

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO  
CURSO DE DIREITO**

**NICOLY APARECIDA DA SILVA**

**MEDIDAS DE SEGURANÇA E SUA ADEQUAÇÃO COM AS NORMAS  
SOBRE SAÚDE MENTAL**

**OURO PRETO  
2023**

**NICOLY APARECIDA DA SILVA**

**MEDIDAS DE SEGURANÇA E SUA ADEQUAÇÃO COM AS NORMAS  
SOBRE SAÚDE MENTAL**

Trabalho apresentado a Universidade Federal de  
Ouro Preto – UFOP, Campus Morro do Cruzeiro,  
como requisito para obtenção do título de bacharel  
em Direito.

Orientador: Prof. Dr. André de Abreu Costa

**OURO PRETO**

**2023**



## FOLHA DE APROVAÇÃO

**Nicolly Aparecida da Silva**

**Medidas de Segurança e sua adequação com as normas sobre saúde mental.**

Monografia apresentada ao Curso de Direito da Universidade Federal de Ouro Preto como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Direito.

Aprovada em 29 de março de 2023.

Membros da banca

Prof. Dr. André de Abreu Costa - Orientador(a) (Universidade Federal de Ouro Preto - UFOP)  
Prof. Me. Edvaldo Costa Pereira Júnior (Universidade Federal de Ouro Preto - UFOP)  
Mestranda Yandra Karolliny Santos de Carvalho (Programa de Pós-Graduação em Direito - UFOP)

André de Abreu Costa, orientador do trabalho, aprovou a versão final e autorizou seu depósito na Biblioteca Digital de Trabalhos de Conclusão de Curso da UFOP em 29 de março de 2023.



Documento assinado eletronicamente por **Andre de Abreu Costa, PROFESSOR DE MAGISTERIO SUPERIOR**, em 30/03/2023, às 13:19, 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 **0501396** e o código CRC **8EDDCE1C**.

À minha família, que sempre esteve ao meu lado nessa longa jornada da graduação, e ao GECiP, sem o qual esse projeto não existiria.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a minha família, em especial minha mãe e meu pai, que são meu porto seguro, e a razão de eu continuar de pé todos os dias. Agradeço à Deus, por me dar forças e perseverança para conseguir chegar até o presente momento, no fim da graduação.

Agradeço aos meus amigos, que tornaram minha graduação bem mais leve e tranquila. E principalmente, agradeço ao Grupo de Estudos em Ciências Penais, lugar onde pude ter o prazer de adentrar no mundo da criminologia, e onde tive as melhores experiências e oportunidades da graduação. Sem esse maravilhoso grupo de estudos, sequer esse Trabalho de Conclusão de Curso existiria, pois foi no âmbito das nossas discussões que surgiu a ideia de pesquisa.

Agradeço aos meus professores, e a toda a equipe da universidade, pelo excelente trabalho. Para finalizar os agradecimentos, não poderia deixar de aproveitar essa oportunidade para agradecer a um grande professor e amigo, orientador do presente projeto, Prof. Dr. André de Abreu Costa, por todo apoio. Como ele mesmo sempre diz, existem pessoas que são luz, que chegam na vida da gente para trazer paz, e para mim, ele foi uma dessas pessoas, sem as quais o presente momento não seria possível.

