mudanca_nas_Instituicoes_Sociais..._-MSB_Goulart.pdf>. Acesso em: 17 ago. 2018.

¹⁷⁵ ARBEX, Daniela. **Holocausto brasileiro**. 9. ed. São Paulo: Geração Editorial, 2014. p. 14-15.

faculdades de medicina do país, sem que ninguém questionasse. Quando houve excesso de cadáveres e o mercado encolheu, os corpos foram decompostos em ácido, no pátio do Colônia, na frente dos pacientes, para que as ossadas pudessem ser comercializadas. Nada se perdia, exceto a vida.

Intenta-se que a história de Barbacena esteja sempre presente à menção da institucionalização manicomial, na perspectiva que se opte por medidas mais humanizadoras de atendimento ao indivíduo em sofrimento psíquico.

No final dos anos 70 e início da década de 80, consoante Goulart¹⁷⁶, as críticas ao modelo de assistência psiquiátrica no Brasil tomou forma, evidenciando-se as denúncias ofertadas por diversos órgãos, como a Associação Brasileira de Psiquiatria e Ordem dos Advogados do Brasil, juntamente com os profissionais de saúde mental. É o início da luta antimanicomial brasileira.

No mesmo período, o Brasil está em processo de democratização após duas décadas de ditadura militar, e o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, cujo lema é *por uma sociedade sem manicômios*, ganha força juntamente com a Reforma Sanitária, dois marcos importantes para o que vem a ser a Reforma Psiquiátrica.¹⁷⁷

Neste sentido, em 1988 é promulgada a nova Constituição Federal, que preconiza que a saúde é um direito de todos e dever do Estado (artigo 196) e institui o Sistema Único de Saúde por meio da Lei 8.080/90.¹⁷⁸

Amarante destaca outros marcos importantes nesse período, tais como a 8ª Conferência Nacional de Saúde e da I Conferência Nacional de Saúde Mental, o II Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental, a criação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (São Paulo), e do primeiro Núcleo de Atenção

¹⁷⁶ GOULART, Maria Stella Brandão. A construção da mudança nas instituições sociais: a reforma psiquiátrica. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, São João del-Rei, v. 1, n. 1, p. 6-7, jun. 2006. Disponível em: <https://ufsj.edu.br/portal-repositorio/File/revistalapip/A_Construcao_da_Mudanca_nas_Instituicoes_Sociais..._-MSB_Goulart.pdf>. Acesso em: 17 ago. 2018.

¹⁷⁷ FIGUEIRÊDO, Marianna Lima de Rolemborg et al. Entre loucos e manicômios: história da loucura e a reforma psiquiátrica no Brasil. **Ciências Humanas e Sociais**, Maceió, v. 2, n. 2, p. 128-129, nov. 2014. Disponível em: <<https://periodicos.set.edu.br/index.php/index/search/search>>. Acesso em: 13 set. 2018.

¹⁷⁸ ALVES, Carlos Frederico de Oliveira et al. Uma breve história da reforma psiquiátrica. **Neurobiologia**, Recife, v. 72, n. 1, p. 92-93, jan./mar. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&pid=S19840292201500020016000001&lng=e>. Acesso em: 15 maio 2018.

Psicossocial (Santos), a Associação Loucos pela Vida (Juqueri) e a realização da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental.¹⁷⁹

Nesse ínterim, o Projeto de Lei nº 3657/89 foi apresentado à Câmara dos Deputados e após dez anos em trâmite no Senado, foi aprovada a Lei nº 10.216/01, em 06 de abril de 2001, a Lei da Reforma Psiquiátrica.¹⁸⁰

4.2 Apontamentos sobre a Lei nº 10.216/01 - Lei da Reforma Psiquiátrica

Superada essa conceitualização, passa-se ao exame da Lei nº 10.216/01, no intuito de demonstrar sua aplicabilidade aos indivíduos em medida de segurança.

O artigo primeiro da Lei da Reforma Psiquiátrica preceitua que são assegurados os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, sem qualquer discriminação, até mesmo quanto ao grau de gravidade ou tempo de evolução da doença.¹⁸¹

Consoante parágrafo único do artigo segundo desta lei, são direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

- I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;
- II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
- III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;
- IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
- V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
- VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
- VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
- VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;

¹⁷⁹ AMARANTE. Paulo. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. p. 73-74.

¹⁸⁰ TENÓRIO, Fernando. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 35-36, jan./abr. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0104-59702002000100003&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 13 set. 2018.

¹⁸¹ BRASIL. **Lei nº 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. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/LEIS_2001/L10216.htm>. Acesso em: 29 ago. 2018.

IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.¹⁸²

O *caput* do artigo segundo traz que “[...] Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.”¹⁸³

Dessa forma, verifica-se que sempre que se necessitar de atendimento em saúde mental, os direitos dos indivíduos deverão ser salvaguardados, sendo compreendidos também àqueles dispensados aos internos em medida de segurança.¹⁸⁴

Ademais, o terceiro artigo disciplina acerca dos estabelecimentos onde deverão ser prestados os atendimentos em saúde mental, que deverão ser unidades ou instituições que ofereçam assistência em saúde, incluindo a participação da sociedade e da família e, ainda, conferindo ao Estado a responsabilidade do “[...] desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais.”¹⁸⁵

Por conseguinte, o artigo quarto afere que “[...] A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes”¹⁸⁶, ao passo que o artigo sexto dispõe que a internação “[...]”

¹⁸² BRASIL. **Lei nº 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. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/LEIS_2001/L10216.htm>. Acesso em: 29 ago. 2018.

¹⁸³ BRASIL. **Lei nº 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. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/LEIS_2001/L10216.htm>. Acesso em: 29 ago. 2018.

¹⁸⁴ JACOBINA, Paulo Vasconcelos. Direito penal da loucura: medida de segurança e reforma psiquiátrica. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 5, n. 1. p. 79, 02 mar. 2004. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/80889>>. Acesso em: 12 set. 2018.

¹⁸⁴ CARVALHO, Salo de. **Penas e medidas de segurança no direito penal brasileiro**. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2015. p. 520.

¹⁸⁵ BRASIL. **Lei nº 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. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/LEIS_2001/L10216.htm>. Acesso em: 29 ago. 2018.

