

UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO

Escola de Direito, Turismo e Museologia

Departamento de Direito

Ellen Proença Carvalho de Araújo

**SAÚDE MENTAL E DIREITO PENAL:**

**uma análise das medidas de segurança a partir do sistema de saúde mental brasileiro  
e das propostas de combate ao encarceramento em massa no Brasil**

Ouro Preto

2019

Ellen Proença Carvalho de Araújo

**SAÚDE MENTAL E DIREITO PENAL:  
uma análise das medidas de segurança a partir do sistema de saúde mental brasileiro  
e das propostas de combate ao encarceramento em massa no Brasil**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à  
Universidade Federal de Ouro Preto, como  
requisito parcial para obtenção do título de  
Bacharel em Direito.

Orientador: Prof. Dr. André de Abreu Costa.

Área de Concentração: Direito Penal

Ouro Preto

2019



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO  
REITORIA  
ESCOLA DE DIREITO, TURISMO E MUSEOLOGIA  
DEPARTAMENTO DE DIREITO



**FOLHA DE APROVAÇÃO**

**Ellen Proença Carvalho de Araújo**

**SAÚDE MENTAL E DIREITO PENAL:**

**uma análise das medidas de segurança a partir do sistema de saúde mental brasileiro e das propostas de combate ao encarceramento em massa no Brasil**

Membros da banca

André de Abreu Costa - Doutor - UFOP  
Federico Nunes de Matos - Doutor - UFOP  
Edvaldo Costa Pereira Júnior - Mestre - UFOP

Versão final  
Aprovado em 12 de dezembro de 2019

De acordo

Professor Orientador: Dr. André de Abreu Costa



Documento assinado eletronicamente por **Andre de Abreu Costa, PROFESSOR DE MAGISTERIO SUPERIOR**, em 16/12/2019, às 14:43, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [http://sei.ufop.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](http://sei.ufop.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **0028420** e o código CRC **8237A5A7**.

**Referência:** Caso responda este documento, indicar expressamente o Processo nº 23109.204003/2019-26

SEI nº 0028420

R. Diogo de Vasconcelos, 122, - Bairro Pilar Ouro Preto/MG, CEP 35400-000  
Telefone: 3135591545 - www.ufop.br

## RESUMO

Tendo sido articulado conceitualmente para representar a reação a comportamentos voluntários lesivos a bens jurídicos, o Direito Penal parece ter dificuldades em funcionalizar reações a ações e omissões perpetradas por pessoas com transtornos mentais ou do comportamento. Isto porque, tanto na Lei Penal quanto na Teoria do Direito Penal mais comum, existe uma necessidade aparente de separação entre hígidos e não-hígidos, nós e os outros, para que a reação do sistema de justiça penal possa dar-se. E essa reação têm sido as Medidas de Segurança, que se subdividem em dois tipos: medida de segurança de internação e medida de segurança de tratamento ambulatorial. O objetivo principal deste trabalho é comparar a estrutura das medidas de segurança, analisar suas compatibilidades e incompatibilidades, conforme previsto na legislação penal brasileira com a política de saúde mental no Brasil implementada pelo Sistema Único de Saúde, especialmente a partir do movimento Antimanicomial e as propostas contra o encarceramento em massa. No que tange às áreas do conhecimento, a pesquisa teve aspecto multidisciplinar, uma vez que conjugou Direito Penal e o Direito Civil com os aspectos sociológicos de sua aplicação, e as influências do contexto social na política do sistema penal como um todo e aplicação da Medida de Segurança pós influência do Estatuto da Pessoas com Deficiência. Após a pesquisa, o que foi possível constatar é a inaplicação das medidas desencarceradoras com relação ao indivíduo em cumprimento de medida de segurança visto que o tratamento dado os loucos criminosos, de forma geral, excluem as medidas que propõem um tratamento humanitário e mais centralizado de aplicação das diretrizes da reforma psiquiátrica. Por este motivo, as medidas de segurança mesmo após a reforma psiquiátrica, propõem tratamentos a cessação da periculosidade social da mesma forma que aplicado antes da reforma psiquiátrica, sem previsão de permanência máxima nas instituições. Contudo, verifica-se, ainda que timidamente, a aplicação de conceitos que interdisciplinaram o Direito Penal e Direito Civil.

**Palavras chave:** Medida de Segurança. Capacidade Civil. Inimputabilidade. Reforma Psiquiátrica. Movimento Antimanicomial.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

CP	Código Penal
SUS	Sistema Único de Saúde
STJ	Superior Tribunal de Justiça

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>6</b>
<b>2 ANÁLISE DO INSTITUTO MEDIDA DE SEGURANÇA .....</b>	<b>8</b>
2.1 Distinção da Medida de Segurança com a pena .....	9
2.2 Espécies de Medida de Segurança e Sistema de Aplicação .....	11
2.3 Tempo de duração da Medida de Segurança.....	14
2.4 Análise do encarceramento nos Hospitais Psiquiátricos Judiciários.....	17
<b>3 MEDIDA DE SEGURANÇA E INIMPUTABILIDADE: UMA ANÁLISE A PARTIR DO CONCEITO DE CAPACIDADE CIVIL E DE INIMPUTABILIDADE .....</b>	<b>21</b>
3.1 Capacidade Civil .....	21
3.2 Inimputabilidade .....	22
3.3 Análise da Medida de Segurança e sua aplicação pós Estatuto da Pessoa com Deficiência .....	23
<b>4 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, REFORMA PSIQUIÁTRICA, MOVIMENTO ANTIMANICOMIAL E SEUS IMPACTOS NA MEDIDA DE SEGURANÇA .....</b>	<b>26</b>
4.1 Medida de Segurança, SUS e Reforma Psiquiátrica no Brasil .....	28
4.2 Efeitos da Reforma Psiquiátrica no cumprimento da Medida de Segurança	32
<b>5 CONCLUSÕES .....</b>	<b>38</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>41</b>

## 1 INTRODUÇÃO

As medidas de segurança, evidentemente, constituem providência de natureza penal, aplicada por sentença, em decorrência de um injusto penal, fazendo com que ela apenas caiba onde pudesse caber pena, caso o agente fosse imputável. A aplicação da medida de segurança não pode ter fins preventivos, pelos argumentos expostos neste texto, e tem, apenas, fundamento utilitário, vez que se dirige, certamente, a uma tentativa de impedir a repetição de atos lesivos por inimputável perigoso, através de procedimento terapêutico. Percebe-se, pois, que a medida de segurança, pretende, de alguma forma, impedir que o sentenciado considerado inimputável em razão de doença mental ou de desenvolvimento mental incompleto ou retardado, desde que maior, possa representar um risco a si e aos que o cercam.

Tomando a sistematização do Código Penal como referência, são duas as espécies de medidas de segurança previstas: a internação em hospital de custódia e tratamento e o tratamento ambulatorial. Costuma a doutrina chamá-las, respectivamente, de medida de segurança detentiva e medida de segurança restritiva<sup>1</sup>. A medida de segurança detentiva consiste na internação do sentenciado em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico – ou outro estabelecimento adequado – em que, sob cuidados adequados, possa-se evitar que o sentenciado represente perigo para si e para os outros. É evidente a finalidade segregadora e anulatória de tal providência.

Essa alteração no modelo de atenção à saúde mental do SUS é frontalmente contrário àquele polarizado do Direito Penal brasileiro, que só conhece internação e tratamento ambulatorial. O sistema de atenção, hoje, é composto por muitas outras formas de cuidado com o paciente portador de transtorno mental, visando, cada vez mais, à desinstitucionalização e à atenção integral ao paciente. Por tal motivo, a sistematização do Código Penal está em confronto direto com as diretrizes propostas pela Reforma Psiquiátrica encampada pela lei de projeto de Paulo Delgado e pela desinstitucionalização progressiva apoiada pelo movimento Antimanicomial. Assim, de forma a responder tal questionamento, pesquisou-se as bases do

---

<sup>1</sup> Embora haja alguma divergência doutrinária, assumimos que as medidas de segurança são apenas de duas espécies: internação e tratamento ambulatorial. Há autores que propõem uma divisão em quatro. Além dessas duas, falam da medida de segurança *substitutiva* da pena para os semi-imputáveis e das medidas de segurança *por conversão*, aplicadas em decorrência de superveniência de doença mental, na forma do art. 183, da Lei de Execução Penal. Preferimos a divisão bipartida em razão do critério utilizado para a classificação. Como *tipos* de cumprimento da medida de segurança, só há a *internação* e o *tratamento ambulatorial*, que podem ser *aplicadas* originalmente, na sentença absolutória imprópria dos inimputáveis; na sentença condenatória dos semi-imputáveis perigosos, por substituição à pena privativa de liberdade; ou, enfim, por conversão da pena privativa de liberdade, no caso de doença mental superveniente e estável. Entendemos que classificar em quatro *espécies* seria utilizar critérios diferentes para produzir essa classificação.

movimento Antimanicomial, reforma psiquiátrica e as próprias diretrizes da Medida de Segurança através de pesquisa bibliográfica, com o objetivo de comparar o tratamento a pessoa com transtornos mentais antes e após o Movimento Antimanicomial e os possíveis impactos do Estatuto da Pessoa com Deficiência. Ainda, ao tomar a sistematização do Código Civil brasileiro, foi possível comparar as definições de capacidade dadas pelo próprio direito anterior e posteriormente a edição do Estatuto de forma a relacioná-lo com o conceito utilizado pelo Direito Penal para a definição da inimputabilidade penal.

Utilizamos, por fim, de forma a efetivar esta pesquisa, levantamento bibliográfico atinente ao tema da Medida de Segurança e suas diretrizes básicas, bem como sua aplicação desde 1984. Ainda, pretendeu-se levantar a legislação, a literatura e as propostas sanitárias relacionadas à saúde mental, no Brasil, de forma a compreender sua interlocução com a seara jurídica, a fim de encontrar compatibilidades e incompatibilidades com as propostas de desencarceramento.



## 2 ANÁLISE DO INSTITUTO MEDIDA DE SEGURANÇA

A medida de segurança é uma consequência imposta aos agentes que, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, eram, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapazes de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento (art. 26, caput, Código Penal). Logo, esses agentes são isentos de pena, sendo uma das causas de exclusão da culpabilidade.

A causa de exclusão da culpabilidade não descaracteriza o fato como sendo típico e ilícito, mas dadas as condições do agente ao tempo da ação não é possível a imposição de pena, por faltar um dos requisitos da culpabilidade: a capacidade psíquica de ser sujeito de reprovação que é composta por compreender o caráter ilícito do ato que estão praticando e adequar a sua conduta de acordo com essa compreensão. Considera ainda que, sendo ainda classificado como crime, a imposição de pena não caberia nesse sentido: trata-se de uma absolvição *sui generis*, pois apesar de absolvido, o sujeito ainda será submetido ao cumprimento da medida de segurança (CARVALHO; WEIGERT, 2013), que apesar de ser uma medida excepcional, ainda é uma medida encarceradora que permanece após a Reforma Psiquiátrica.

A classificação ou não como sujeito imputável e inimputável decorre da constatação da capacidade dos sujeitos de entenderem e compreenderem as consequências jurídicas da sua conduta, e em razão dessa concepção e racionalização prévia, optar ou não pela realização desse ilícito. Essa concepção de liberdade de cognoscência será o meio que a atribuição ou não de culpabilidade se dará. (CARVALHO, WEIGERT, 2013).

O instituto tratado tem função explícita nas palavras de Eduardo Reale (2001): “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” (REALE, 2001, p. 15). É necessário, para que se dê a aplicação da Medida de Segurança, que haja uma conduta ilícita típica, em que caiba a pena, que não se constitui como crime em razão da sua falta de capacidade no momento do crime e como consequência a exclusão da culpabilidade do agente. Logo, prende-se ao fato dessa medida de segurança ter como base uma noção mais preventiva, em seu sentido negativo e positivo. Podemos dizer que a prevenção geral “está baseada na pressuposição de que punir um criminoso irá influenciar outros a não cometer o mesmo crime” (FLETCHER, 1998, p. 30). Essa ideia da prevenção geral tende a falhar quando se fala dos inimputáveis, uma vez que eles não possuem grau de discernimento suficiente para se atentarem de que aquela conduta praticada vai de encontro com as regras normativas do Código Penal.

Analisando-se detidamente a ideia de prevenção geral é possível encontrar duas vertentes: a prevenção geral positiva e a prevenção geral negativa. No caso da prevenção geral positiva, tem-se quatro pilares, a saber:

A ressocialização do criminoso e a intimidação geral por meio do empoderamento das normas fundamentais, justiça criminal como forma de representação pública, justiça do caso concreto refletindo as características, e justiça funcionando a partir de uma assunção de postura normativa. (COSTA, 2018, p. 102).