*“Façam tudo com amor”.*  
1 Coríntios 16:14

## RESUMO

O presente trabalho se propõe a realizar um estudo acerca da adequação do instituto de Direito Penal das Medidas Segurança às novas diretrizes e normas em saúde mental. Pretende-se, portanto, entender se o instituto se amolda ao que se entende por tratamento psicológico na legislação atual, e no meio do Sistema Único de Saúde. Para chegar a tal resposta, foi utilizada a pesquisa bibliográfica e a análise e comparação legislativa, passando por uma exposição acerca das Medidas de Segurança, pela análise da Lei Antimanicomial, e exposição das Portarias de Consolidação de nº 3 e 5 do Ministério de Saúde do Brasil. Ao final, percebeu-se a completa inadequação do instituto das Medidas de Segurança ao sistema de saúde mental, vez que a forma de lidar com o louco infrator vai contra tudo aquilo que se entende por tratamento mental adequado atualmente. Propõe-se uma compatibilização temporária entre o instituto e as normas de saúde mental por meio dos programas de atenção psicossocial ao louco infrator, oportunidade em que se expõe a excelente experiência dos estados de Minas Gerais e Goiás com o PAII (Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator) e PAI-PJ (Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário Portador de Sofrimento Mental). Contudo, se entende que este é um caminho de compatibilização temporária, com fins de fechar os manicômios judiciais, e possibilitar a exclusão das Medidas de Segurança do sistema jurídico brasileiro.

**Palavras-chave:** Medidas de Segurança. Lei antimanicomial. Saúde Mental. Inimputabilidade.

## ABSTRACT

The present study work claim to carry out a study about the evolution of the Institute of Criminal Law from Security Measures to the new guidelines and norms in mental health. It is intended, therefore, to understand whether the institute conforms to what is understood by psychological treatment in current legislation, and in the midst of the Unified Health System of Brazil. To reach that answer, bibliographical research and legislative analysis and comparison were used, passing through an exposition about the Security Measures, by the analysis of the Anti-Asylum Law, and exposition of the Consolidation Ordinances nº 3 and 5 of the Ministry of Health of the Brazil . In the end, its possible to see the complete inadequacy of the Institute of Security Measures for the mental health system, since the way of dealing with people with mental disorder who commits a crime goes against everything that is currently understood by adequate mental treatment. A temporary compatibility between the institute and mental health norms is proposed through psychosocial care programs for this people with mental disorder who commits a crime, an opportunity in which the excellent experience of the states of Minas Gerais and Goiás with PAILI (Integral Care Program for the Crazy Offender) and PAI-PJ (Integral Care Program for Judiciary Patients with Mental Disorder). However, it is understood that this is a path of temporary compatibility, with the purpose of closing the judicial asylums, and enabling the exclusion of Security Measures from the Brazilian legal system.

**Key-words:** Security Measures. Anti-Asylum Law. Mental health. Inimputability.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

HCTP	Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico
PAILI	Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator
PAI-PJ	Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário Portador de Sofrimento Mental
RAP	Rede de Atenção Psicossocial
SUS	Sistema único de Saúde

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO .....	7
2. MEDIDAS DE SEGURANÇA: CONSIDERAÇÕES GERAIS .....	9
3. LEI ANTIMANICOMIAL E NORMATIVA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE .....	18
4. AFINAL: AS MEDIDAS DE SEGURANÇA SE ADEQUAM AO QUE DISPÕE A LEI ANTIMANICOMIAL E AS NORMATIVAS DE SAÚDE MENTAL DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE? .....	25
5. UMA LUZ NO FIM DO TÚNEL: OS PROGRAMAS DE ATENÇÃO AO LOUCO INFRATOR .....	30
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	34
REFERÊNCIAS .....	37

## 1. INTRODUÇÃO

O tema das Medidas de Segurança e da saúde mental vem ganhando contorno nas discussões acadêmicas já a algumas décadas, e sempre traz consigo a compreensão de que a forma com que o sistema jurídico trabalha com os problemas de saúde mental talvez não seja adequado às novas visões e interpretações de qual a melhor maneira de lidar com a pessoa com transtornos mentais.

Produções audiovisuais como “O Holocausto Brasileiro”, pensado por Daniela Arbex e Armando Mendz em 2016 trazem uma visão humanista acerca do tratamento que beira à tortura aplicado aos pacientes em sofrimento mental no Manicômio de Barbacena, Minas Gerais, demonstrando que esses locais, em verdade, realizavam verdadeira desumanização daqueles indivíduos, com torturas mascaradas de tratamento médico, sendo amplamente aceitas pela sociedade até então. É nesse âmbito de revelações e compreensão do absurdo que são os manicômios, em especial os judiciários, é que surge a presente pesquisa.