¹⁸⁶ BRASIL. **Lei nº 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. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/LEIS_2001/L10216.htm>. Acesso em: 29 ago. 2018.

somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.”¹⁸⁷

O parágrafo único do artigo sexto traz as modalidades de internação, que são: voluntária, involuntária e compulsória, sendo que a internação compulsória, consoante artigo nono, “[...] é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.”¹⁸⁸

Ainda, a direção do estabelecimento deverá comunicar aos familiares do interno, seu representante legal e a autoridade sanitária responsável, no prazo de vinte e quatro horas, quaisquer insurgências com o paciente, como acidentes, falecimento, transferência e intercorrência clínica grave.¹⁸⁹

Por fim, a Lei afere que, sem o consentimento expresso do paciente, ou de seus familiares, é proibido realizar pesquisas científicas nos internos e que, caso haja o consentimento, o Conselho Nacional de Saúde deverá ser comunicado.¹⁹⁰

Entende-se que a Lei da Reforma Psiquiátrica, em sua totalidade, deve ser aplicada aos internos em medida de segurança, uma vez que faz menção expressa à internação compulsória. Além disso, a sua inaplicabilidade fere os direitos constitucionais desses indivíduos, conforme será demonstrado a seguir.

¹⁸⁷ BRASIL. **Lei nº 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. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/LEIS_2001/L10216.htm>. Acesso em: 29 ago. 2018.

¹⁸⁸ BRASIL. **Lei nº 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. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/LEIS_2001/L10216.htm>. Acesso em: 29 ago. 2018.

¹⁸⁹ BRASIL. **Lei nº 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. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/LEIS_2001/L10216.htm>. Acesso em: 29 ago. 2018.

¹⁹⁰ BRASIL. **Lei nº 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. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/LEIS_2001/L10216.htm>. Acesso em: 29 ago. 2018.

4.3 A Necessidade de Adequação da Legislação Penal Frente à Lei da Reforma Psiquiátrica

Passa-se a analisar, agora, os pontos conflitantes da legislação penal vigente, abordada no primeiro capítulo da presente pesquisa, frente à Lei da Reforma Psiquiátrica, haja vista a necessidade de adequação da legislação penal conforme exposição abaixo.

O artigo 97 do Código Penal contrapõe a Lei da Reforma Psiquiátrica ao dispor que “[...] Se o agente for inimputável, o juiz determinará sua internação (art. 26). Se, todavia, o fato previsto como crime for punível com detenção, poderá o juiz submetê-lo a tratamento ambulatorial,”¹⁹¹ vez que se verifica que o juiz levará em consideração sistema similar ao das penas privativas de liberdade, eis que o crime punido com reclusão deverá ser cumprido em regime fechado, ou semi-aberto ou aberto, ao passo que o crime punível com detenção poderá ser cumprido no regime semi-aberto ou aberto, o que denota uma confusão nas finalidades das sanções penais.¹⁹²

No que concerne a Lei de Execução Penal, estranha-se que os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico integram o Sistema Penitenciário e não o Sistema Único de Saúde e, em razão disso, são regidos pelos princípios da execução penal e não pelos princípios sanitários e do Sistema Único de Saúde, destoando, portanto, da finalidade das medidas de segurança.¹⁹³

Ora, se uma das finalidades da medida de segurança é a cura e/ou tratamento do indivíduo não deveria este estar submetido ao Sistema Único de Saúde e não ao Sistema Penitenciário?

Ademais, Zaffaroni e Pierangeli evidenciam que a natureza da medida de segurança não pode se confundir com a pena, bem como que “Não se pode

¹⁹¹ BRASIL. **Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de novembro de 1940**. Código Penal. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848compilado.htm>. Acesso em: 12 set. 2018.

¹⁹² JACOBINA, Paulo Vasconcelos. Direito penal da loucura: medida de segurança e reforma psiquiátrica. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 5, n. 1, p. 78-79, 02 mar. 2004. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/80889>>. Acesso em: 12 set. 2018.

¹⁹³ JACOBINA, Paulo Vasconcelos. Direito penal da loucura: medida de segurança e reforma psiquiátrica. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 5, n. 1, p. 77, 02 mar. 2004. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/80889>>. Acesso em: 12 set. 2018.

considerar 'penal' um tratamento médico e nem mesmo a custódia psiquiátrica"¹⁹⁴, e que só assim o é em razão das leis que enfocam em um controle penal.¹⁹⁵

Assim, com o olhar humanizador trazido pela Lei da Reforma Psiquiátrica aduz-se que os indivíduos com transtornos mentais têm direito ao tratamento conforme suas necessidades, nos moldes mais benéficos para o sujeito, sempre visando à desinstitucionalização.

Dessa forma, observa-se que a Lei de Execuções Penais fere o artigo primeiro da Lei da Reforma Psiquiátrica, pois deixa de observar os direitos assegurados pela legislação, bem como aqueles dispostos nas legislações atinentes ao Sistema Único de Saúde, Leis nº 8.080/90¹⁹⁶.e nº 8.142/90¹⁹⁷, que estabelecem princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde e do direito sanitário, em consonância com a Constituição Federal, tais como: saúde como direito, universalidade na prestação de serviço de saúde, equidade, integralidade, resolutividade, intersetorialidade, humanização no atendimento, participação, descentralização, hierarquização, regionalização, financiamento e controle social, que devem ser observados na aplicação de políticas de saúde.¹⁹⁸

Ainda, Jacobina¹⁹⁹, ao citar a Constituição Federal, no que tange às garantias do devido processo legal, da consideração de culpado somente após o trânsito em julgado e que a pena não deve passar da pessoa do condenado, tece apontamentos sobre a dificuldade de estabelecer a constitucionalidade do sistema de periculosidade e não de culpabilidade ao doente mental, bem como argui

¹⁹⁴ ZAFFARONI, Eugenio Raúl; PIERANGELI, José Henrique. **Manual de direito penal brasileiro**. 12. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2018. p. 763.

¹⁹⁵ ZAFFARONI, Eugenio Raúl; PIERANGELI, José Henrique. **Manual de direito penal brasileiro**. 12. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2018. p. 763.

¹⁹⁶ BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 12 set. 2018.

¹⁹⁷ BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8142.htm>. Acesso em: 12 set. 2018.

¹⁹⁸ COSTA, Augusto César de Farias. Direito, saúde mental e reforma psiquiátrica. In: ARANHA, Márcio Iorio; TOJAL, Sebastião Botto de Barros (Org.). **Curso de especialização à distância em direito sanitário para membros do ministério público e da magistratura**. Brasília, DF: Universidade de Brasília; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p. 136-139. Disponível em: <https://www.academia.edu/3029047/Curso_de_Especializa%C3%A7%C3%A3o_a_dist%C3%A2ncia_em_Direito_Sanit%C3%A1rio_para_Membros_do_Minist%C3%A9rio_P%C3%BAblico_e_da_Magistratura_Federal>. Acesso em: 29 out. 2018.