E nela, atua-se com o intuito de proteção do bem jurídico relevante, ou seja, a sanção penal quando esse é lesado deve ser obrigatória. É o que acontece nos casos das medidas de segurança, sendo esta aplicada de forma a sancionar o inimputável que praticou um ilícito-típico mas que em razão de sua condição não pode ser punido de acordo com a forma de sanção do tipo pena.

Já a prevenção geral negativa funciona como uma forma de fazer com que os autores de delitos em potenciais, diante da intimidação da pena, não cometam seus atos. Nesse sentido não é possível se falar em prevenção geral negativa, uma vez que os doentes não têm discernimento para agir conforme o direito e uma sanção que tenda a fazê-lo agir conforme o direito não surtiria efeitos. Logo, seria ineficaz. É necessário, ainda, atentar-se para a função da medida de segurança,

A gênese da medida de segurança surgiu em face da necessidade de segregar os incorrigíveis; verificando-se que a pena tinha pouca ou nenhuma eficácia perante os incorrigíveis, elegeram, na medida de segurança, a sanção legitimadora ao fim de proteção e de inocuização, segregando o indivíduo por critério de prevenção. (FERRARI, 2001, p. 62).

E lembrar que não é possível aplicar-se a prevenção especial no caso dos inimputáveis. De acordo com Fletcher (1998), “a prevenção especial significa que o criminoso condenado será dissuadido de futuros crimes, depois de sua soltura” (FLETCHER, 1998, p. 30). Como o inimputável, assim como dito acima para a prevenção geral negativa, não possui discernimento suficiente para agir conforme o direito, o sentido da prevenção especial não cabe como forma de finalidade da medida de segurança.

## **2.1 Distinção da Medida de Segurança com a pena**

A medida de segurança, instituto previsto no Código Penal Brasileiro, é espécie de sanção penal, assim como a pena (COSTA, 2018). Diante disto, as duas são consequências de um ilícito penal praticado e partilham da mesma natureza, cabendo onde houver a possível imposição de uma sanção penal.

Conforme preceitua André Costa em seu livro “Penas e Medidas de Segurança”,

[...] as medidas e seguranças e as penas partilhariam da mesma natureza em razão de terem o mesmo fundamento – a prática de um ilícito típico – e de terem, de certa forma, finalidade semelhante, já que, ao menos do ponto de vista preventivo, se dirigiam a evitar o acontecimento de outros atos semelhantes por parte do sentenciado-inimputável. (COSTA, 2018, p. 491).

A aplicação da medida de segurança é a resposta do direito penal ao ilícitos-típicos cometidos por pessoas que já atingiram a maioridade, mas não tem discernimento ou o apresentam de forma diminuída, tornando-se quase impossível para este agente compreender o caráter ilícito daqueles atos que estão sendo praticados.

Apenas com a promulgação do Código Penal de 1940 instituiu-se definitivamente a sistematização das medidas de segurança no Brasil. Com sua codificação, adotou-se o sistema do duplo binário, vindo a medida de segurança a ser normatizada ao lado da pena tendo ora o fim de complementa-la, quando relacionada aos responsáveis, ora objetivo de substituí-la, quando da aplicação aos irresponsáveis. A medida de segurança tinha, como pressupostos cumulativos, a prática de fato previsto como crime: bem como a periculosidade do agente (art. 76); impunha-se quer ao inimputável quer ao imputável, este submetido a medida de tratamento após cumprimento da pena diminuída. (FERRARI, 2001, p. 34).

Mesmo assim, esses dois institutos guardam semelhanças, como citadas:

Tanto a pena como a medida de segurança visam corrigir, reeducar, transformar o indivíduo, curar, ajustá-lo à vida em sociedade. Ambas são aplicadas pelo juiz, como consequência de um ato criminoso, e ambas guardam relação com o grau de ameaça do delinqüente à ordem social; ambas visam proteger o indivíduo da vingança e prevenir a reincidência criminal. (PERES; NERY FILHO, 2002, p. 12).

Mas também se limitam a isso. As distinções são mais importantes e por isso caracterizam cada instituto da melhor forma possível, sejam elas: a pena pressupõe culpabilidade; a medida de segurança, periculosidade. A pena tem seus limites mínimo e máximo predeterminados (CP, arts. 53, 54, 55, 58 e 75); a medida de segurança tem um prazo mínimo de 1 (um) a 3 (três) anos, porém o máximo da duração é indeterminado, perdurando a sua aplicação enquanto não for averiguada a cessação da periculosidade (CP, art. 97, §1º). A pena exige a individualização, atendendo às condições pessoais do agente e às circunstâncias do fato (CP, arts. 59 e 60); a medida de segurança é generalizada à situação de periculosidade do agente, limitando-se a duas únicas espécies (internação e tratamento ambulatorial), conforme determinado pelo art. 96 do Código Penal. A pena quer retribuir e o mal causado e prevenir outro futuro; as medidas de segurança são meramente preventivas. A pena é aplicada aos imputáveis e semi-imputáveis; a medida de segurança não se aplica aos imputáveis. A pena não previne, não cura, não defende, não trata, não ressocializa, não reabilita: apenas pune o agente.

Por fim, é possível identificar essa disparidade entre uma e outra por meio da culpabilidade da conduta praticada, como no caso da medida de segurança, em que a culpabilidade é excluída e o fim da sanção aplicada a esta. Sendo assim, podemos afirmar que a medida de segurança é aplicável as condutas que são típicas-ilícitas mas não podem ser consideradas culpáveis, visto que, o agente que praticou essa conduta não era inteiramente capaz de compreender o seu caráter ilícito daquele ato, enquanto a pena é aplicada aos imputáveis, pessoas que deveriam agir conforme aos padrões do direito mas escolhem agir de forma diferente.

## **2.2 Espécies de Medida de Segurança e Sistema de Aplicação**

Com a reforma da parte geral do Código Penal pela lei 7.290/84, o sistema duplo binário que formulava uma combinação da pena com a medida de segurança aplicadas cumulativamente deu lugar ao sistema vicariante em que a medida de segurança tem função de substituição a pena, não mais de acessório como proposto pelo sistema duplo binário. Essa mudança tem base na diferenciação de função entre a pena e a medida de segurança.

Conforme o Código Penal em seu artigo 26, “é isento de pena o agente que, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento” (BRASIL, 1984). Esses indivíduos a quem são aplicadas as medidas de segurança são chamados de inimputáveis, ou seja, aqueles que não têm capacidade para serem destinatários da lei penal.

Essa incapacidade pode se dividir em duas vertentes: a incapacidade por desenvolvimento mental ligada a idade e a higidez mental que é ligada aos transtornos mentais. Logo, limitando-se ao objeto desse estudo, “a doença mental é o elemento definidor indispensável para a inimputabilidade e pressupõe, conforme a psicologia, um conceito do que é normal e do que é patológico” (COSTA, 2016, p. 445). No instituto citado, a periculosidade dos inimputáveis era presumida até a reforma do Código Penal de 1984. Atualmente, a periculosidade tem que ser comprovada por laudo médico no curso do processo na apresentação de provas e para o caso dos inimputáveis de forma geral é presumida. Desse modo,

A temibilidade implicava a perversidade constante do delinquente, bem como a quantidade de mal previsto que se deveria recear por parte do indivíduo perigoso, configurando-se a medida de segurança como seu instrumento de contenção. A temibilidade era a justificativa para a imposição do tratamento. Se justificava os fins de proteção social e tratamento, alcançando a eficácia com a obstrução de novos delitos. (FERRARI, 2001, p. 22-23).

Assim como é possível ver que a periculosidade era usada com a função higienista de limpeza social durante décadas,

No início, o conceito de periculosidade aplicava-se também a indivíduos que entravam em conflito com a lei, sem necessariamente apresentarem transtornos mentais. No Brasil, tal situação persistiu até a Reforma da Parte Geral do Código Penal em 1984. À ocasião, de modo a refletir o preconceito contra os doentes mentais, apenas estes permaneceram como sendo “perigosos” aos olhos da lei, podendo ser submetidos ao expediente da medida de segurança. Os ditos “criminosos comuns” deixaram de ser considerados “perigosos” com a referida Reforma de 1984. (COHEN, 2013, p. 14).

No caso do inimputável, como dito previamente a periculosidade também é presumida e também constatada nas provas e serve para a determinação de qual espécie de medida de segurança será aplicada. Já no caso do semi-imputável, aquele que embora apresente um transtorno mental, mas com grau de discernimento que o possibilite entender o caráter ilícito do fato, este não se enquadra no conceito de totalmente inimputável e a periculosidade desse sujeito deverá ser ainda investigada pelo juiz, não bastando o laudo médico apresentado no processo. No caso do semi-inimputável, a periculosidade é o que determina se haverá a aplicação de pena com redução ou a medida de segurança, e assim como o critério de periculosidade dos inimputáveis, a espécie de medida de segurança a ser aplicada.

Aos semi-imputáveis, previstos no parágrafo único do art. 26, confiam-se como agentes que, em virtude de perturbação de saúde mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, não possuem – ao tempo da ação ou da omissão a inteira capacidade de entender caráter ilícito do fato ou de determinarem-se de acordo com esse entendimento. (FERRARI, 2001, p. 39-40).

Levando em consideração o critério da periculosidade é que se pode definir qual a medida de segurança. No ordenamento penal brasileiro são de duas espécies: a primeira possibilidade é a de internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico de acordo com o artigo 96<sup>2</sup>, I, Código Penal. É o modelo de internação compulsória, conhecida como medida de segurança detentiva que se realiza nos manicômios judiciários. “A medida de segurança privativa consiste em medida aflitiva aplicável geralmente aos doentes mentais que praticaram um ilícito-típico cominado com pena de reclusão” (FERRARI, 2001, p. 84).

André Costa, tece ainda, uma crítica corroborada com a fala de Salo de Carvalho que se encontra bastante pertinente ao tema,

A providência da internação de inimputável que comete um injusto penal caminha no sentido contrário da reforma antimanicomial nacional, cujo preceito fundamental se

---

<sup>2</sup> Art. 96. As medidas de segurança são: I - Internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou, à falta, em outro estabelecimento adequado; II - sujeição a tratamento ambulatorial. Parágrafo único - Extinta a punibilidade, não se impõe medida de segurança nem subsiste a que tenha sido imposta. (BRASIL, 1984).

encontra no art. 4 da lei 10.216/01 propondo que a internação “em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes. (COSTA, 2016, p. 459).

E a segunda espécie é conhecida como tratamento ambulatorial também chamada de restritiva, ou seja, aquela que submete o paciente ao tratamento ambulatorial exposto no artigo 96, II, Código Penal, cumprindo-lhe comparecer ao hospital nos dias que lhe forem determinados pelo médico, a fim de ser submetido à terapêutica.

O tratamento ambulatorial consiste numa modalidade de medida de segurança criminal pessoal destinada aos delinquentes menos perigosos e que praticaram ilícitos não tão gravosos, havendo um paralelismo com a medida restritiva de direito. Apesar de ser uma medida alternativa ao internamento, nossa legislação penal - a nosso ver de forma equivocada - não fomentou a criação de meios abertos ao tratamento, não estimulando as medidas progressivas ou a criação de ambulatórios privados. (FERRARI, 2001, p. 86).

Usa-se, ainda, como critério para a eleição do tipo de medida de segurança também o tipo de pena aplicada, caso fosse imputável. Se a pena aplicada for a de reclusão, aplica-se a medida de segurança considerada mais grave que é a de internação em hospital psiquiátrico, a medida privativa de liberdade, o encarceramento. De outro lado, se for considerada uma infração de menor potencial ofensivo, ressalta-se a doutrina que o juiz pode aplicar o tratamento ambulatorial, que é a medida restritiva de direitos. Esse critério adotado em juízo coloca de lado a periculosidade do agente, levando-se a contradição com a doutrina de que além da gravidade da infração deverá se alocar a periculosidade do agente como critério eletivo dessa punição aplicada ao inimputável.

Os hospitais para loucos infratores resistiram à Reforma Psiquiátrica; alguns foram, inclusive, inaugurados após a Lei 10.216 de 2001, ocasião em que houve uma reorientação do cuidado da loucura — do modelo asilar para o ambulatorial (Brasil, 2001). Ainda há pessoas internadas em regime de abandono perpétuo: trinta anos é o limite da pena a ser imposta pelo Estado aos indivíduos imputáveis, segundo decisão do Supremo Tribunal Federal (Brasil, 2005). Entretanto, o censo encontrou dezoito indivíduos internados em hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico há mais de trinta anos. Jovens, eles atravessaram os muros de um dos regimes mais cruéis de apartação social. Idosos, eles agora esperam que o Estado os corporifique para além dos números aqui apresentados e reconheça-os como indivíduos singulares com necessidades existenciais ignoradas em vários domínios da vida. (DINIZ, 2011, p. 13).