Em 2020, o Grupo de Estudos em Ciências Penais<sup>1</sup> da Universidade Federal de Ouro Preto, em Minas Gerais, se propôs a ouvir e conversar com alguns dos maiores nomes do estudo das Medidas de Segurança no Brasil, nessa nova compreensão trazida pela Lei Antimanicomial. Foi durante as discussões daquele semestre que surgiu o questionamento que dá origem ao presente trabalho: Afinal, as Medidas de Segurança são adequadas ao Sistema Normativo de Saúde?

Assim, a presente pesquisa tem por finalidade responder esse importante questionamento, buscando entender se o instituto das medidas de segurança se enquadra nas normas de saúde mental da forma como previsto no Código Penal Brasileiro, e se é possível realizar essa adequação. Para chegar a uma resposta para este questionamento, será necessário um estudo direcionado. No primeiro capítulo será realizado um estudo breve acerca do instituto das Medidas de Segurança em acordo com o Código Penal brasileiro, passando por sua definição e características, de maneira sucinta, com considerações gerais. Esse primeiro momento tem por fim

---

<sup>1</sup> O Grupo de Estudos em Ciências Penais é um projeto que proporciona discussões acadêmicas acerca do Direito Penal e da Criminologia. Nasceu na Universidade Federal de Ouro Preto, Minas Gerais, por meio da iniciativa do Professor Doutor André de Abreu Costa. O grupo propicia a pesquisa científica e conta com publicação de artigos e livros que criaram forma em razão desse espaço de discussões.

uma apresentação breve do tema ao leitor, tracejando especificamente a compreensão da legislação penal acerca dos caminhos do louco infrator.

O segundo capítulo, por sua vez, trará ao leitor uma apresentação da legislação acerca da saúde mental, sendo trazida análise da chamada Lei Antimanicomial em conjunto com a normativa do Sistema Único de Saúde brasileiro sobre o tratamento da pessoa em sofrimento mental no âmbito da saúde mental e psicossocial. Aqui, se terá uma compreensão do tema a partir do viés da saúde pública, e não do Direito Penal, entendendo como os profissionais da saúde propõe que o tema deve ser tratado.

Ao terceiro capítulo, será feito um exame acerca da adequação da normativa do *codex* penal com essas normas que regulam o tratamento da saúde mental no país, por meio da comparação legislativa. Nessa oportunidade, serão trazidos os exemplos nacionais do Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator – PAILI e do Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário Portador de Sofrimento Mental – PAI-PJ, visando entender a possibilidade de tais programas serem ou não uma solução de compatibilização entre as Medidas de Segurança e as normas de saúde pública.

Esse traço de estudos permitirá chegar à conclusão quanto ao questionamento inicial da pesquisa, por meio da análise e comparação legislativa e de um estudo acerca dos Programas de Atenção ao louco infrator. A primeira compreensão sobre o tema sugeri pela não adequação das Medidas de Segurança aos sistemas normativos de saúde mental, vez que se trata de instituto arcaico e de deslegitimação de uma parte marginalizada da população, normalmente esquecida pelos demais.

## 2. MEDIDAS DE SEGURANÇA: CONSIDERAÇÕES GERAIS

O primeiro passo do presente estudo será a exposição do objeto de pesquisa: as Medidas de Segurança. Considerando que o tema já foi exaustivamente esmiuçado por autores nacionais mais qualificados, que trataram acerca das especificidades do instituto, será realizado apenas um breve e conciso apanhado, para introdução do tema ao leitor, sem, contudo, pormenorizar ou verticalizar nas minúcias que não agreguem à busca pela resposta ao questionamento da presente pesquisa<sup>2</sup>. A fim de organizar melhor a exposição, o capítulo será dividido em três momentos diferentes. No primeiro, será exposto como se inicia a aplicação das medidas de segurança, ou seja, o que leva à sua imposição na prática, nos termos da legislação penal vigente. Depois, serão expostas quais as espécies de medida de segurança no Brasil, momento em que será explanado como as medidas são cumpridas. Por fim, no último momento de estudo, será discutido qual a “porta de saída” das medidas de segurança, ou seja, quando são consideradas cumpridas as medidas de segurança e como elas acabam.