¹⁹⁹ JACOBINA, Paulo Vasconcelos. Direito penal da loucura: medida de segurança e reforma psiquiátrica. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 5, n. 1, p. 76, 02 mar. 2004. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/80889>>. Acesso em: 12 set. 2018.

indagações sobre “Onde encontrar a culpa de quem é legalmente irresponsável? Como garantir o devido processo penal a quem não pode sequer entender seus termos? Como garantir a personalidade se o louco deve ser absolvido e depois apenado?”²⁰⁰

Assim, Carvalho aponta para a inadequação normativa e conceitual de periculosidade (fundamento da medida de segurança), uma vez que, em conclusão aos ensinamentos de Mattos, a Lei da Reforma Psiquiátrica alterou “[...] a noção de tratamento, substituindo-a pela ideia de prevenção, situação que conduziria à exclusão da categoria periculosidade.”²⁰¹

Ademais, a Lei da Reforma Psiquiátrica, ao dar voz ao portador de sofrimento psíquico, possibilitando sua intervenção no tratamento, contrapõe com a lógica de periculosidade, onde o louco é apenas “[...] objeto de intervenção, de cura ou de contenção, inexistindo qualquer forma de reconhecimento da capacidade de fala da pessoa internada no manicômio judicial.”²⁰²

Prado²⁰³, por sua vez, alude que o fundamento de periculosidade merece crítica, pois

[...] o que se entende por periculosidade é o risco que o indivíduo representa para a sociedade, presumido pelo fato de ele não ter condições de entender o caráter ilícito da conduta ou de se posicionar de acordo com esse entendimento, uma vez que se encontra afetado por uma doença mental no momento da ação – o que se comprova por meio de um exame pericial.

Jacobina²⁰⁴, ao tratar da periculosidade, alude que a internação compulsória “[...] não se dá em benefício do portador de transtornos mentais, mas que se dá tão

²⁰⁰ JACOBINA, Paulo Vasconcelos. Direito penal da loucura: medida de segurança e reforma psiquiátrica. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 5, n. 1, p. 76, 02 mar. 2004. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/80889>>. Acesso em: 12 set. 2018.

²⁰¹ CARVALHO, Salo de. **Penas e medidas de segurança no direito penal brasileiro**. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2015. p. 523-524.

²⁰² CARVALHO, Salo de. **Penas e medidas de segurança no direito penal brasileiro**. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2015. p. 524-525.

²⁰³ PRADO, Alessandra Mascarenhas; SCHINDLER, Danilo. A medida de segurança na contramão da Lei de Reforma Psiquiátrica: sobre a dificuldade de garantia do direito à liberdade a pacientes judiciários. **Rev. Direito GV**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 632, ago. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-24322017000200628&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 18 set. 2018.

²⁰⁴ JACOBINA, Paulo Vasconcelos. Direito penal da loucura: medida de segurança e reforma psiquiátrica. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 5, n. 1, p. 82, 02 mar. 2004. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/80889>>. Acesso em: 12 set. 2018.

somente em favor da sociedade que se considera agredida e ameaçada pelo inimputável que cometeu um fato descrito pela lei como típico.”

Neste sentido, Costa²⁰⁵ assevera que o conceito de periculosidade é um conceito jurídico, não médico ou psicológico, que acarreta na manutenção da medida de segurança para a proteção da sociedade do que acredita ser loucura. Evidencia, ainda, que “[...] o estado mental de um pessoa com transtorno mental não está diretamente relacionado ao comportamento violento ou anti-social,”²⁰⁶ que essa pessoa possa vir a ter. Aduz que é complicado responder a problemática do campo jurídico (se o sujeito representa perigo de reincidir no fato criminoso), uma vez que não se tem como prever como qualquer pessoa, seja ela portadora de transtorno mental ou não, será perigosa.²⁰⁷

No mesmo sentido, Dalul Faria²⁰⁸ assevera que, passando-se a não mais adotar a periculosidade como fundamento da medida de segurança, se alcançaria um tratamento isonômico entre a pessoa com transtorno mental e o apenado.

Outro ponto trazido por Carvalho²⁰⁹ diz respeito ao conceito de inimputabilidade, uma vez que acredita ser necessária à sua readequação, tendo em vista que a Lei da Reforma Psiquiátrica aboliu o termo *doença mental*.

²⁰⁵ COSTA, Augusto César de Farias. Direito, saúde mental e reforma psiquiátrica. In: ARANHA, Márcio Iório; TOJAL, Sebastião Botto de Barros (Org.). **Curso de especialização à distância em direito sanitário para membros do ministério público e da magistratura**. Brasília, DF: Universidade de Brasília; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p. 152. Disponível em: <https://www.academia.edu/3029047/Curso_de_Especializa%C3%A7%C3%A3o_a_dist%C3%A2ncia_em_Direito_Sanit%C3%A1rio_para_Membros_do_Minist%C3%A9rio_P%C3%BAblico_e_da_Magistratura_Federal>. Acesso em: 29 out. 2018.

²⁰⁶ COSTA, Augusto César de Farias. Direito, saúde mental e reforma psiquiátrica. In: ARANHA, Márcio Iório; TOJAL, Sebastião Botto de Barros (Org.). **Curso de especialização à distância em direito sanitário para membros do ministério público e da magistratura**. Brasília, DF: Universidade de Brasília; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p. 152. Disponível em: <https://www.academia.edu/3029047/Curso_de_Especializa%C3%A7%C3%A3o_a_dist%C3%A2ncia_em_Direito_Sanit%C3%A1rio_para_Membros_do_Minist%C3%A9rio_P%C3%BAblico_e_da_Magistratura_Federal>. Acesso em: 29 out. 2018.

²⁰⁷ COSTA, Augusto César de Farias. Direito, saúde mental e reforma psiquiátrica. In: ARANHA, Márcio Iório; TOJAL, Sebastião Botto de Barros (Org.). **Curso de especialização à distância em direito sanitário para membros do ministério público e da magistratura**. Brasília, DF: Universidade de Brasília; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p. 151-152. Disponível em: <https://www.academia.edu/3029047/Curso_de_Especializa%C3%A7%C3%A3o_a_dist%C3%A2ncia_em_Direito_Sanit%C3%A1rio_para_Membros_do_Minist%C3%A9rio_P%C3%BAblico_e_da_Magistratura_Federal>. Acesso em: 29 out. 2018.