E logo é possível ver que esses dispositivos estimulam a cultura do encarceramento para solução de problemas relacionados ao cometimento de atos ilícitos cabendo até para aqueles que possuem transtornos mentais. Nas palavras de Alessandra Mascarenhas e Danilo Schindler (2017),

[...] reforça a exclusão social dessas pessoas, porque, assim como a pena privativa de liberdade, a internação compulsória em instituições totais não favorece mudanças positivas em relação ao indivíduo nem em relação ao contexto que o rodeia, mas

acarreta um processo de “desculturação” (MASCARENHAS; SCHINDLER, 2017, p. 633).

Também caminha de forma contrária ao chamado movimento “antimanicomial”. Cabe ao Magistrado, no caso concreto, após verificar a natureza do crime cometido, o potencial de periculosidade do réu e o grau da psicopatia, auferir qual das duas modalidades de medida de segurança é a mais adequada ao inimputável. No entanto, apenas deverá optar pela medida drástica de internação quando o quadro clínico e suas manifestações psicopatológicas exigirem.

### **2.3 Tempo de duração da Medida de Segurança**

No caso da imposição do instituto da medida de segurança, a sentença aplicada pelo juiz que determina a Medida de Segurança é chamada de sentença absolutória imprópria, uma vez que a exclusão da culpabilidade não irá implicar na extinção da punição da conduta do inimputável ou semi-imputável, fazendo com que haja a sentença, mas que esta não extinga a existência do crime e sim a culpabilidade da conduta do agente

Levando em consideração os institutos do direito penal quanto a duração da sanção no tempo, é possível afirmar que a medida de segurança entraria como causa extintiva da punibilidade por ser concedida através de sentença absolutória, mesmo que impropria. Por esse motivo, assim como afirmado acima, a medida de segurança só seria cabível aos casos em que se fosse possível aplicar a pena, salvo por essa condição de inimputabilidade do agente.

Dessa forma, caso fosse possível incidir alguma das causas de extinção da punibilidade<sup>3</sup>, o agente não sofrerá a sanção pelo que preceitua tal instituto. Dentro das diversas causas extintivas da punibilidade previstas no artigo 107 do Código Penal em seu rol exemplificativo, está a prescrição, sendo ela a mais polêmica em sua aplicação na medida de segurança.

O instituto da prescrição se baseia na quantidade de pena cominada ou imposta (dependendo do tipo de prescrição) ao tipo de delito cometido que, com base no artigo 109<sup>4</sup>

---

<sup>3</sup> Art. 107 - Extingue-se a punibilidade: I - pela morte do agente; II - pela anistia, graça ou indulto; III - pela retroatividade de lei que não mais considera o fato como criminoso; IV - pela prescrição, decadência ou preempção; V - pela renúncia do direito de queixa ou pelo perdão aceito, nos crimes de ação privada; VI - pela retratação do agente, nos casos em que a lei a admite; IX - pelo perdão judicial, nos casos previstos em lei.

Art. 98 - Na hipótese do parágrafo único do art. 26 deste Código e necessitando o condenado de especial tratamento curativo, a pena privativa de liberdade pode ser substituída pela internação, ou tratamento ambulatorial, pelo prazo mínimo de 1 (um) a 3 (três) anos, nos termos do artigo anterior e respectivos §§ 1º a 4º. (Redação dada pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984).

<sup>4</sup> Art. 109. A prescrição, antes de transitar em julgado a sentença final, salvo o disposto no § 1º do art. 110 deste Código, regula-se pelo máximo da pena privativa de liberdade cominada ao crime, verificando-se: (Redação dada pela Lei nº 12.234, de 2010). I - em vinte anos, se o máximo da pena é superior a doze; II - em dezesseis anos, se o máximo da pena é superior a oito anos e não excede a doze; III - em doze anos, se o máximo da pena é superior a quatro anos e não excede a oito; IV - em oito anos, se o máximo da pena é superior a dois anos e não excede a quatro; V - em quatro anos, se o máximo da pena é igual

determinará qual será o tempo em que a punição daquele delito será viável. Contudo, na medida de segurança esse cálculo não acontece, uma vez que a medida de segurança não é pena.

Há inúmeras divergências entre os tribunais, mas o Superior Tribunal Federal, recentemente, afirmou o posicionamento de que “a prescrição da pretensão punitiva se regula, tal como nos crimes, na forma do art. 109 do CP, pelo máximo da pena privativa de liberdade abstratamente cominada para o delito atribuído” (COSTA, 2016, p. 455). No caso da pretensão executória, que é a executada com base na pena concretamente aplicada, diz-se coerente a aplicação com o limite máximo de 30 anos, em conforme com as garantias constitucionais.

Entretanto, o Superior Tribunal de Justiça apresenta um posicionamento divergente baseado na ideia de que tanto a prescrição da pretensão punitiva quanto a prescrição da pretensão executória com o mesmo padrão da contagem de prazo, ou seja, o máximo de pena abstratamente cominada.

Seguem os posicionamentos,

PENAL. RECURSO ESPECIAL. HOMICÍDIO QUALIFICADO. PACIENTE INIMPUTÁVEL. SENTENÇA ABSOLUTÓRIA IMPRÓPRIA. IMPOSIÇÃO DE MEDIDA DE SEGURANÇA. INTERNAÇÃO HÁ MAIS DE 40 ANOS. PRESCRIÇÃO DA PRETENSÃO EXECUTÓRIA. NÃO-OCORRÊNCIA. TEMPO DE CUMPRIMENTO DA MEDIDA REGULADO PELO MÁXIMO DA PENA ABSTRATAMENTE COMINADA AO DELITO. RECURSO PARCIALMENTE PROVIDO. 1. "A medida de segurança se insere no gênero sanção penal, do qual figura como espécie, ao lado da pena. Por tal razão, o Código Penal não necessita dispor especificamente sobre a prescrição no caso de aplicação exclusiva de medida de segurança ao acusado inimputável, aplicando-se, assim, nestes casos, a regra inserta no art. 109, do Código Penal" (HC 41.744/SP). 2. Somente haverá prescrição da pretensão executória se, entre o trânsito em julgado (para a acusação) da sentença absolutória imprópria e o início de cumprimento da medida de segurança, transcorrer prazo superior ao tempo previsto no art. 109 do CP, considerada a pena máxima cominada ao crime praticado. 3. O tempo de cumprimento da medida de segurança não poderá superar a data do reconhecimento do fim da periculosidade do agente, bem como, independentemente da cessação da periculosidade, não poderá ultrapassar o limite máximo da pena abstratamente cominada ao crime praticado nem poderá ser superior a 30 anos. Precedente do STJ. 5. Recurso parcialmente provido para reconhecer a não-ocorrência da prescrição da pretensão executória, declarando-se, porém, o término do cumprimento da medida de segurança. (STJ - REsp: 1103071 RS 2008/0247227-0, Relator: Ministro ARNALDO ESTEVES LIMA, Data de Julgamento: 02/03/2010, T5 - QUINTA TURMA, Data de Publicação: DJe 29/03/2010).

Como citado alguns parágrafos acima, a legislação brasileira atualmente não estabelece um prazo máximo de duração das medidas de segurança, condicionando-as a cessação da periculosidade do indivíduo. Nas palavras de Eduardo Reale (2001),

---

a um ano ou, sendo superior, não excede a dois; VI - em 3 (três) anos, se o máximo da pena é inferior a 1 (um) ano. (Redação dada pela Lei nº 12.234, de 2010).



De acordo com o disposto no § 1 do art. 97 do Código Penal de 1984, a medida de segurança criminal será por tempo indeterminado, perdurando enquanto persistir o estado de periculosidade. Constitui verdadeira omissão em nossa legislação penal, não existindo nenhuma referência a expressão primeiro internamento e muito menos ao termo prorrogado, figurando imprescindível estabelecerem-se limites máximos de duração as medidas de segurança criminais, não podendo ultrapassar as balizas superiores as das penas abstratamente cominadas aos ilícitos-típicos realizados. (REALE, 2001, p. 196).

É possível dizer, embasando-se no princípio da legalidade estrita, que a não previsão de um limite máximo para as medidas de segurança é inconstitucional. Seria coerente fixar um tempo de duração a medida de segurança: o sujeito é portador de uma doença que o torna perigoso e a duração do tratamento será conforme a resposta que este mesmo indivíduo apresentar conforme o tratamento. Contudo, mesmo que seja estabelecido uma duração mínima, abrem-se as portas para a perpetuidade do tratamento, violando, portanto, os direitos e garantias fundamentais (WEIGERT, 2015). Esse posicionamento é coadunado pelos superiores tribunais, e pela maior parte da doutrina. Segundo André Costa, “a indeterminabilidade é plenamente inconstitucional, por violar a garantia das limitações da pena e a vedação das penas de caráter perpétuo” (COSTA, 2016, p. 469).

Analisando as semelhanças entre as penas e a medida de segurança, é possível propor uma limitação com base na duração máxima das penas, que atualmente é de 30 anos. Corrobora com essa tese o Supremo Tribunal de Justiça como mostrado abaixo:

EXECUÇÃO PENAL. HABEAS CORPUS. (1) IMPETRAÇÃO SUBSTITUTIVA. IMPROPRIEDADE DA VIA ELEITA. (2) EXECUÇÃO. MEDIDA DE SEGURANÇA. INDULTO. INDEFERIMENTO DA BENESSE. REQUISITOS NÃO ESTABELECIDOS NO DECRETO PRESIDENCIAL. AUSÊNCIA DE PREVISÃO LEGAL. (3) LIMITE DE DURAÇÃO DA MEDIDA. PENA MÁXIMA COMINADA IN ABSTRATO AO DELITO COMETIDO. ILEGALIDADE MANIFESTA. (4) WRIT NÃO CONHECIDO. ORDEM CONCEDIDA DE OFÍCIO. 3. O limite máximo de duração de uma medida de segurança deve ser o máximo da pena abstratamente cominada ao delito cometido. 4. Writ não conhecido. Ordem concedida de ofício para declarar extinta a medida de segurança aplicada em desfavor do paciente, em razão de seu integral cumprimento. (STJ - HC: 263655 SP 2013/0011527-5, Relator: Ministra MARIA THEREZA DE ASSIS MOURA, Data de Julgamento: 04/02/2014, T6 - SEXTA TURMA, Data de Publicação: DJe 18/02/2014).

De acordo com os posicionamentos supracitados e corroborando o entendimento de que as sanções não podem ter caráter perpétuo, poderia ajustar-se a duração da pena de forma proporcional a medida de segurança, de acordo com a proposição dessa sanção: se fosse de reclusão, uma pena e medida de segurança correspondente, caso fosse detenção, uma pena e outra medida de segurança correspondente.

Outro modo proposto por grande parte da doutrina, seria ajustar a medida de segurança de acordo com a quantidade de pena abstratamente cominada para o delito que esse inimputável

cometeu. O próprio STJ, na súmula 527 propôs que: “o tempo de duração da medida de segurança não deve ultrapassar o limite máximo da pena abstratamente cominada ao delito praticado”. E por último, o critério da pena substituída ao semi-imputável perigoso de acordo com o artigo 98 do Código Penal sendo aplicada a medida de segurança em substituição a pena privativa de liberdade, tendo essa medida a duração máxima da pena (que se fosse aplicada) teria.

Existe ainda, na atual legislação introduzida pela reforma da parte geral o limite mínimo de duração fixado no artigo 97, parágrafo primeiro que diz que “terá prazo mínimo de duração de um a três anos, cabendo ao juiz, na sentença absolutória imprópria, fixar os limites”. Logo, de acordo com o proposto é possível inferir que, o juiz, discricionariamente, poderá fixar dentro desse prazo o limite para a realização desse primeiro exame de cessação da periculosidade, que em tese, será realizado. Nas palavras de Débora Diniz (2011),

A medida de segurança se estende até que a periculosidade do indivíduo seja considerada cessada por perícia psiquiátrica. Após declarada a cessação da periculosidade, a pessoa internada em medida de segurança recebe a sentença de desinternação condicional. A desinternação condicional tem o prazo de doze meses e, após esse período, caso não haja intercorrência que leve o indivíduo à reinternação em ECTP, a medida de segurança é considerada extinta. Em algumas unidades, há a concessão da alta progressiva ou desinternação progressiva, um benefício judicial às pessoas internadas em medida de segurança. As pessoas que recebem o benefício da desinternação progressiva têm direito a saídas esporádicas do ECTP e a visitas familiares por períodos pré-determinados, sendo acompanhadas por equipes terapêuticas dos estabelecimentos. (DINIZ, 2011, p.30-31).

Dessa forma, levando em consideração o princípio da legalidade, sendo instituto basilar do Direito Penal, é possível afirmar que diferentemente da pena que tem uma série de regras quando de sua execução, em relação às medidas de segurança não se tem uma referência na legislação e nem mesmo na Constituição Federal. Enquanto a pena tem um prazo certo e determinado e há a previsão de progressão de regime e prescrição do delito, em relação às medidas não se previu nada disso, dando espaço a um possível descaso quanto aos pacientes dessa medida e provocando o possível abandono destes. Nesse caso, cabe a jurisprudência atual decidir sobre o assunto.