### 2.1 AS MEDIDAS DE SEGURANÇA E SEUS CRITÉRIOS DE IMPOSIÇÃO

As medidas de segurança são um instituto do Direito Penal, destinado à figura do agente de ilícito penal inimputável ou semi-imputável. Na legislação penal, a figura das medidas de segurança se encontra ao lado da apresentação das espécies de pena. As penas são a resposta dada àquela pessoa imputável, que é aquela que é capaz de discernimento e autodeterminação, que comete delito. A medida de segurança, lado outro, é a resposta do direito penal para quando uma pessoa inimputável em razão de ausência de higidez mental, que é que não possui capacidade de discernimento e autodeterminação, comete injusto penal.

---

<sup>2</sup> Em caso de interesse em saber de maneira mais aprofundada sobre o instituto das Medidas de Segurança, indico as obras:

**BRANCO, Thayara Castelo.** A (des)legitimação das medidas de segurança no Brasil 2. ed., rev. e ampl. - Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2018.

**CAETANO, Haroldo.** Loucura e direito penal: pisttas para a extinção dos manicômios judiciais/ Haroldo Caetano; Silvia Tedesco, orientadora. Niterói, 2018.

**COSTA, André de Abreu.** Penas e Medidas de Segurança: fundamentos e individualização. 3ª edição revista, atualizada e ampliada. Rio de Janeiro : Lumen Juris, 2018.

**WEIGERT, Mariana de Assis Brasil.** Medidas de Segurança e Reforma Psiquiátrica: Silêncios e Invisibilidades nos Manicômios Judiciais Brasileiros. 1. ed. Florianópolis: Empório do Direito, 2017. 206p

Importante destacar que a inimputabilidade penal pode advir tanto da ausência de higidez mental, como pelo critério etário ou pela embriaguez involuntária. Contudo, na presente pesquisa, se trabalha dentro do recorte da inimputabilidade gerada em razão do sofrimento psíquico, e não da idade. Isso porque, as medidas de segurança, afinal, são a resposta dada pelo direito penal ao indivíduo em sofrimento mental que comete injusto penal, não se aplicando ao inimputável em razão da idade.

A inimputabilidade, no finalismo, é uma das causas da exclusão da culpabilidade do sujeito, de modo que interfere na forma com que o sistema punitivo vai responder à conduta ilícita praticada por essa pessoa inimputável. Nesse sentido leciona o autor Salo de Carvalho:

Para os sistemas tradicionais das ciências criminais (teoria do direito penal e teoria criminológica), a noção de sujeito (responsável) decorre da constatação de sua capacidade de compreensão e de escolha: conhecimento da ilegalidade da conduta e dos seus efeitos; opção livre e consciente pelo ilícito. A condição de sujeito cognoscente com liberdade de ação possibilita ao direito penal atribuir culpabilidade ao autor do fato, habilitando os mecanismos executivos de imposição da pena. Ausente a culpabilidade, inexistente delito e, portanto, inaplicável a pena. Apesar de a fundamentação da pena ter sido alterada desde as fundações do direito penal na modernidade – sobretudo no século passado com a inserção dos postulados ressocializadores pelo correccionalismo, conforme trabalhado anteriormente – , o caráter retributivo permanece como um centro nervoso que identifica a forma jurídica da pena criminal. (CARVALHO, 2020, p. 557)

No Direito Penal brasileiro, a inimputabilidade ou semi-imputabilidade em razão de ausência de higidez mental funciona como uma espécie de “porta de entrada” para a aplicação das Medidas de Segurança e não da pena. O conceito legal dessa inimputabilidade é trazido pelo artigo 26 do Código Penal Brasileiro:

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.