²⁰⁸ DALUL FARIA, Gustavo. A (in) sustentabilidade dos conceitos de inimputabilidade e de periculosidade diante da reforma psiquiátrica. **Revista Constituição e Garantia de Direitos**, Natal, v. 10, n. 1, p. 204-205, 08 out. 2018. Disponível em: <<https://periodicos.ufrn.br/constituicaoegarantiadedireitos/article/view/13469>>. Acesso em: 18 set. 2018.

²⁰⁹ CARVALHO, Salo de. **Penas e medidas de segurança no direito penal brasileiro**. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2015. p. 523-524.

Quanto à duração da medida de segurança, conforme já abordado no capítulo primeiro da presente pesquisa, é um problema. Primeiro, não está claro qual corrente se aplicar, do Superior Tribunal de Justiça ou Supremo Tribunal Federal, dessa forma, além de se ter mais dois entendimentos, além daquele do artigo 97, §1º, do Código Penal, nenhum traz a solução para o limite máximo da medida de segurança. Segundo, indaga-se: enquanto persistir o sistema de periculosidade será possível aferir um limite máximo para a duração da medida de segurança? Enquanto este instituto for travestido pela internação até cessação da periculosidade como reclusão perpétua, será possível o tratamento adequado ao portador de sofrimento psíquico? Afere-se que a reclusão aos Hospitais de Custódia e Tratamento, vulgo manicômios judiciais, não fornecem tratamento aos inimputáveis, mais sim, propiciam uma série de violação aos direitos humanos, as quais ficarão explícitas logo a seguir.

Desse modo, é importante refletir acerca dos manicômios judiciais onde os internos cumprem a medida de segurança.

A denúncia realizada pelo Conselho Federal de Psicologia, em conjunto com a Ordem dos Advogados do Brasil e a Associação do Ministério Público em Defesa da Saúde, mostra nitidamente a realidade dos internos em medida de segurança do país, e destaca que fora observado, quando da inspeção aos Hospitais de Custódia e Tratamento, o mesmo tratamento dispensado aos doentes mentais na idade clássica, evidenciado por Foucault.²¹⁰

Assim, o relatório realizado a partir das inspeções aos manicômios judiciais constata²¹¹

[...] o desrespeito aos direitos humanos, a falta de tratamento, as condições físicas, técnicas e de trabalho (sempre muito ruins), a ineficácia do dispositivo hospitalar/manicomial ('um híbrido do pior da prisão com o pior do hospital'), o Instituto da Medida de Segurança enquanto pena perpétua, o mito da periculosidade presumida [...] e,

²¹⁰ MATTOS, Virgílio de; OLIVEIRA, Rodrigo Tôrres. Apresentação: ausência do direito de ter direitos. In: DINIZ, Maria Aparecida et al. (Org.). **Inspeções aos manicômios**: relatório Brasil 2015. 1. ed. Brasília, DF: Conselho Federal de Psicologia (CFP), 2015. p. 15-19. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2015/12/CFP_Livro_InspManicomios_web1.pdf>. Acesso em: 25 set. 2018.

²¹¹ MATTOS, Virgílio de; OLIVEIRA, Rodrigo Tôrres. Apresentação: ausência do direito de ter direitos. In: DINIZ, Maria Aparecida et al. (Org.). **Inspeções aos manicômios**: relatório Brasil 2015. 1. ed. Brasília, DF: Conselho Federal de Psicologia (CFP), 2015. p. 15-19. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2015/12/CFP_Livro_InspManicomios_web1.pdf>. Acesso em: 25 set. 2018.

sobretudo, o descompasso entre as novas formas de abordagem, tratamento e responsabilização do louco infrator, amparados nos pressupostos da Reforma Psiquiátrica, e da Luta Antimanicomial, e outras portarias, etc.

Ainda, extrai-se deste relatório que, dos 18 estabelecimentos inspecionados, se tem o seguinte quadro: somente em três estabelecimentos há a presença de advogados; há apenas 45 psicólogos em todas as unidades inspecionadas, estimando-se que, na menor relação psicólogo/paciente, há 21 presos para cada psicólogo, e na maior relação, 104 pacientes para cada psicólogo; 61,11% dos pacientes estão em celas; em sete estabelecimentos há superlotação que ultrapassa 110% da capacidade do manicômio; existem mais agentes de segurança do que profissionais de saúde trabalhando nas unidades; a estrutura física dos estabelecimentos é precária, com péssimas condições de limpeza - não há equipe específica para essa atividade, poucos chuveiros e somente com água fria, não há válvula de descarga nos banheiros, as vestes dos pacientes não são lavadas periodicamente e os alojamentos são imundos; os prontuários dos pacientes são incompletos, os presos são atendidos com pouca frequência e através da grade e desconhecem seu plano terapêutico; apenas em 17% dos estabelecimentos cumprem os prazos de periodicidade dos exames de cessação de periculosidade, e, quando ocorre o exame, a presença dos psicólogos é mínima e a dos advogados é nula; 41% dos presos nas unidades inspecionadas possuem laudo de cessação da periculosidade e continuam internos; em alguns casos, os internos chegam algemados para os atendimentos individuais.²¹²

Jacobina²¹³ faz severa crítica ao sistema atual, aduzindo que,

No atual estágio do direito brasileiro, não se pode defender que internar alguém coativamente (ou mesmo submetê-lo a um tratamento ambulatorial coativo), por ordem judicial de um juiz criminal, com base numa presunção de periculosidade (decorrente da prática de um ato criminal por alguém que foi reconhecido pelo direito como portador de transtorno mental incapacitante das faculdades cognitivas ou volitivas) seja considerado cientificamente

²¹² MATTOS, Virgílio de; OLIVEIRA, Rodrigo Tôres. Apresentação: ausência do direito de ter direitos. In: DINIZ, Maria Aparecida et al. (Org.). **Inspeções aos manicômios: relatório Brasil 2015**. 1. ed. Brasília, DF: Conselho Federal de Psicologia (CFP), 2015. p. 15-19. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2015/12/CFP_Livro_InspManicomios_web1.pdf>. Acesso em: 25 set. 2018.

²¹³ JACOBINA, Paulo Vasconcelos. Direito penal da loucura: medida de segurança e reforma psiquiátrica. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 5, n. 1, p. 82, 02 mar. 2004. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/80889>>. Acesso em: 12 set. 2018.

como medida terapêutica. Tampouco se pode admitir que, no âmbito do direito sanitário, se possa reconhecer a validade desse procedimento como clinicamente eficaz. A reforma psiquiátrica — e sua projeção no mundo jurídico — descaracterizaram absolutamente a abordagem coativa, manicomial, unidisciplinar, repressora, como uma abordagem clinicamente eficaz. Portanto, o jurista que estiver empregando a medida de segurança lastreado na convicção de que está utilizando uma medida terapêutica de cunho sanitário está se enganando.