#### **2.4 Análise do encarceramento nos Hospitais Psiquiátricos Judiciários**

Para entendermos melhor o fenômeno do encarceramento em massa, é necessário ter em conta alguns dados. De acordo com o Censo publicado por Débora Diniz, é possível afirmar que em 2011, no Brasil havia 23 Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (ECTPs) e 3 Alas de Tratamento Psiquiátrico localizadas em presídios ou penitenciárias. “Havia uma

concentração de estabelecimentos nas regiões Sudeste e Nordeste, com 38% (10) dos ECTPs no sudeste e 31% (8) no Nordeste. Na Região Sul, havia 12% (3) dos ECTPs. Na Região Norte, havia 12% (3) dos estabelecimentos, e a Região Centro-Oeste possuía 8% (2) dos estabelecimentos”. Os estados de Acre, Amapá, Goiás, Maranhão, Mato Grosso do Sul, Roraima e Tocantins não possuíam hospitais de custódia em 2011. Nesses casos, era possível que as pessoas em medida de segurança estivessem em delegacias, presídios, penitenciárias ou outras instituições de custódia, ou ainda que tivessem sido transferidas para outros estados, como visto acima na jurisprudência citada do TJMG.

A população em cumprimento de medida de segurança se dá em geral na estrutura de: 23 Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, compostas por 3 Alas de Tratamento Psiquiátrico com população total: 3.989 pessoas em 2011, sendo desses 3.684 homens e 291 mulheres, além de mais 14 sem informação de sexo. Todos esses dados foram coletados no censo de 2011 pela Débora Diniz.

Segue a tabela com os dados completos:

**Tabela 1 – População dos 26 ECTPs**

Tabela 1 População dos 26 ECTPs

População dos ECTPs	População em medida de segurança (MS)	População em MS por conversão de pena	População temporária
3.989	2.839	117	1.033
100%	71%	3%	26%

Tabela 2 Sexo da população dos ECTPs

Sexo	População total		População em MS		População em MS por conversão de pena		População temporária	
	População total	População em MS	População em MS	População em MS por conversão de pena	População em MS por conversão de pena	População temporária	População temporária	
Homens	3.684	92%	2.616	92%	111	95%	957	93%
Mulheres	291	7%	216	8%	6	5%	69	7%
Sem informação	14	0,4%	7	0,2%	0	-	7	0,7%
Total	3.989	100%	2.839	100%	117	100%	1.033	100%

Fonte: (DINIZ, 2011, p. 36).

O que se pode inferir analisando os dados dessa tabela é que a maior parte da população é masculina, composta em sua maior parte por pacientes em cumprimento de medida de segurança e em contraposição como a menor população é a feminina, com apenas 7% da população total em cumprimento de medidas de segurança. E com a tabela abaixo que prepondera a população entre 25 e 40 anos.

**Tabela 2 – Idade da população dos ECTPs**

Tabela 3 Idade da população dos ECTPs

Faixa etária	População total		População em MS		População em MS por conversão de pena		População temporária	
	População total	População em MS	População em MS	População em MS	População em MS	População em MS	População temporária	População temporária
Menos de 20	13	0,3%	0	-	0	-	13	1%
20 a 24	280	7%	126	4%	5	4%	149	14%
25 a 29	641	16%	426	15%	22	19%	193	19%
30 a 34	757	19%	545	19%	24	21%	188	18%
35 a 39	644	16%	476	17%	22	19%	146	14%
40 a 44	528	13%	398	14%	24	21%	106	10%
45 a 49	405	10%	311	11%	9	8%	85	8%
50 a 59	477	12%	397	14%	6	5%	74	7%
60 a 69	108	3%	90	3%	5	4%	13	1%
70 ou mais	33	0,8%	25	0,9%	0	-	8	0,8%
Sem informação	103	3%	45	2%	0	-	58	6%
<b>Total</b>	<b>3.989</b>	<b>100%</b>	<b>2.839</b>	<b>100%</b>	<b>117</b>	<b>100%</b>	<b>1.033</b>	<b>100%</b>

Fonte: (DINIZ, 2011, p.36)

E por último como é a composição dessa população dividida entre as espécies de medida de segurança:

**Tabela 3 – Situação da população em MS por sexo dos ECTPs**

Tabela 10 Situação da população em MS por sexo dos ECTPs

Situação da população em medida de segurança*	População em MS		População masculina em MS		População feminina em MS	
	População em MS	População em MS	População masculina em MS	População masculina em MS	População feminina em MS	População feminina em MS
Medida de segurança - Internação	2585	91%	2.388	91%	192	89%
Medida de segurança - Tratamento ambulatorial	39	1%	34	1%	5	2%
Medida de segurança com sentença de desinternação	187	7%	175	7%	12	6%
Medida de segurança extinta	54	2%	51	2%	3	1%
Reinternação	159	6%	149	6%	10	5%
Outro	262	9%	235	9%	26	12%

\*Um mesmo indivíduo pode se enquadrar em mais de uma categoria.

Fonte: (DINIZ, 2011, p. 40)

Diante destes dados podemos concluir que, mais de 90% da população da medida de segurança a cumpre (ou deveria cumprir) em estabelecimento próprio e destinado a internação. Contudo, a forma de sua aplicação ressalta o encarceramento exponencial, o desligamento do indivíduo com o social e sem o cumprimento da função terapêutica citada por Eduardo Reale (2001).

Assim como exposto em alguns julgados supracitados e nos dados evidenciados pelo censo, alguns Estados não possuem estabelecimentos para essas internações e os agentes acabam por cumprir a medida de segurança em estabelecimentos penitenciários de forma inadequada. Essa conduta gera, para o paciente em cumprimento, deturpação na função terapêutica, uma vez que o cumprimento em estabelecimento penitenciário tem função de correção, de pena ligada as formas de prevenção geral de convencimento do agente de forma a não delinquir novamente.

Contudo, levando-se em consideração eu esse agente não suficiente para entender o que faz, colocá-lo em um estabelecimento prisional violaria as garantias pretendidas na medida de segurança. Nas palavras de André Costa (2011),

A prevenção geral se dirige ao convencimento ético, seja dos valores sociais, seja da inconveniência de atos criminosos. A prevenção especial, ao convencimento específico do agente, no sentido de que essem racional e livremente não volte a delinquir. Nenhuma dessas exigências é possível em relação aquele que se reconheça como inimputável. (COSTA, 2011, p. 438).

Ademais, se compararmos a estrutura da população em cumprimento de medida de segurança com as em cumprimento de pena, apesar do tipo de sanção se diferenciar, constata-se que as características são, em sua maioria, as mesmas: masculina, em cumprimento de internação com a concentração nas regiões sudeste e norte.

### 3 MEDIDA DE SEGURANÇA E INIMPUTABILIDADE: UMA ANÁLISE A PARTIR DO CONCEITO DE CAPACIDADE CIVIL E DE INIMPUTABILIDADE

A medida de segurança, como instituto do direito penal e conforme explicado nos tópicos anteriores, tem como premissa ser a repressão imposta pelo sistema penal ao inimputável por critério psicológico. Contudo, este instituto sofreu impactos (pouco significativos) após a criação de novas leis, do movimento Antimanicomial e reforma psiquiátrica.

Apesar disso, com a criação do Estatuto da Pessoa com Deficiência publicado em 2015, vislumbrou-se uma possível aproximação entre os institutos da inimputabilidade e da incapacidade dada a nova definição proposta por esta lei-paradigma como veremos a seguir. Cumpre ressaltar, que embora tenha sido um marco, a proteção aos deficientes já era ensaiada desde os primórdios da Constituição de 1988,

A própria Constituição da República de 1988, de forma inédita no país, já oferecia proteção aos deficientes, decorrente do próprio princípio da dignidade da pessoa humana. Ademais, o Brasil também é signatário da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (Convenção da Organização das Nações Unidas), de 2007, e seu protocolo facultativo, ratificados em nosso ordenamento jurídico por meio do Decreto-Legislativo 186, de 9 de julho de 2008, do Congresso Nacional, que fora promulgado pelo Decreto 6.949, de 25 de agosto de 2009.

Em que pese já se pudesse argumentar sobre a existência de proteção legal ao deficiente antes da Lei 13.146/2015, não resta dúvida que, após o advento desse diploma legal, houve grande mudança na forma de conceituação e reconhecimento da pessoa com deficiência. Em seu artigo 2º, caput, o Estatuto em apreço conceitua o que doravante se entenderá como pessoa com deficiência como sendo aquela que *[...] tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas.* (FEITEN, DUARTE, 2018, p. 2).

Analisemos agora, portanto, as interseções entre capacidade e inimputabilidade pós edição do Estatuto.

#### 3.1 Capacidade Civil

Antes da vigência do Estatuto da Pessoa com Deficiência, o Código Civil Brasileiro tratava da incapacidade da pessoa que poderia se dar de duas formas: em razão da faixa etária, a saber: sendo os maiores de 18 anos seriam plenamente capazes, gozando de capacidade plena, de fato e de direito e os maiores de 16 e menores de 18 anos seriam relativamente capazes, os abaixo dos 16 anos seriam incapazes. Esse critério etário permaneceu após a mudança com o Estatuto da Pessoa com Deficiência. A outra classificação dada pelo próprio Código e

encampada pelo Estatuto é a proposição de análise da capacidade civil por meio da saúde mental, a depender do grau de discernimento que se mantenha íntegro. O que verdadeiramente se tem é, embora exista um transtorno mental, a pessoa poderia considerada relativamente capaz ou absolutamente incapaz - quando não haja resquícios de discernimento.

O critério adotado pelo Código Civil para a definição da incapacidade é o grau de discernimento. Significando que, pela nova lei, não basta que exista o transtorno mental ou doença, é necessário que essa doença ou transtorno cause reflexos que sejam evidentes e interfiram na forma com que a pessoa com deficiência interage com o mundo exterior. Assim, o transtorno tem que agir de forma a impedir que a pessoa detenha a compreensão do significado, implicações e consequências para si ou para outrem do ato que pretende realizar ou já realizou.

Conclui-se, então, que a capacidade é a regra e a incapacidade é a exceção. De acordo com Brunello Stancioli (2004), é possível afirmar que “o conceito de capacidade da pessoa natural está intimamente ligado a noção de autonomia” (STANCIOLI, 2004, p. 44). Assim, ao relacionar o conceito de capacidade fornecido, com o que é adotado pelo código, pode-se concluir que autonomia, discernimento e personalidade jurídica são conceitos basilares para a aplicação do Direito na vida dos indivíduos.

Dessa forma, seguido diretrizes internacionais no sentido de reconhecer a conceituação e avaliação da deficiência como algo complexo que demanda exame interdisciplinar, cuja realização dependerá de uma equipe multiprofissional como forma de alcançar uma correta interpretação e garantir os direitos do interessado reconhecimento de que a condição de uma pessoa com deficiência não a torna, automaticamente, uma pessoa incapaz. Os elementos que importam para a limitação da capacidade são o discernimento para tomar decisões e a aptidão para manifestar sua vontade (FARIA, 2015) bem como a forma que essa possível limitação influencia na atuação do indivíduo com o mundo exterior.

Conforme tenha sido previsto no Estatuto, cabe a uma equipe multidisciplinar verificar a deficiência e também cabe a ela avaliar, se excepcionalmente, a deficiência afeta a autodeterminação da pessoa, ou seja, seu discernimento. (SOUZA, 2016). Nesse ponto temos uma convergência entre os critérios adotados pelo Código Penal e pelo Estatuto da Pessoa com Deficiência, como veremos a seguir.

### **3.2 Inimputabilidade**

Para que seja possível impor uma sanção de acordo com o Direito Penal, é necessário que o agente que praticou essa conduta “possa referenciar-se como seu centro motivacional, e

que aquela conduta se apresente como resultado de decisões lógico-racionalmente motiváveis, pois, a depender da capacidade de o autor do comportamento compreender a finalidade que busca ao pôr sua conduta” (COSTA, 2016, p. 443). Sendo assim, o agente deve possuir a consciência de que está praticando uma ação e que esta, por conseguinte, terá consequências que refletirão na sociedade e, por fato, dentro do direito.

O juízo de inimizabilidade está diretamente ligado a capacidade de autodeterminação adequada (WELZEL, 1956) de forma que a análise sobre a capacidade prática e racional do indivíduo seria a efetiva verificação de inimizabilidade ou imimizabilidade do indivíduo.

André Costa (2018) traz uma definição de grande esclarecimento sobre a inimizabilidade,

Tomando por referência o direito positivo nacional, a inimizabilidade é o juízo de ausência de capacidade de discernimento e/ou autogoverno, referida aqueles que, ao tempo da ação ou da omissão eram completamente incapazes de entender o caráter ilícito do fato praticado ou de determinarem-se de acordo com esse entendimento. Pode-se afirmar que a inimizabilidade se lastreia na reunião de condições necessárias ao discernimento e autogoverno por parte do sujeito que comete um ato típico e ilícito, sendo a inimizabilidade, nesse caso, seu inverso. (COSTA, 2018, p. 502).