Neste sentido, compulsando as diretrizes da Resolução nº 5/2004 do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária, que “Dispõe a respeito das Diretrizes para o cumprimento das Medidas de Segurança, adequando-as à previsão contida na Lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001”²¹⁴, da Declaração de Caracas, que conclama a reestruturação da Atenção Psiquiátrica com o intuito de implantar uma nova política de serviços de saúde mental²¹⁵, e da Resolução nº 113/2010 do Conselho Nacional de Justiça, a qual “Dispõe sobre o procedimento relativo à execução de pena privativa de liberdade e de medida de segurança”²¹⁶, constata-se que os modelos atuais violam todos os princípios e garantias dos indivíduos internados em medida de segurança.

Ainda, em atenção ao *Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas - 2017*, publicado em 2018, verifica-se que a grave violação dos direitos humanos perpetua.

Nos estabelecimentos inspecionados, onde há internos nas três modalidades: de internação (voluntária, involuntária e compulsória), constatou-se que ocorre o isolamento ou a restrição do convívio social; castigos, punições e indícios de tortura dispensados aos internos; violação à liberdade religiosa e à diversidade sexual; trabalhos forçados e sem remuneração sob a denominação de laborterapia;

²¹⁴ CONSELHO NACIONAL DE POLÍTICA CRIMINAL E PENITENCIÁRIA. **Resolução nº 5, de 04 de maio de 2004**. Dispõe a respeito das Diretrizes para o cumprimento das Medidas de Segurança, adequando-as à previsão contida na Lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001. Disponível em: <<http://depen.gov.br/DEPEN/depen/cnpcp/resolucoes/2004/resolucao05de04demaiode2004.pdf>>. Acesso em: 19 set. 2018.

²¹⁵ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Declaração de Caracas**. Adotada pela Organização Mundial de Saúde em Caracas, Venezuela, em 14 de novembro de 1990. Caracas, 1990. Disponível em: <http://www.abrasme.org.br/resources/download/1358516130_ARQUIVO_DeclaracaodeCaracas.pdf>. Acesso em: 17 out. 2018.

²¹⁶ CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Resolução nº 113, de 20 abril de 2010**. Dispõe sobre o procedimento relativo à execução de pena privativa de liberdade e de medida de segurança, e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br/atos-normativos?documento=136>>. Acesso em: 19 set. 2018.

escassez de profissionais qualificados; internação de adolescentes ao arrepio da legislação atual, entre outras práticas que podem ser consideradas desumanas.²¹⁷

Acredita-se que enquanto vigorar o modelo manicomial, violações aos direitos humanos, como as apontadas ao longe desse capítulo, continuarão persistindo.

Em contraponto com os modelos asilares/manicomiais apresentados até então, destaca-se a criação de dois programas assistências - o Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário Portador de Sofrimento Mental (PAI-PJ) e o Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI), que visam redimensionar “[...] a aplicação e a execução da medida de segurança, visando garantir, em regra, direitos, entre eles a liberdade da pessoa com transtornos mentais.”²¹⁸

O Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário Portador de Sofrimento Mental (PAI-PJ) foi criado pelo Tribunal de Justiça de Minas Gerais, e tem como objetivo “[...] romper com a antiga cultura de execução penal, promovendo o acesso dos portadores de sofrimento mental que praticaram ato infracional ao tratamento adequado na rede pública, em substituição ao velho modelo manicomial.”²¹⁹

Ainda, esse Programa atua com uma equipe multidisciplinar, com advogados, psicólogos e psiquiatras, possui divulgação em diversos países da união europeia e, na Conferência Nacional de Segurança Pública, em 2009, ganhou o *Prêmio Nacional de Cidadania com Segurança e Direitos Humanos*.²²⁰

²¹⁷ CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP); MECANISMO NACIONAL DE PREVENÇÃO E COMBATE À TORTURA; MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL. Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão. **Relatório da inspeção nacional em comunidades terapêuticas - 2017**. 1. ed. Brasília, DF: Conselho Federal de Psicologia (CFP), 2018. p. 11-18. Disponível em: <<http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/publicacoes/saude-mental/relatorio-da-inspecao-nacional-em-comunidades-terapeuticas-2017>>. Acesso em: 29 out. 2018.

²¹⁸ PRADO, Alessandra Mascarenhas; SCHINDLER, Danilo. A medida de segurança na contramão da Lei de Reforma Psiquiátrica: sobre a dificuldade de garantia do direito à liberdade a pacientes judiciários. **Revista Direito GV**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 638, ago. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-24322017000200628&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 18 set. 2018.

²¹⁹ PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL AO PACIENTE JUDICIÁRIO PORTADOR DE SOFRIMENTO MENTAL (PAI-PJ). **Apresentação**. Belo Horizonte, [2018?]. Disponível em: <http://ftp.tjmg.jus.br/presidencia/projetonovosrumos/pai_pj/index.html>. Acesso em: 19 set. 2018.

²²⁰ PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL AO PACIENTE JUDICIÁRIO PORTADOR DE SOFRIMENTO MENTAL (PAI-PJ). **Destques**. Belo Horizonte, [2018?]. Disponível em: <http://ftp.tjmg.jus.br/presidencia/projetonovosrumos/pai_pj/index.html>. Acesso em: 19 set. 2018.

Barros-Brisset²²¹ traz dados relevantes acerca do Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário Portador de Sofrimento Mental (PAI-PJ). Nos dez anos do programa, foram acompanhados 1058 processos criminais, dos quais 755 pessoas foram acolhidas. Desse número, 489 dos casos já estão encerrados e 266 casos continuam em acompanhamento. Dos casos em acompanhamento, destaca-se que é analisado caso a caso com o intuito de se buscar o tratamento mais adequado para cada indivíduo. Os dados mais interessantes são acerca da reincidência dos casos encerrados: em se tratando de crimes contra o patrimônio ou de menor potencial ofensivo, há reincidência de 2%, ao passo que, em relação a crimes hediondos, não há registro de reincidência.

Por sua vez, o Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI), implantado no estado de Goiás no ano de 2006, atende os loucos infratores submetidos à medida de segurança, cumprindo, na totalidade, as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, humanizando o atendimento a esses indivíduos fora do manicômio judicial.²²²

Desse modo, quanto aos dados deste Programa, pode-se citar que, no estado de Goiás, inexistente Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico e, quando necessária a internação de algum indivíduo, é realizada em hospitais psiquiátricos conveniados ao Sistema Único de Saúde. Destaca-se que no PAILI não é utilizado o termo *periculosidade*, assim, há o *Laudo de Avaliação Psicossocial*, como substituto do exame de cessação da periculosidade. Entre 2006 e 2014, o Programa atendeu cerca de 400 pessoas e 80 tiveram extintas sua medida de segurança. Quanto a reincidência, apresenta o índice de 5% e, na maior parte dos casos, ocorre em

²²¹ BARROS-BRISSET, Fernanda Otoni de. Um dispositivo conector - relato da experiência do PAI-PJ/TJMG, uma política de atenção integral ao louco infrator, em Belo Horizonte. **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 127, abr. 2010. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822010000100016&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 29 out. 2018.

²²² GOIÁS. Sistema Único de Saúde (SUS). Secretaria de Estado da Saúde de Goiás. **Paili – Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator**. Goiás, 5 out. 2017. Disponível em: <<http://www.saude.go.gov.br/?biblioteca=paili-programa-de-atencao-integral-ao-louco-infrator>>. Acesso em: 19 set. 2018.

virtude do rompimento do tratamento aliado ao consumo de drogas. Ainda, a reincidência se dá nos crimes de menor potencial ofensivo.²²³

Assim, os programas acima expostos podem ser vistos como modelos de tratamento ao louco infrator, uma alternativa humanizadora às violações de direitos percebidas até então.

Por todos os aspectos abordados no presente capítulo e nos anteriores, conclui-se que se faz necessária uma adequação da legislação penal para possibilitar que os sujeitos em sofrimento psíquico recebam o tratamento adequado, com os mesmos direitos assegurados aos demais indivíduos portadores de transtorno mental, no intuito de não violar a dignidade, o tratamento isonômico, o direito integral à saúde, e todas as outras garantias asseguradas na Carta Magna e na Lei da Reforma Psiquiátrica.

²²³ COSTA, Lucio. **Uma porta, várias saídas**: análise do processo de reorientação da atenção à saúde mental de pessoas com transtorno mental em conflito com a lei através do programa de atenção integral ao louco infrator (PAILI). 2014. f. 82-83. Dissertação (Mestrado em Ciências Humanas e Biológicas) - Programa de Pós-Graduação em Educação, Centro de Ciências Humanas e Biológicas, Universidade Federal de São Carlos, Sorocaba, 2014. Disponível em: <<https://repositorio.ufscar.br/handle/ufscar/2811>>. Acesso em: 29 out. 2018.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento desta pesquisa possibilitou analisar todo o instituto das medidas de segurança, a partir do estudo de toda legislação atinente, bem como viabilizou compreender acerca dos transtornos mentais que podem comprometer a capacidade de entendimento e autodeterminação dos indivíduos, que será verificado por perícia médica, e perito deverá apontar qual o transtorno mental o indivíduo é portador e qual é a imputabilidade jurídica que esse transtorno causa.

Ao passo que, ao estudar o contexto mundial e nacional do trato dispensado aos ditos loucos, percebemos que a resposta sempre foi a exclusão destes da sociedade, e, ousa-se dizer, a desumanidade como forma de dizimar com a loucura.

Conforme a evolução das leis e da própria civilização, entendeu-se que os inimputáveis não poderiam ser punidos da mesma forma que os indivíduos normais, criando-se mecanismos diferenciados para punição do inimputável.

No Brasil, no auge da ditadura militar, o movimento dos trabalhadores de saúde mental eclodiu, o que trouxe à tona às barbáries cometidas dentro dos sanatórios e manicômios judiciais. Ainda, durante o processo de democratização brasileira, urgiu a necessidade de repensar o modelo de assistência mental, o que foi possível com a criação do Sistema Único de Saúde e da Lei da Reforma Psiquiátrica.

Assim, ao passo que a Lei da Reforma Psiquiátrica traz previsão expressa que se aplica à internação compulsória, entende-se que deve ser aplicada aos indivíduos em medida de segurança e, para tanto, a legislação penal vigente, abordada no primeiro capítulo desta pesquisa, deverá ser repensada para se adaptar nas diretrizes da legislação especial.

A dura crítica realizada quanto ao sistema de periculosidade deve ser considerada, uma vez que se constata que é fundado no temor da sociedade em conviver com o louco, com o medo que o inimputável vai cometer alguma conduta ilícita, o que propicia na segregação desses indivíduos de forma perpétua, violando a Constituição Federal.

Neste sentido, a criação dos programas de assistência ao inimputável, nos estados de Goiás e Minas Gerais, demonstra que, além de serem vistos como alternativas ideais ao atual instituto das medidas de segurança, contrapõem fortemente com o sistema de periculosidade, uma vez que demonstra que o temor e a

segregação dos inimputáveis é injustificável, levando-se em consideração os índices de reincidências, que inexitem nos crimes graves e, nos delitos de menor potencial ofensivo, mostra-se extremamente baixa.

Ressalta-se que, conforme visto ao longo do terceiro capítulo deste estudo, o sistema de medidas de segurança atual viola os direitos humanos dos internos, não passando de uma pena cruel, com tratamentos que beiram à tortura. Não fornece o tratamento adequado, apenas encarcera perpetuamente os loucos infratores sob o véu da periculosidade.

A crítica quanto ao caráter perpétuo das medidas de segurança se justifica por dois motivos: o primeiro pela falta de entendimento pacificado sobre o tempo máximo de duração das medidas de segurança, como percebe-se no primeiro capítulo e na crítica realizada no terceiro capítulo desta pesquisa, e o segundo motivo está relacionado com os inúmeros casos de internos em medida de segurança que possuem o laudo de cessação de periculosidade, mas continuam segregados, consoante se verifica pelo extraído nos relatórios de inspeções, abordados no terceiro capítulo deste estudo.

Ainda, as denúncias realizadas pelo Conselho Federal de Psicologia, Ordem dos Advogados do Brasil, Ministério Público Federal, dentro outros órgãos, empregam a urgência da discussão da adequação da legislação penal, no intuito de impedir que as violações aos direitos humanos perdurem no seio dos Hospitais de Custódia e Tratamento.

Assim, ao estudar os modelos de assistência ao louco infrator, percebe-se que os programas observam as diretrizes da Lei da Reforma Psiquiátrica, humanizam o atendimento ao portador de sofrimento psíquico em conflito com a lei e trazem alternativas ao sistema manicomial atual.