Nesse ponto, temos duas referências para a identificação da capacidade ou da incapacidade de culpabilidade: a higidez mental e o desenvolvimento mental. Ambas expressões se referem a capacidade racional prática de converter razões pensantes em ações com resultado naturalístico no mundo exterior. Como estamos tratando da Medida de Segurança, apenas importa aquele que não é hígido mentalmente em virtude de transtorno mental.

Nesta esteira,

A transposição dos lindes entre a imimizabilidade e a inimizabilidade só é possível fazer pela combinação da verificação da saúde ou insanidade mental do agente do fato criminoso, combinada com sua incapacidade de compreensão do caráter eticamente ruim da conduta por ele perpetrado. (COSTA, 2018, p. 503).

Para a definição da inimizabilidade, portanto, é necessário a existência de um transtorno mental em que a periculosidade deste indivíduo é presumida, de modo que apenas o laudo médico basta para a determinação da inimizabilidade do indivíduo, excluindo-se assim a sua culpabilidade.

### **3.3 Análise da Medida de Segurança e sua aplicação pós Estatuto da Pessoa com Deficiência**

Ao levarmos em consideração esse novo critério adotado pelo Estatuto da Pessoa com deficiência e compararmos com a redação do artigo 26 do Código Penal, podemos chegar a pontos convergentes. Analisemos:



**Art. 26** - É isento de pena o agente que, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento. (Redação dada pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984)

#### Redução de pena

Parágrafo único - A pena pode ser reduzida de um a dois terços, se o agente, em virtude de perturbação de saúde mental ou por desenvolvimento mental incompleto ou retardado não era inteiramente capaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento. (BRASIL, 1984)

**Art. 2º** Considera-se pessoa com deficiência aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas.

§ 1º A avaliação da deficiência, quando necessária, será biopsicossocial, realizada por equipe multiprofissional e interdisciplinar e considerará: (Vigência)

- I. os impedimentos nas funções e nas estruturas do corpo
- II. os fatores socioambientais, psicológicos e pessoais;
- III. a limitação no desempenho de atividades; e
- IV. restrição de participação. (BRASIL, 2015).

Analisando conjuntamente o artigo do Código Penal que trata da inimputabilidade quanto da previsão do Estatuto que estabelece o conceito de pessoa com deficiência, pode-se perceber que a deficiência ou inimputabilidade será constatada no momento em que esse agente está em interação com o mundo exterior e por isso demonstra sua efetiva limitação em ações com resultados naturalísticos. Considerando como pessoa com deficiência ou inimputável, aquele que ao tempo da sua ação não era capaz de entender o caráter ilícito e se determinar conforme esse entendimento, a efetiva prova da incapacidade da pessoa depende de uma análise das efetivas barreiras enfrentadas pelo agente no mundo exterior e não apenas pela constatação de forma evidente da patologia pelos respectivos profissionais da medicina.

Assim, podemos estabelecer um breve paralelo entre as duas definições: a despeito dos critérios objetivos adotados previamente por ambos os diplomas é necessária uma análise por uma equipe previamente designada de forma a constatar, efetivamente, qual a limitação do agente com mundo exterior, não o tornando incapaz de pronto pelo simples fato de possuir uma limitação cognitiva. Mesmo que indiretamente, ambos os diplomas prestigiam um critério mais inclusivo por não se determinar, a colocação do indivíduo na característica da inimputabilidade ou incapacidade.

Embora sejam vertentes distintas de estudo do direito, o direito civil, após a edição do Estatuto da Pessoa com Deficiência em 2015, aproximou-se, mesmo que timidamente, à definição dada pelo Direito Penal em seus primórdios com relação a incapacidade. Dessa forma, remete-se novamente aos pontos convergentes entre inimputabilidade e a incapacidade pós Estatuto da Pessoa com Deficiência que, embora em terreno ainda nebuloso, apenas poderá ser

determinado como incapaz, aquele que tenha por laudo médico sua condição como tal assim como na Medida de Segurança necessita de um laudo médico, embora sua periculosidade seja presumida.

Contudo, embora tenha sido editado o Estatuto, os parâmetros de aplicação da Medida de Segurança seguem os mesmos padrões adotados pelo Código Penal de 1984, sem nenhuma interferência. Os inimputáveis, em cumprimento de Medida de Segurança são duplamente invisíveis: são considerados como insanos perante a sociedade e ainda, cometeram um ilícito penal que por si só, já os colocaria à margem social. Mesmo com os avanços para a determinação das capacidades e incapacidades com critérios não tão mais objetivos e taxativos como os propostos pelo Código Civil em data anterior à edição do Estatuto, pouco se vê, na prática, respeito aos direitos daqueles que são marginalizados socialmente, sejam os incapazes para o direito civil, sejam os inimputáveis para o Direito Penal.

E é dessa forma que o sistema de controle social punitivo se perpetua: diante do silêncio e objetificação daqueles que são as engrenagens do sistema, esse, ao longo do tempo, permanece imutável como uma forma de controle social e resposta aos anseios sociais comumente realizados no século XX (WEIGERT, 2015).

#### **4 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, REFORMA PSIQUIÁTRICA, MOVIMENTO ANTIMANICOMIAL E SEUS IMPACTOS NA MEDIDA DE SEGURANÇA**

Antes de se analisar o Sistema Único de Saúde e seus reflexos pós reforma psiquiátrica, é necessário analisar e entender o que é o Movimento Antimanicomial e os seus impactos dentro do SUS e na aplicação da Medida de Segurança.

Primeiramente, é necessário entender o que é o manicômio. Este, é a composição de uma instituição hospitalar-prisional específica para acolhimento de loucos infratores, fundado na segunda década do século XX.

A sua implementação foi precedida pela discussão acerca de qual seria o encaminhamento institucional que deveriam ter indivíduos que eram considerados loucos e criminosos. Desse modo, além dos hospitais psiquiátricos para pessoas com transtornos mentais, começaram a funcionar no país os espaços asilares para receber e tratar os ditos loucos criminosos. Essa nova instituição emergia, pois, correspondendo à convergência dos interesses da área de saúde e do âmbito jurídico, atendendo à necessidade de zelar pela segurança da sociedade. A iniciativa, compatível com o pensamento da época e o poder-dever do Estado, excluía a possibilidade de qualquer integração sócio-familiar do denominado “louco-criminoso”. (CERQUEIRA CORREIA, OLIVEIRA LIMA, ALVES, 1995, p. 2).

A psiquiatria, ao definir quem eram os “loucos criminosos” e o seu grau de loucura, como conhecido à época, pretendia a monopolização do setor de forma a ampliar as suas ingerências. Assim sendo, “procurava definir-se como autoridade única nas questões de responsabilidade, sendo ela quem vai apontar, para a Justiça, o grau em que a capacidade de discernimento do criminoso está afetada” (RAUTER, 2003, p. 44). A instituição manicomial tinha como intuito claro a exclusão de qualquer possibilidade de integração sócio-familiar do denominado louco-criminoso. Ressalte-se que essa passagem retratava uma realidade do século XX, contudo, em quase todas as suas proporções permanece pouco alterada. Assim,

É possível verificar que com a criação desses ambientes, o Estado, de forma sutil passou a gerir coletivamente a população, não cabendo mais a ele a gestão individual mesmo que fossem através de ações pontuais e autoritárias, como no contexto do século XX. Ainda que evidentemente haja resquícios da técnica disciplinar parece haver muito mais uma gestão da loucura, o que se liga fortemente à noção de biopoder e de biopolítica (e não tanto à de disciplinarização). (WEIGERT, 2015, p. 104).

É relevante ainda que, nos primórdios dos manicômios judiciários, poucas eram as regras positivadas que determinavam quem seriam as pessoas destinadas aqueles locais. Eram internadas, basicamente, todas as pessoas que destoavam da sociedade considerada “normal” durante o século XX e até meados do século XXI. Eram enviados aos manicômios de uma forma geral: gays, lésbicas, mães solteiras, órfãos, pessoas com transtornos mentais que eram consideradas “possuídas”, “desquitadas”, etc. Mesmo ante essa diversidade de casos, a

psiquiatria se colocava como uma barreira desses supostos loucos e o seu contato com o mundo externo que, muitas vezes, criava uma dependência dessas pessoas com a instituição e estas sequer sobreviviam caso conseguissem sair daquele local.

A psiquiatria, com o seu papel dominante não pretendia, através dos seus lados emitidos, isentar o doente mental das penas a ele incumbidas, mas sim interferir no seu destino através da criação de uma nova categoria de excluídos: os loucos-criminosos. Sob o pretexto de que estariam cumprindo uma pena em um local de internação cuja finalidade seja a cura, estes estão internados e sequer tem previsão de progressão ou liberação, que mais uma vez depende do exame de cessação da periculosidade, também subjetivo.

De forma evidente, os manicômios judiciais são o resultado de a junção entre direito e psiquiatria, mais precisamente de forma a formar uma figura híbrida, não podendo aplicar diretamente as características de dominação que se aplicavam aos manicômios/hospícios no século passado e nem poderiam decidir sobre as questões de alta e progressões, como são as prisões, legitimando a limpeza social.

Entretanto, o modelo assistencial psiquiátrico passou a ser discutido partir do final da década de 1940, em 1970 se iniciou o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial embasado pelo Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, que, a partir do questionamento acerca das características da assistência psiquiátrica oferecida nos manicômios às pessoas com transtorno mental no Brasil impulsionava e inaugurava as ideias de saúde pública humanizada e igualitária, direitos humanos e liberdades.

Todo esse contexto social emergiu como uma reação ao sistema autoritário instalado no momento pós golpe militar, não exatamente ligado as questões que eram compostas pelo golpe, mas sim pela supressão dos movimentos sociais, das liberdades individuais e do contexto de tortura e repressão dos direitos fundamentais. Além das questões ligadas ao regime discutiam-se as infraestruturas empregadas, a relação do estado (autonomia x institucionalização) com a reforma sanitária, também ligada as questões específicas de estados brasileiros.

A discussão mais contundente do Movimento Antimanicomial perpassava pela ideia de exclusão que o manicômio proporcionava ao invés da forma assistência aos doentes mentais e transtornados e a exposição das práticas feitas dentro dessas instituições os tornando como um símbolo de violência, segregação, massificação das pessoas que lá se encontravam (SCARELLI, 1998).

Consideram-se de forma ainda mais gravosas os loucos que cometem delitos pois além de serem considerados sem racionalidade, ainda cometeram um delito, conforme explica Mariana Weigert (2015),

Os internos do manicômio judiciário agregam a vulnerabilidade de serem considerados habitantes de um universo paralelo, o da loucura. Isso faz com que possibilidades de resistência se tornem ainda mais nefastas, seja porque é efetivamente mais difícil para essas pessoas organizarem o raciocínio a fim de protestar contra as condições em que se encontram, seja porque embora consigam reivindicar qualquer coisa, isso será tomado como sem valor, invisível, produto da loucura. (WEIGERT, 2015, p. 120).

Explica Foucault (2010) que

[...] se a criminalidade foi pensada em termos racismo foi igualmente a partir do momento em que era preciso tornar possível, num mecanismo de biopoder, a condenação à morte de um criminoso ou seu isolamento. Mesma coisa com a loucura, mesma coisa com as anomalias diversas. (FOUCAULT, 2010, p. 217).

O racismo está vinculado diretamente ao moderno exercício do direito de matar, algo que acontece e acontecia de forma recorrente nos manicômios brasileiros. Essa ação tem como efeito mais grave a morte dos sujeitos internos nos manicômios judiciários. “E esta vida desprezada seria explicada exatamente pelo racismo, ou seja, os loucos (e mais ainda os também infratores) seriam um grupo sobre o qual não há maiores discussões, a margem social.” (WEIGERT e ASSIS, 2015, p. 106-107)

Após a institucionalização da pública da limpeza social, a loucura foi afastada do âmbito da sociabilidade e recolocada para que houvesse, como houve, a estigmatização do indivíduo, visto que este deveria ser recolhido do ambiente social (SÁ, LUNA, 2011).

Trancafiar um indivíduo em um manicômio não pressupunha nenhum procedimento formal que recomendaria e justificaria a clausura. A sua necessidade respaldava em um senso de utilidade, seja para a família, seja para o estado. (SÁ, LUNA, 2011, p. 57).

Tratava-se, portanto, de um problema que demanda atuação estatal de forma preponderante para que os ditos “racionalmente” pudessem estar em uma sociedade que atuasse de forma comum. Assim, “o processo de exclusão promovido pelo confinamento para o tratamento da loucura provava que estar louco era estar destinado a integrar um espaço diferente bem como ocupado pela miséria e ociosidade.” (SÁ, LUNA, 2011, p. 58).