REFERÊNCIAS

- ALEXY, Robert. **Teoria discursiva do direito**. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2015. Livro eletrônico, não paginado.
- ALVES, Carlos Frederico de Oliveira et al. Uma breve história da reforma psiquiátrica. **Neurobiologia**, Recife, v. 72, n. 1, p. 85-96, jan./mar. 2009. Disponível em:
<https://www.researchgate.net/publication/303783165_Uma_breve_historia_da_reforma_psiquiatrica>. Acesso em: 15 maio 2018.
- AMARANTE, Paulo. **Saúde mental e atenção psicossocial**. 4. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.
- AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.
- ARBEX, Daniela. **Holocausto brasileiro**. 9. ed. São Paulo: Geração Editorial, 2014.
- AVENA, Norberto Cláudio Pâncaro. **Execução penal**. 4. ed. São Paulo: Método, 2017.
- AVENA, Norberto Cláudio Pâncaro. **Execução penal**. 4. ed. São Paulo: Método, 2017. Livro eletrônico, não paginado.
- BARROS, Flávio Augusto Monteiro de. **Direito penal**. 9. ed. São Paulo: Saraiva, 2011. p. 503.
- BARROS-BRISSET, Fernanda Otoni de. Um dispositivo conector - relato da experiência do PAI-PJ/TJMG, uma política de atenção integral ao louco infrator, em Belo Horizonte. **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 116-128, abr. 2010. Disponível em:
<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822010000100016&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 29 out. 2018.
- BENFICA, Francisco Silveira. **Medicina legal**. 2. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2012.
- BITENCOURT, Cezar Roberto. **Tratado de direito penal**. 20. ed. São Paulo: Saraiva, 2014.
- BITENCOURT, Cezar Roberto. **Tratado de Direito Penal**. 23. ed. São Paulo: Saraiva, 2017.
- BITTAR, Neusa. **Medicina legal e noções de criminalística**. 6. ed. Salvador: Juspodvm, 2017.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao67.htm>. Acesso em: 30 mar. 2018.

BRASIL. **Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de novembro de 1940.** Código Penal. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848compilado.htm>. Acesso em: 12 set. 2018.

BRASIL. **Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941.** Código de Processo Penal. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del3689Compilado.htm>. Acesso em: 05 maio 2018.

BRASIL. **Lei nº 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. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/LEIS_2001/L10216.htm>. Acesso em: 29 ago. 2018.

BRASIL. **Lei nº 6.001, de 19 de dezembro de 1973.** Dispõe sobre o Estatuto do Índio. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L6001.htm>. Acesso em: 23 out. 2018.

BRASIL. **Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984.** Institui a Lei de Execuções Penais. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7210.htm>. Acesso em: 05 maio 2018.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 12 set. 2018.

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8142.htm>. Acesso em: 12 set. 2018.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **Súmula nº 527.** O tempo de duração da medida de segurança não deve ultrapassar o limite máximo da pena abstratamente cominada ao delito praticado. Disponível em: <<http://www.stj.jus.br/SCON/sumulas/enunciados.jsp?&b=SUMU&p=true&l=10&i=61>>. Acesso em: 05 maio 2018.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Habeas Corpus nº 107432 Rio Grande do Sul.** Primeira Turma. Paciente: Gerson Luiz Volkart. Impetrante: Defensoria Pública da União. Coator: Superior Tribunal de Justiça. Relator: Ministro Ricardo Lewandowski. Brasília, DF, 24 de maio de 2011. Disponível em: <<http://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=1223082>>. Acesso em: 05 maio 2018.

CARVALHO, Salo de. **Penas e medidas de segurança no direito penal brasileiro.** 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2015.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **Referências técnicas para a atuação de psicólogas(os) no CAPS - centro de atenção psicossocial**. Heloiza Helena Mendonça Almeida Massanaro (Org.). Brasília, DF, 2013. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/11/CAPS_05.07.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP); MECANISMO NACIONAL DE PREVENÇÃO E COMBATE À TORTURA; MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL. Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão. **Relatório da inspeção nacional em comunidades terapêuticas - 2017**. 1. ed. Brasília, DF: Conselho Federal de Psicologia (CFP), 2018. Disponível em: <<http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/publicacoes/saude-mental/relatorio-da-inspecao-nacional-em-comunidades-terapeuticas-2017>>. Acesso em: 29 out. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Referências técnicas para a atuação de psicólogas(os) no CAPS - Centro de Atenção Psicossocial**. Heloiza Helena Mendonça Almeida Massanaro (Org.). Brasília, DF: 2013. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/11/CAPS_05.07.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2018.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Resolução nº 113, de 20 abril de 2010**. Dispõe sobre o procedimento relativo à execução de pena privativa de liberdade e de medida de segurança, e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br/atos-normativos?documento=136>>. Acesso em: 19 set. 2018.

CONSELHO NACIONAL DE POLÍTICA CRIMINAL E PENITENCIÁRIA. **Resolução nº 5, de 04 de maio de 2004**. Dispõe a respeito das Diretrizes para o cumprimento das Medidas de Segurança, adequando-as à previsão contida na Lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001. Disponível em: <<http://depen.gov.br/DEPEN/depen/cnppc/resolucoes/2004/resolucao05de04demaiode2004.pdf>>. Acesso em: 19 set. 2018.

COSTA, Augusto César de Farias. Direito, saúde mental e reforma psiquiátrica. In: ARANHA, Márcio Iório; TOJAL, Sebastião Botto de Barros (Org.). **Curso de especialização à distância em direito sanitário para membros do ministério público e da magistratura**. Brasília, DF: Universidade de Brasília; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. Disponível em: <https://www.academia.edu/3029047/Curso_de_Especializa%C3%A7%C3%A3o_a_dist%C3%A2ncia_em_Direito_Sanit%C3%A1rio_para_Membros_do_Minist%C3%A9rio_P%C3%BAblico_e_da_Magistratura_Federal>. Acesso em: 29 out. 2018.

COSTA, Jurandir Freire. **História da psiquiatria no Brasil: um corte ideológico**. 4. ed. Rio de Janeiro: Xenon, 1989.

COSTA, Lucio. **Uma porta, várias saídas: análise do processo de reorientação da atenção à saúde mental de pessoas com transtorno mental em conflito com a lei através do programa de atenção integral ao louco infrator (PAILI)**. 2014. 127 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Humanas e Biológicas) - Programa de Pós-Graduação em Educação, Centro de Ciências Humanas e Biológicas, Universidade Federal de São Carlos, Sorocaba, 2014. Disponível em: <<https://repositorio.ufscar.br/handle/ufscar/2811>>. Acesso em: 29 out. 2018.

CROCE, Delton; CROCE JÚNIOR, Delton. **Manual de medicina legal**. 8. ed. São Paulo: Saraiva, 2012. Livro eletrônico.