#### **4.1 Medida de Segurança, SUS e Reforma Psiquiátrica no Brasil**

Tomando em consideração o Sistema de Saúde brasileiro e as Medidas de Segurança, é possível apontar o ano de 1978 como marco inicial da luta pelos direitos dos pacientes em internações de Hospitais Psiquiátricos. Neste ano, em específico, o movimento dos trabalhadores em Saúde Mental passou a reivindicar e denunciar as violências dos manicômios, ressaltando a hegemonia de uma rede privada de assistência e postulando a desconstrução do modelo hospitalocêntrico.

Posteriormente, com o advento da Constituição Federal de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o deputado federal Paulo Delgado submete ao Congresso Nacional um projeto de lei visando mudar o modelo de atenção psiquiátrica com a extinção progressiva dos manicômios. Esse projeto de Lei Paulo Delgado, que sugere mudanças na legislação psiquiátrica, deu lugar aos debates acerca da questão antimanicomial. Afirma-se que foi inspirado na Lei Basaglia italiana, de autoria do psiquiatra Franco Basaglia.

O projeto de Lei Paulo Delgado, apresentado em 1987 ao Congresso Nacional, somente foi aprovado em abril de 2001 e propõe, entre outras medidas, o reestabelecimento dos direitos civis e políticos dos doentes mentais, a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por hospitais-dia, internação em hospitais gerais, por períodos mínimos, a regulamentação da internação compulsória e a regulação e proibição das terapias perigosas como o eletrochoque. Observa-se claramente que a antipsiquiatria influenciou, de forma bastante positiva, na confecção desta lei.

Em se tratando do próprio Sistema Único de Saúde, este já havia sido criado com diretrizes bastante diferentes daquelas apoiadas pelos que acreditavam nos modelos hospitalocêntricos. Desde o surgimento das discussões sobre a saúde mental e os transtornos mentais, esse sistema tem acompanhado e amparado a todos que precisam deles. Como se segue,

Portaria/SNAS nº 224 - De 29 de janeiro de 1992

O secretário nacional de Assistência à Saúde e presidente do INAMPS, no uso das atribuições do Decreto n.º 99.244, de 10 de maio de 1990 e tendo em vista o disposto no artigo XVIII da Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, e o disposto no parágrafo 4.º da Portaria 189/91, acatando exposição de motivos (17/12/91), da Coordenação de Saúde Mental do Departamento de Programas de Saúde da Secretaria Nacional de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, estabelece as seguintes diretrizes e normas: 1. DIRETRIZES: – organização de serviços baseada nos princípios de universalidade, hierarquização, regionalização e integralidade das ações; – diversidade de métodos e técnicas terapêuticas nos vários níveis de complexidade assistencial; – garantia da continuidade da atenção nos vários níveis; – multiprofissionalidade na prestação de serviços; – ênfase na participação social desde a formulação das políticas de saúde mental até o controle de sua execução – definição dos órgãos gestores locais como responsáveis pela complementação da presente portaria normativa e pelo controle e avaliação dos serviços prestados. (BRASIL, 1992)

Foi possível através dessa portaria que se efetivasse, ainda que de forma tímida, o tratamento ambulatorial dos que possuem sua saúde mental afetada, compreendendo um conjunto diversificado de atividades desenvolvidas nas unidades básicas/centro de saúde e/ou ambulatorios especializados, ligados ou não a policlínicas, unidades mistas ou hospitais.

Nesse contexto, podemos perceber que uma das diretrizes ligadas a Lei da Reforma Psiquiátrica, que mesmo não tendo sido aprovada na publicação dessa portaria, já instituíra medidas desencarceradoras e promotoras de convívio social para evitar a segregação dos

doentes. A atual política pública de saúde mental tenta ao menos garantir que, pelo menos em tese, a maior parte dos recursos financeiros seja destinada à estruturação de programas e serviços alinhados às propostas de desconstrução do modelo manicomial. Essa realidade se deve às conquistas da Reforma Psiquiátrica.

Em um momento posterior, houve a criação dos NAPS, núcleos ou centros de atenção psicossocial: Os NAPS/CAPS são unidades de saúde locais/regionalizadas que contam com uma população atendida definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de 4 horas, por equipe multiprofissional.

Os NAPS/CAPS podem constituir-se também em porta de entrada da rede de serviços para as ações relativas à saúde mental, considerando sua característica de unidade de saúde local e regionalizada. Atendem também a pacientes referenciados de outros serviços de saúde, dos serviços de urgência psiquiátrica ou egressos de internação hospitalar. Deverão estar integrados a uma rede descentralizada e hierarquizada de cuidados em saúde mental. (BRASIL, 1992).

Esses centros serão posteriormente modificados por outra portaria publicada em 2011 que vai transformar esses NAPS em CAPS, centro de atendimento psicossocial que está vigente até os dias atuais, abarcando também os usuários de psicotrópicos e não apenas os doentes mentais:

PORTARIA Nº 3.088, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011

Considerando as determinações da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental; Considerando a Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, que institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações:

Art. 1º Fica instituída a Rede de Atenção Psicossocial, cuja finalidade é a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Art. 2º Constituem-se diretrizes para o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial: I - respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas; II - promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde; III - combate a estigmas e preconceitos; IV - garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar; V - atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas; VI - diversificação das estratégias de cuidado. (BRASIL, 2011).

Os centros de atenção social são destinados ao acompanhamento diário das pessoas com transtornos mentais. São núcleos que realizam o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. Posteriormente esses centros serão substituídos pelos RAPS.

A Rede de Atenção Psicossocial, ou RAPS, é instituída com a Portaria nº 3088 de 23 de dezembro de 2011, com republicação em 21 de maio de 2013. Ela dispõe sobre a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Tem como objetivos gerais a ampliação do acesso à atenção psicossocial da população em geral, a promoção de vínculos das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias.

Ademais, podemos perceber claramente as diretrizes do modelo antipsiquiátrico proposto na França em virtude da criação dos centros de saúde descentralizados com acompanhamento semanal ou mensal das pessoas com transtornos mentais. A intenção desse sistema, conforme dito anteriormente, é prevenir que os transtornos mentais se tornem possivelmente perigosos aos pacientes e, para os casos excepcionais, trata-los de forma humana para a reinserção efetiva desses no meio social.

Embora a constatação do transtorno mental psiquiátrico dependa de laudo emitido pela junta psiquiátrica para que se proceda a classificação da doença mental como fator da alteração da capacidade, tal laudo psiquiátrico é evitado de subjetividades, transformando, por vezes, a pessoa com transtornos mentais como reduzida a apenas um número e passível do controle social imposto pela classe dominante.

Ainda em 1992, houve a primeira Conferência Nacional de Saúde Mental em que se colocou

[...] que já não bastavam as críticas e as denúncias oficiais as práticas referentes a saúde mental, mas onde tornam-se realidade palpável, com resultados práticos visíveis e impactos nas políticas sociais nas experiências de construção das novas políticas para lidar com os loucos e de sofrimento psíquico. (SCARELLI, 1998, p. 33).

E,

A proposta dessa conferência era referendar os princípios antimanicomiais além de demonstrar a representação dos amplos setores abrangidos dentro essa mesma política. Todos esses objetos citados entram na luta contra a sociedade capitalista que transformou essa instituição em todo o estereótipo de violência e violação dos direitos humanos em que menos de 2% da população brasileira sequer passará por essa instituição e conhecerá por dentro dos trâmites como essas pessoas são tratadas. É a legitimação institucional em nome do saber médico e higienização social como forma de apagar da sociedade e de si próprios, a identidade da pessoa que está vivendo ali: “os eletrochoques, insulino terapias, choque por cardiazol, síndromes por excesso de medicação, celas fortes, camisas de força, maus tratos, castigos, distância da família e dos amigos, perda efetiva do emprego, rotulação e estigmatização e por fim, se sobreviver: a morte civil” (SCARELLI, 1998, p. 35-36).



Esse movimento teve efeitos práticos apenas durante a reforma da parte geral do Código Penal em 1984 e que se reforçou em abril de 2001 quando foi aprovada a Lei Federal de Saúde Mental, nº 10.216, que regulamenta o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil. Durante o trâmite dessa lei, houve a ampliação das instituições extra-hospitalares e conseqüentemente a quantidade de profissionais da saúde que estão envolvidas no tratamento dessas pessoas. A lei então dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e tenta propor um redirecionamento para o modelo assistencial em saúde mental.

Podemos dizer, assim, que o movimento antimanicomial é baseado na luta pela garantia e defesa dos direitos humanos no Brasil, mais especificamente, dos direitos das pessoas com transtornos mentais. Essa luta pelos direitos humanos tornou-se um instrumento de militantes e seus aliados naturais que dentre suas lutas estava a do resgate da cidadania dos doentes mentais.

Embora o movimento Antimanicomial tenha se expandido, a realidade é a população encarcerada de um modo geral cresce de forma exponencial e não tem sido de forma diversa com a população em cumprimento de medida de segurança (CARVALHO, WEIGERT, 2013). Apesar de após a publicação da Lei da Reforma Psiquiátrica contribuir para o decréscimo das internações em forma de encarceramento, a tendência de crescimento das internações voltou a subir logo em seguida.

Diante dessa realidade cruel, é com base em parâmetros desinstitucionalizantes das iniciativas da saúde que esse movimento tem se construído. Busca-se uma nova perspectiva do social com a loucura, com uma relação clara quanto aos métodos adotados para a relação “controle da loucura x social”. Assim como, dentro das propostas: a nova versão da estrutura manicomial e as relações dos usuários desse sistema com suas demandas, aqueles que organizaram o movimento e o efetivo cumprimento pelas pessoas que gerem esse sistema, de forma a não retroceder para os métodos que estão sendo substituídos.

#### **4.2 Efeitos da Reforma Psiquiátrica no cumprimento da Medida de Segurança**

Embora a reforma psiquiátrica, por diversas vezes, seja intitulada como razão fundante de diversas mudanças sociais, o que se verifica na prática é bem diferente. Para que seja possível entender melhor o perfil encarcerador brasileiro e como a Medida de Segurança o acompanha, é preciso analisar alguns dados das prisões efetuadas no Brasil e sua população carcerária em geral.

Em consulta aos dados disponíveis no INFOPEN de 2016, constatou-se que em junho de 2016, a população prisional era de 726.712 presos, divididos em sistema penitenciário

(689.510), secretarias de segurança e carceragens de delegacias (36.765) e sistema penitenciário federal (437) em 1.422 unidades prisionais que contribuíram com o levantamento. Nota-se que pelo número de vagas disponíveis, sendo 368.049, o déficit do sistema é praticamente 100% (INFOPEN, 2016).

Na análise desses dados é possível perceber que o número de pessoas em cumprimento de pena privativa de liberdade tem altas taxas de variação quanto aos estados da federação: o estado de São Paulo concentra 33,1% de toda a população prisional do país e Minas Gerais segue em segundo lugar. Ao comparar essa população carcerária com o tipo de natureza da prisão e o regime, verificam-se dados ainda mais alarmantes: 40% dos presos ainda não haviam sido julgadas e condenadas, encontrando-se então em prisões provisórias.

Nesse mesmo contexto surgem os dados relativos as pessoas em cumprimento de medida de segurança por estados da federação, contudo, não representam nem 1% da população carcerária nos estados em que sequer aparecem na medida de segurança em seu tipo específico de internação. Contudo, não se pode olvidar que esses mesmos indivíduos estão em condições semelhantes ou até piores que os em cumprimento de penas privativas de liberdade.

Durante a análise dos dados é possível perceber que, os estados em que há cumprimento de medida de segurança “significativos” são: Alagoas, Pará, Paraíba, Pernambuco, Paraná, Santa Catarina e São Paulo, ressaltando que são medidas de internação (INFOPEN, 2016).

E é nesse contexto eminentemente encarcerador que vemos a manutenção dos loucos criminosos como engrenagens do sistema encarcerador e “preventivo” para a limpeza social. Mesmo com os avanços significativos feitos pela reforma psiquiátrica e o movimento Antimanicomial, ainda temos uma realidade paralela vivida dentro dessas instituições que perduram desde a época retratada pelo grande exemplo citado por Daniela Arbex, em Holocausto Brasileiro, que retrata uma realidade selvagem vivida dentro dos manicômios,

Tratado como propriedade do Estado, o menino hospitalizado apenas por ser tímido se separou da família sem diagnóstico de loucura, embora não tenha sido difícil arranjar uma doença para ele. Qualquer moléstia mental serviria, afinal, o rapaz era filho da pobreza como a maioria dos depositados nos manicômios do Estado. (ARBEX, 2013, p. 109).

A realidade brasileira mostra que de diante das necessidades dos sistemas judiciário e de saúde pátrios, as medidas de segurança não vêm sendo aplicadas como deveriam. Ressalta-se a pouca quantidade de peritos e a ausência de infraestrutura necessária para o desenvolvimento dos trabalhos, bem como a demanda excessiva, são fatores que, por vezes, acabam impossibilitando ou dificultando a realização das perícias, ou sujeitando-as a falhas.