DALUL FARIA, Gustavo. A (in) sustentabilidade dos conceitos de inimputabilidade e de periculosidade diante da reforma psiquiátrica. **Revista Constituição e Garantia de Direitos**, Natal, v. 10, n. 1, p. 202-222, 08 out. 2018. Disponível em: <<https://periodicos.ufrn.br/constituicaoegarantiadedireitos/article/view/13469>>. Acesso em: 18 set. 2018.

FERRARI, Eduardo Reale. **Medidas de segurança e direito penal no estado democrático de direito**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2001.

FIGUEIRÊDO, Marianna Lima de Rolemberg et al. Entre loucos e manicômios: história da loucura e a reforma psiquiátrica no Brasil. **Ciências Humanas e Sociais**, Maceió, v. 2, n. 2, p. 121-136, nov. 2014. Disponível em: <<https://periodicos.set.edu.br/index.php/index/search/search>>. Acesso em: 13 set. 2018.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura na idade clássica**. 11. ed. São Paulo: Perspectiva, 2017.

FRANÇA, Genival Veloso de. **Medicina legal**. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017. Livro eletrônico, não paginado.

GOIÁS. Sistema Único de Saúde (SUS). Secretaria de Estado da Saúde de Goiás. **Paili – Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator**. Goiás, 5 out. 2017. Disponível em: <<http://www.saude.go.gov.br/?biblioteca=paili-programa-de-atencao-integral-ao-louco-infrator>>. Acesso em: 19 set. 2018.

GOULART, Maria Stella Brandão. A construção da mudança nas instituições sociais: a reforma psiquiátrica. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, São João del-Rei, v. 1, n. 1-19, p. 1-19, jun. 2006. Disponível em: <https://ufsj.edu.br/portal-repositorio/File/revistalapis/A_Construcao_da_Mudanca_nas_Instituicoes_Sociais..._MSB_Goulart.pdf>. Acesso em: 17 ago. 2018.

GRECO, Rogério. **Curso de direito penal**. 2. ed. Rio de Janeiro: Impetus, 2010.

JACOBINA, Paulo Vasconcelos. Direito penal da loucura: medida de segurança e reforma psiquiátrica. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 5, n. 1. p. 67-85, 02 mar. 2004. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/80889>>. Acesso em: 12 set. 2018.

MATTOS, Virgílio de; OLIVEIRA, Rodrigo Tôres. Apresentação: ausência do direito de ter direitos. In: DINIZ, Maria Aparecida et al. (Org.). **Inspeções aos manicômios: relatório Brasil 2015**. 1. ed. Brasília, DF: Conselho Federal de Psicologia (CFP), 2015. p. 12-19. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2015/12/CFP_Livro_InspManicomios_web1.pdf>. Acesso em: 25 set. 2018.

MELO, Walter. Nise da Silveira e o campo da Saúde Mental (1944-1952): contribuições, embates e transformações. **Mnemosine**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 30-52, 2009. Disponível em: <<http://www.mnemosine.com.br/ojs/index.php/mnemosine/article/view/173>>. Acesso em: 15 ago. 2018.

MIRABETE, Júlio Fabbrini; FABBRINI, Renato Nascimento. **Código penal interpretado**. 8. ed. São Paulo: Atlas, 2013.

MIRABETE, Júlio Fabbrini; FABBRINI, Renato Nascimento. **Manual de direito penal brasileiro**. 10. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Declaração de Caracas**. Adotada pela Organização Mundial de Saúde em Caracas, Venezuela, em 14 de novembro de 1990. Caracas, 1990. Disponível em: <http://www.abrasme.org.br/resources/download/1358516130_ARQUIVO_DeclaracaodeCaracas.pdf>. Acesso em: 17 out. 2018.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). **Demencia**. Ginebra, 2017. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/es/>>. Acesso em: 26 nov. 2017.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). **Distúrbios mentais**. Ginebra, 2017. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/es/>>. Acesso em: 26 nov. 2017.

PACCELI, Eugênio; CALLEGARI, André. **Manual de direito penal**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2017.

PALOMBA, Guido Arturo. **Perícia na psiquiatria forense**. 1. ed. São Paulo: Saraiva, 2016. Livro eletrônico, não paginado.

PALOMBA, Guido Arturo. **Tratado de psiquiatria forense, civil e penal**. São Paulo: Atheneu, 2003.

PAULIN, Luiz Fernando; TURATO, Egberto Ribeiro. Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 241-258, maio/ago. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59702004000200002&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em: 16 ago. 2018.

PRADO, Alessandra Mascarenhas; SCHINDLER, Danilo. A medida de segurança na contramão da Lei de Reforma Psiquiátrica: sobre a dificuldade de garantia do direito à liberdade a pacientes judiciários. **Rev. Direito GV**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 628-652, ago. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-24322017000200628&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 18 set. 2018.

PRADO, Luiz Regis; CARVALHO, Érika Mendes de; CARVALHO, Gisele Mendes de. **Curso de direito penal brasileiro**. 13. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2013.

PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL AO PACIENTE JUDICIÁRIO PORTADOR DE SOFRIMENTO MENTAL (PAI-PJ). **Apresentação**. Belo Horizonte, [2018?].

Disponível em:

<http://ftp.tjmg.jus.br/presidencia/projetonovosrumos/pai_pj/index.html>. Acesso em: 19 set. 2018.

PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL AO PACIENTE JUDICIÁRIO PORTADOR DE SOFRIMENTO MENTAL (PAI-PJ). **Destaques**. Belo Horizonte, [2018?].

Disponível em:

<http://ftp.tjmg.jus.br/presidencia/projetonovosrumos/pai_pj/index.html>. Acesso em: 19 set. 2018.

RIGONATTI, Sérgio Paulo; BARROS, Daniel Martins de. Psiquiatria forense. In: LOUZÃ NETO, Mário Rodrigues et al. (Colab.). **Psiquiatria básica**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007. p. 700-704. Livro eletrônico.

STOCKINGER, Rui Carlos. **Reforma psiquiátrica brasileira**: perspectivas humanistas e existenciais. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

TENÓRIO, Fernando. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 25-59, jan./abr. 2002. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0104-59702002000100003&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 13 set. 2018.

TRIGUEIROS NETO, Arthur da Motta. **Direito penal – parte geral II**. São Paulo: Saraiva, 2012. Livro eletrônico.

ZAFFARONI, Eugenio Raúl; PIERANGELI, José Henrique. **Manual de direito penal brasileiro**. 10. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2013.

ZAFFARONI, Eugenio Raúl; PIERANGELI, José Henrique. **Manual de direito penal brasileiro**. 12. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2018.