A proposição fantasiosa, por vezes encampada pelo sistema judiciário de que cumprir medida de segurança em hospital de custódia e tratamento é melhor do que cumprir pena em estabelecimento penitenciário é evidentemente ilusória, dadas as condições precárias de ambos os estabelecimentos. Diante das dificuldades afirmadas, resta evidente que os hospitais de custódia e tratamento, que deveriam ser uma solução, são mais um problema da realidade social brasileira e ressaltam que o doente mental deve ser tratado com mais atenção pelo Direito Penal, já que, sob a justificativa da punição, não se pode dar ao doente mental o mesmo tratamento do criminoso imputável.

Diante das condições eminentemente encarceradoras, foi através de uma proposta feita pelo legislativo, que as propostas desencarceradoras surgiram. A constatação dessas propostas é de que as prisões brasileiras são ambientes em que impera o tempo livre, tornando-se um instituto promiscuo, definido como “sementeira da reincidência”. Não obstante, as diversas propostas de alterações do sistema carcerário brasileiro se reiteram durante anos, porém com pouca efetividade. O Brasil, segundo dados do INFOPEN, tem a quarta maior população carcerária do mundo e segue crescendo. O problema, claramente, está imbuído na mentalidade da população que vê no encarceramento, a solução para a criminalidade exponencial.

Embora a proposta de desencarceramento seja bastante louvável deve-se levar em consideração as condições precárias do orçamento público. Principalmente no tocante a medida de segurança e aplicação das medidas propostas pós-reforma psiquiátrica. Mesmo aos institucionalizados, a qual também existe um déficit gigantesco, não existem vagas e sequer orçamento para a construção de vagas nos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, local em que impera o descaso como citado acima por Débora Diniz, é possível enxergar também uma série de violações as garantias desses condenados na medida de segurança como ilustrado a seguir em um Habeas Corpus:

A medida de segurança decretada não pode ser cassada, tendo em vista a realidade processual, que indica que o paciente ainda não está em condições de higidez mental que autorize a sua liberação para a convivência social, sem limites.

Com efeito, ao indeferir a liminar, consignei que não se pode exigir do Estado que custeie o internamento em estabelecimento médico particular, através de incidente da execução da pena. Afinal, a administração pública é gerida respeitando o orçamento aprovado em lei, e todas as despesas para serem cobertas devem estar contidas em rubrica orçamentária própria, motivo que afasta a interferência estranha para se alcançar tal desiderato.

A omissão do Estado em disponibilizar vaga para o internamento em manicômio judicial deve ser contornada de forma a possibilitar a recuperação do inimputável mediante controle médico sem risco para a sociedade. (HABEAS CORPUS Nº 1.0000.05.417820-7/000 - Comarca de Uberlândia - Relator: Des. REYNALDO XIMENES CARNEIRO).

O que se percebe nesse Habeas Corpus é a instrução do desembargador a medidas desencarceradoras, uma vez que o condenado, que é considerado perigoso e por isso submetido em medida de segurança de internação, não pode conviver com outros presos, de natureza diversa da sua. Sendo assim, propõe-se a recuperação de forma a internar esse réu em instituições privadas. Mas e se ele, nem a família tiverem condições de arcar? O ônus seria apenas do estado? A solução proposta coaduna com o feitiço da Reforma Psiquiátrica e do Movimento Antimanicomial, mesmo que tenha sido por omissão estatal, é possível considerar como uma saída viável.

Conforme essa discussão acima, o posicionamento do Superior Tribunal de Justiça segue a mesma esteira exposta,

HABEAS CORPUS. EXECUÇÃO DA PENA. ABSOLVIÇÃO IMPRÓPRIA. APLICAÇÃO DE MEDIDA DE SEGURANÇA. INTERNAÇÃO. INEXISTÊNCIA DE VAGA EM HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO. PACIENTE À ESPERA DE VAGA EM PENITENCIÁRIA. CONSTRANGIMENTO ILEGAL CONFIGURADO. PERICULOSIDADE EVIDENCIADA. 1. Esta Corte entende que configura constrangimento ilegal o recolhimento em presídio comum de sentenciado submetido à medida de segurança consistente em internação em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico ou equivalente, sob a justificativa de inexistência de vagas no estabelecimento adequado. 2. *Por outro lado, há que se sopesar as peculiaridades do caso concreto, em especial quanto à evidenciada periculosidade do paciente, mormente porque a medida de segurança é uma sanção aplicada ao inimputável que visa não só a sua cura ou tratamento, mas também a proteção da sociedade.* 4. Ordem concedida, de ofício, para determinar a imediata transferência do paciente para Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico ou outro estabelecimento adequado, ou, na falta de vaga e com observância das cautelas devidas, que o Juízo das Execuções considere a possibilidade de substituir a internação por tratamento ambulatorial, até que surja vaga em estabelecimento adequado à condição do paciente.

(STJ - HC: 241246 SP 2012/0090266-2, Relator: Ministro MOURA RIBEIRO, Data de Julgamento: 25/02/2014, T5 - QUINTA TURMA, Data de Publicação: DJe 07/03/2014).

Com o início da expansão dos movimentos antimanicomiais e as reformas postuladas após a Constituição de 1988, a partir do ano de 1992, vários outros estados conseguiram aprovar leis semelhantes a proposta por Paulo Delgado, postulando a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de saúde mental. É nessa década que, após a Declaração de Caracas e II Conferência de Saúde Mental que começam as normas de implantação de serviços de atenção diária fundadas nas experiências dos CAPS, NAPS e hospitais dia.

Dessa forma, o processo de desinstitucionalização que avançou ao longo das décadas vem se efetivando por meio de algumas estratégias, são elas: redução de leitos em hospitais de grande porte, avaliação anual dos hospitais psiquiátricos ainda existentes e sua classificação de acordo com os mecanismos do SUS, as residências terapêuticas e as estratégias de redução progressiva dos hospitais de grande porte.

O processo de redução de leitos ganhou força em 2002 com as normatizações do Ministério da Saúde e instauração do Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria. Esse programa tem dois mecanismos principais: a avaliação e supervisão hospitalar realizada por supervisores do Sistema Único de Saúde e fiscalizações com auditorias que atendem as denúncias sobre mau funcionamento das unidades hospitalares.

É a partir da instituição do PNASH que o processo de avaliação da rede hospitalar psiquiátrica pertencente ao SUS passa a ser sistemático e anual, realizado por três campos complementares: técnico-clínico, vigilância sanitária e controle normativo. O PNASH avalia a estrutura física do hospital, a dinâmica de funcionamento do hospital, os processos e recursos terapêuticos da instituição, assim como a adequação e inserção dos hospitais a rede de atenção em saúde mental em seu território e as normas técnicas gerais do SUS. É parte desse processo a entrevista de satisfação com pacientes longamente internados e pacientes as vésperas de receber alta hospitalar. Esse instrumento gera uma pontuação que, cruzada com o número de leitos do hospital, permite classificar os hospitais psiquiátricos em grupos diferenciados. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005, p. 13-14).

Através desse mecanismo, muitos leitos inadequados foram extintos e o processo de desinstitucionalização se tornou progressivo, juntamente com implementação paralela de uma rede de atenção psicossocial que também é um fator importante para a efetiva reintegração dos egressos dos hospitais judiciários.

Entre as diversas políticas desinstitucionalizadoras, o Ministério da Saúde, através do Sistema Único de Saúde reverteu investimentos para a formação de residências terapêuticas que são moradias construídas para abrigar e corresponder as necessidades básicas dos egressos de hospitais judiciários ou não, que não possuem família próxima ou extensa, afim de que seus cuidados não sejam negligenciados. Na teoria, a residência deveria abrigar apenas 08 moradores, tendo um responsável pelos cuidados diários e auxiliar na maior autonomia possível do usuário.

Cada residência deve estar referenciada a um Centro de Atenção Psicossocial e operar junto a rede de atenção a saúde mental. Especialmente importante nos municípios sede de hospitais psiquiátricos, onde o processo de desinstitucionalização de pessoas com transtornos mentais está em curso. A rede de residências terapêuticas conta hoje com 357 serviços em funcionamento, com aproximadamente 2850 moradores. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005, p. 15-16).

Na mesma esteira de reintegração social, a Lei Federal 10.708, proposta por Luís Inácio Lula da Silva, concretiza mais uma parcela da luta de desinstitucionalização com o programa “Volta para a Casa” que tem como objetivo contribuir efetivamente para o processo de inserção social das pessoas com grandes períodos de internação em hospitais psiquiátricos e judiciários através do pagamento de auxílio reabilitação no valor (ao tempo em que foi divulgado esse relatório) de duzentos e quarenta reais.

Embora esses dois programas assinalados acima tenham ganhado espaço, o mais importante deles são os CAPS, Centros de Atenção Psicossocial que são substitutivos aos hospitais psiquiátricos no acolhimento e atenção as pessoas com graves transtornos mentais e distúrbios persistentes. Estes, com grande atuação desde cidades de pequeno porte as de maior porte tem promovido, diretamente, o acesso a comunidade e sua integração, bem como acompanhamento especializado em saúde mental e cuidados em geral e de forma indireta, um acesso maior a população em geral que possui distúrbios psicológicos e necessita de atendimento efetivo.

Estes, tem papel fundamental de efetivação dos direitos sociais e orientação dos usuários bem como de suas famílias para que a pessoa dependente seja amparada pelas diversas áreas de atuação. Cumpre ressaltar ainda que, o CAPS deve estar integrado com outros órgãos de atuação estatal tais como Ministério Público, tribunais de justiça e órgãos de fiscalização para um atendimento humanitário e prognóstico da situação a ser enfrentada em determinadas regiões.

Diante do exposto, embora o avanço do movimento Antimanicomial seja lento e os efeitos da reforma psiquiátrica progressivos, podemos delimitar um marco social na lei proposta por Paulo Delgado que alterou o modo de execução da Medida de Segurança bem como ainda está postulando mudanças na forma em que o judiciário as decreta, tentando, ao menos, torná-la mais consciente e personificadas agora com o auxílio dos CAPS e contínuo progresso das avaliações dos hospitais psiquiátricos. Assim, o avanço da desinstitucionalização deve continuar de forma a respeitar os direitos humanos, as necessidades de cada paciente e ainda, postulando a sua reinserção social para que esse estigma que os “doentes mentais” carregam, não os vinculem de forma negativa.

## 5 CONCLUSÕES

Para que seja possível impor uma sanção de acordo com o Direito Penal, é necessário que o agente que praticou uma conduta ilícita deve possuir a consciência de que está praticando uma ação e que esta, por conseguinte, terá consequências que refletirão na sociedade e, por fato, dentro do direito.

A culpabilidade é o fundamento da responsabilidade penal pois o descumprimento e/ou inobservância da conduta prescrita na norma jurídica permite ao Direito, mediante o uso da força aparelhada do Estado, imputar ao autor do ato de vontade uma obrigação. Contudo, para que o Direito possa aplicar uma sanção (pena) é imperiosa a presença de três requisitos essenciais, quais sejam: capacidade concreta de culpabilidade (imputabilidade), consciência da ilicitude e exigibilidade de conduta diversa. Esses três requisitos essenciais nos remetem diretamente à noção de culpa, de liberdade de vontade e responsabilidade.

Entretanto, para que se possa aplicar o conceito de culpabilidade é necessário que a conduta do agente se dirija a produção de um ilícito, o que não é, na maioria das vezes, a intenção de um agente que sofre de transtornos mentais sendo a possibilidade da análise da reprovabilidade da culpabilidade de uma conduta depende da verificação da resolução de vontade não no sentido abstrato, mas, no sentido concreto, examinando a conduta do indivíduo dentro de uma situação específica, de maneira a se concluir se ele poderia – ou não – ter se conduzido de conformidade com o direito. Para essas pessoas que não se determinam conforme o direito há a imposição da medida de segurança.

A medida de segurança, instituto previsto no Código Penal Brasileiro, é espécie do mesmo gênero da pena. Sendo assim, as duas são consequências de um ilícito penal praticado e partilham da mesma natureza, cabendo onde houver a possível imposição de uma sanção penal e tem contornos bem definidos, quais sejam: pressupõe periculosidade do agente, tem um prazo mínimo de 1 (um) a 3 (três) anos, porém o máximo da duração é indeterminado, perdurando a sua aplicação enquanto não for averiguada a cessação da periculosidade, é generalizada à situação de periculosidade do agente, limitando-se a duas únicas espécies (internação e tratamento ambulatorial), conforme determinado pelo art. 96 do Código Penal, são meramente preventivas, a medida de segurança não se aplica aos imputáveis.

Fazendo um paralelo com o direito civil, apresentando ainda o conceito de pessoa com deficiência proposto pelo Estatuto da Pessoa com deficiência, o reconhecimento de que a condição de uma pessoa com deficiência não a torna, automaticamente, uma pessoa incapaz. Os elementos que importam para a limitação da capacidade são o discernimento para tomar decisões

e a aptidão para manifestar sua vontade. Conforme previsto no Estatuto, cabe a uma equipe multidisciplinar verificar a deficiência e também cabe a ela avaliar, se excepcionalmente, a deficiência afeta a autodeterminação da pessoa, ou seja, seu discernimento, assim como, no caso do semi-imputável, cabe a verificação pelo juiz e peritos. Para o civil, parte-se da premissa de que não existe critério absoluto para a determinação da incapacidade em razão da deficiência, sendo abolida de forma veemente como estatuto em vigência. O que se propõe, portanto, é de que a doença, por si só, não geraria a incapacidade. Excepcionalmente, se for reconhecida a ausência de discernimento, poderá ser atribuído pela equipe multidisciplinar, a capacidade relativa e sendo assim, assistência para certos atos.

Em paralelo com o conceito do Art. 26 do Código Penal e a definição dada a deficiência e capacidade pelo direito civil, infere-se que a pessoa com transtornos mentais ou deficiência mental, ao cometer um crime, não é excluída de sua culpabilidade de pronto. Depende então, em paralelo com o civil, da instauração do incidente de sanidade mental e a real comprovação de que aquela deficiência o tornou, ao tempo dos atos, incapaz de se autodeterminar e entender as consequências dos atos que praticou. Sendo assim, o direito civil, em maior ou menor medida se aproxima, depois de anos de vigência do Código Penal, ao sistema biopsicológico, em que a constatação da limitação deve ser dar no caso prático e não apenas na suposta existência de uma deficiência cogente na pessoa que praticou os atos.

Com as claras influências dos movimentos antimacomiciais e a reforma psiquiátrica, propôs-se a reformulação do SUS com a criação da Rede de Atenção Psicossocial, ou RAPS, instituída com a Portaria nº 3088 de 23 de dezembro de 2011, com republicação em 21 de maio de 2013. Ela dispõe sobre a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Tem como objetivos gerais a ampliação do acesso à atenção psicossocial da população em geral, a promoção de vínculos das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias.

Importante ainda ressaltar que, diferentemente da pena que possui diversos critérios de reinserção social, quanto a medida de segurança, o legislador restou silente. Tal situação se mostrou tão insustentável que os próprios hospitais judiciários criaram alternativas tais como: em 1966 foi implantado o regime da Alta Progressiva no Instituto Psiquiátrico Forense Maurício Cardoso de Porto Alegre, permitindo saídas controladas e progressivas da instituição. A alta progressiva ou desinternação progressiva tem o escopo de ajudar e permitir a reinserção social



das pessoas internadas em medida de segurança na comunidade, na família e no convívio social em geral.

Podemos dizer que, por fim, o sistema de saúde mental brasileiro, influenciado pelas modificações propostas pela reforma psiquiátrica tem, através de leis diversas, proposto o reestabelecimento dos direitos civis e políticos dos doentes mentais, a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por hospitais-dia, internação em hospitais gerais, por períodos mínimos, a regulamentação da internação compulsória e a regularização das terapias perigosas como o eletrochoque.

Ademais, podemos perceber claramente as diretrizes do modelo antipsiquiátrico proposto na França em virtude da criação dos centros de saúde descentralizados com acompanhamento semanal ou mensal das pessoas com transtornos mentais. A intenção desse sistema, conforme dito anteriormente, é prevenir que os transtornos mentais se tornem possivelmente perigosos aos pacientes e, para os casos excepcionais, trata-los de forma humana para a reinserção efetiva desses no meio social.

Embora todos esses esforços positivos tenham sido implementados, como conclusão, as diretrizes do direito penal, baseadas na legislação que não tem se adequado à realidade social dos indivíduos que ingressarão nesse sistema geram um excedente que não se adequa as diretrizes da reforma e não tem leito adequado para o cumprimento de suas medidas. Resta assim, num “limbo psiquiátrico-jurídico” a qual a jurisprudência, conforme julgados citados acima, tenta suprir a deficiência.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANACLETO, Veronica Gomes; MORAIS, Lucas Andrade de Moraes; ROLIM, Renata Sousa. **MANICÔMIO JUDICIÁRIO: paradoxo entre a saúde e a segurança pública** [recurso eletrônico]. 2014.

ARBEX, Daniela. **O holocausto brasileiro**. [recurso eletrônico]. 2013.

BARATTA, Alessandro. **Criminologia crítica e crítica do direito penal: introdução à Sociologia do Direito Penal**. 3. ed. Rio de Janeiro, 2002.

BASAGLIA, Franco. **Psiquiatria alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática**. São Paulo: Brasil Debates, 1979.

BASAGLIA, Franco (coord.). **A Instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico**. 3. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2001.

BASAGLIA, Franco. **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

BATISTA, Vera Malaguti. **Vida Nua e Soberania. Discursos Sediciosos** (12). Rio de Janeiro: Revan/Instituto Carioca de Criminologia, 2002.

BASAGLIA, Franco. Prefácio. In MATTOS, Virgílio. **Crime e Psiquiatria: uma saída**. Rio de Janeiro: Revan, 2006.

BRASIL, Rafaela Schneider. **Da Maquinaria Mortífera do Manicômio Judiciário a Invenção da Vida: Saídas Possíveis**. Dissertação de Mestrado apresentada no curso de Pós-graduação em Psicologia Social e Institucional da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2012.

CARVALHO, Salo de; WEIGERT, Mariana de Assis Brasil e. **As Alternativas às Penas e às Medidas Socioeducativas: estudo comparado entre distintos modelos de controle social punitivo** [recurso eletrônico] – 2012.

\_\_\_\_\_. **Sofrimento e Clausura no Brasil Contemporâneo: Estudos Críticos sobre fundamentos e alternativas as penas e medidas de segurança** [recurso eletrônico]. 2017.

CIA, Michele. **Medida de Segurança no Direito Penal Brasileiro: A desinternação progressiva sob uma perspectiva político-criminal**. São Paulo: Editora UNESP, 2011.

CORREIA, Ludmila Cerqueira; LIMA, Isabel Maria Sampaio Oliveira; ALVES, Vânia Sampaio. **Direito das Pessoas Deficientes Mentais que praticam delitos** [recurso eletrônico], 1995.

COSTA, André de Abreu. **Penas e Medidas de Segurança: fundamentos e individualização**. 2ª edição revista, atualizada e ampliada. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2016.

- DIAS, Mariane Mascarenhas; COSTA, André de Abreu. **Medidas de Segurança: A incidência do Retributivismo a partir da Expansão do Direito Penal** [recurso eletrônico], 2014.
- DESVIAT, Manuel. **A Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.
- DIAS, Jorge de Figueiredo; ANDRADE, Manuel da Costa. **Criminologia: o homem delinquente e a sociedade criminógena**. Coimbra: Coimbra, 1992.
- DIETER, Mauricio. **Política Criminal Atuarial: A Criminologia do fim da história**. Rio de Janeiro: Revan, 2013.
- DINIZ, Debora. **A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil: censo 2011** [recurso eletrônico] / Debora Diniz. --Brasília: Letras Livres: Editora Universidade de Brasília, 2013.
- FEITEN, Delmes Rodrigues; DUARTE, Michelle Gangana. **O Estatuto da Pessoa com Deficiência e seu reflexo no exame pericial de incidente de insanidade mental**. [recurso eletrônico]. 2018.
- FERRARI, Eduardo Reale. **Medidas de Segurança e Direito Penal no Estado Democrático de Direito**. São Paulo, Revista dos Tribunais, 2001.
- FLETCHER, George P. **Basic Concepts of Criminal Law**. New York: Oxford University Press, 1998.
- \_\_\_\_\_. The place of victims in the theory of retribution. In: **Buffalo Criminal Law Review**. Berkeley. Vol. 3, No. 1 (April 1999), pp. 51-63.
- \_\_\_\_\_. **With Justice for Some: protecting victims' rights in criminal trials**. New York: Addison –Wesley, 1996.
- FRAGOSO, Heleno Cláudio. **Lições de Direito Penal: parte geral**. Rio de Janeiro: Forense, 1995.
- \_\_\_\_\_. Sistema do duplo binário: vida e morte. In: **Studi in memoria di Giacomo Delitala**. Vol. III. Giuffrè ed., 1984, p. 1907-1930.
- FRANK, Reinhard. **Sobre La estructura del concepto de culpabilidad**. Buenos Aires: Editorial B de F, 2002.
- GUARESCHI, Neuza Maria de Fátima; WEIGERT, Mariana de Assis Brasil e. **A execução das Medidas de Segurança e a Lei da Reforma Psiquiátrica no Brasil Contemporâneo** [recurso eletrônico]. 2015.
- GUARESCHI, Neuza Maria de Fátima; WEIGERT, Mariana de Assis Brasil e. **Entre silêncios e invisibilidades: os sujeitos em cumprimento de medida de segurança nos manicômicos judiciais brasileiros** [recurso eletrônico]. 2015.

GIORGI, Alessandro de. **A Miséria Governada através do Sistema Penal**. Rio de Janeiro: Revan, 2006.

KAPLAN, Harold I.; SADOCK, Benjamin J. e GREBB, Jack A. **Compêndio de Psiquiatria, Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica**. Porto Alegre: ArtMed, 2003.

LEBRE, Marcelo. **Medida de Segurança e Periculosidade: Medo de quem?** [Recurso eletrônico]. Belo Horizonte: Responsabilidades, v.2, 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil: Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental, 15 anos depois de Caracas**. 2005. [recurso eletrônico].

MECLER, Kátia. Periculosidade: Evolução e aplicação do conceito. **Rev Bras Crescimento Desenvolvimento Hum.** 20(1), 2010.

MOUREIRA, Diogo Luna; SÁ, Maria de Fátima Freire de. **A capacidade dos incapazes: Saúde Mental e uma releitura das incapacidades no direito privado**. Belo Horizonte: LumenJuris, 2011.

MOORE, Michael S. **Placing Blame: a theory of the Criminal Law**. New York : Oxford University Press, 1997.

\_\_\_\_\_. Victims and Retribution: **A Reply to Professor Fletcher**. Berkeley. Buffalo Criminal Law Review, Vol. 3, No. 1 (April 1999), pp. 65-89.

NAUCKE, Wolfgang; HASSEMER, Winfried; LÜDERSEN, Klaus. Principales problemas de la prevención general. Buenos Aires : Editorial B de F, 2004.

PERES, Maria Fernanda Tourinho e NERY FILHO, Antônio. **Doença Mental no Direito Penal** [recurso eletrônico]. 2002.

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** [recurso eletrônico]. Revista FGV DIREITO SP: 2017.

QUEIROZ, Paulo de Souza. **Direito Penal: introdução crítica**. São Paulo: Saraiva, 2001.  
QUEIROZ, Paulo. **Direito Penal: parte geral - 4ª edição completamente revista e ampliada**. Rio de Janeiro : Lumen Juris, 2008.

RAUTER, Cristina. **Criminologia e Subjetividade no Brasil. 1ª edição**. Editora Revan. 2003.

PIMENTA, Victor Martins. **Por trás das grades. 1ª edição**. Editora Revan. 2018.

SÁ, Maria de Fátima Freire. LUNA, Diogo Moreira. **A capacidade dos incapazes: saúde mental e uma releitura da teoria das incapacidades no direito privado / Maria de Fátima Freire de Sá, Diogo Luna Moureira**. - Imprensa: Rio de Janeiro, Lumen Juris, 2011.

SANCHÉZ, Jesús-Maria Silva. **A Expansão do Direito Penal: Aspectos da política criminal nas sociedades pós-indutrias**. 2ªed. Barcelona, Revista dos Tribunais, 2010.

\_\_\_\_\_. **A expansão do Direito Penal: Aspectos da política criminal nas sociedades pós-tradicionais. 2ª ed.** São Paulo : Revista dos Tribunais, 2011.

\_\_\_\_\_. **Aproximação ao Direito Penal Contemporâneo.** São Paulo: Revista dos Tribunais, 2011.

\_\_\_\_\_. **La expansión del Derecho Penal. 2ª ed.** Madrid: Civita, 2001.

\_\_\_\_\_. **La Expansión del Derecho Penal: aspectos de la política criminal en las sociedades postindustriales. Segunda edición, revisada y ampliada.** Madrid: Civitas, 2001.

SCARCELLI, Ianni Regia. **O Movimento antimanocomial e a rede substitutiva em saúde mental: a experiência do município de São Paulo 1989 – 1992 [recurso eletrônico].** São Paulo. 1998.

SILVA, Haroldo Caetano da. **Reforma Psiquiátrica nas Medidas de Segurança: a Experiência Goiana do Paili [recurso eletrônico].** Revista Brasileira Crescimento e Desenvolvimento Humano. 2010;

SOUZA, Iara Antunes. **Estatuto da Pessoa com Deficiência: curatela e saúde mental.** Editora D'Plácido, 2016.