Fator curioso acerca desse instituto é que, tecnicamente, a sentença que imputa ao sujeito a aplicação de Medida de Segurança é absolutória, nos termos do artigo 386 do Código de Processo Penal brasileiro. Trata-se, portanto, de uma sentença tecnicamente absolutória, mas que “condena” o sujeito a cumprir a Medida de Segurança. Essa figura curiosa de uma sentença absolutória que em verdade condena, é chamada pela doutrina brasileira de “sentença absolutória imprópria”.

Normalmente, as Medidas de Segurança são aplicadas por meio dessa anomalia que são as sentenças absolutórias impróprias. Contudo, pode ocorrer de o sujeito ser condenado a pena, em sentença condenatória penal, e no curso de seu cumprimento, se entenda pela necessidade de tratamento mental, de modo que se substitui a pena pela Medida de Segurança. Essa hipótese é prevista no artigo 98 do Código Penal Brasileiro:

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.

Por fim, quando durante o cumprimento de pena privativa de liberdade sobrevier doença mental ou perturbação da saúde mental, também deve a pena ser substituída pela medida de segurança, nos termos da Lei de Execução Penal:

LEP

Art. 183. Quando, no curso da execução da pena privativa de liberdade, sobrevier doença mental ou perturbação da saúde mental, o Juiz, de ofício, a requerimento do Ministério Público, da Defensoria Pública ou da autoridade administrativa, poderá determinar a substituição da pena por medida de segurança.

Assim, temos na legislação penal brasileira, em síntese, duas hipóteses que levam à aplicação das medidas de segurança. A primeira é aquela em que desde a persecução penal se percebe que o sujeito tem pouca ou nenhuma capacidade de autodeterminação, na qual é proferida a sentença absolutória imprópria, em que se condena à aplicação a medida de segurança. A segunda, é aquela em que o sujeito, no curso do cumprimento de pena, que foi imposta em sentença condenatória penal, é acometido pela necessidade tratamento curativo, ou lhe sobrevêm doença mental ou perturbação de saúde mental, situação que enseja a substituição da pena pela medida de segurança.

## 2.2. AS MEDIDAS DE SEGURANÇA E SUAS ESPÉCIES

Uma vez vistas quais são as portas de entrada para as medidas de segurança, cumpre ver quais as suas espécies ou formas de aplicação na legislação

penal. As espécies são previstas pelo artigo 96 do Código Penal, que estabelece duas modalidades de cumprimento de medidas de segurança: internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico; e sujeição a tratamento ambulatorial. O critério utilizado para saber em qual modalidade o sujeito irá cumprir a medida de segurança está previsto no artigo 97 do Código Penal brasileiro, onde temos que “ se o agente for inimputável, o juiz determinará sua internação (art. 26). Se, todavia, o fato previsto como crime for punível com detenção, poderá o juiz submetê-lo a tratamento ambulatorial” (CP 1984).

Assim, se o crime for punível com detenção, a modalidade de medida de segurança poderá ser o tratamento ambulatorial, ao passo que se for punível com detenção, deverá ser realizado por meio de internação. Há que se destacar que pela leitura do artigo, a interpretação da norma sugere que a regra é que se aplique a modalidade de internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico (HCTP), sendo o tratamento ambulatorial uma segunda via. Isso porque, conforme aduz o artigo, somente quando o crime for punível com detenção, é que o juiz pode submeter o agente ao tratamento ambulatorial, mas mesmo em crimes puníveis com detenção, o juiz pode optar pela aplicação da modalidade de internação.

A figura dos manicômios judiciários, como são popularmente chamados os HCTP's, traz em si uma junção de dois mundos muito antagônicos: o sistema prisional e o tratamento psicossocial. O hospital de custódia e tratamento psiquiátrico se propõe a ter características terapêuticas, ao mesmo tempo que possui a estrutura de uma penitenciária. Essa tentativa de enquadrar dois universos tão diferentes no mesmo local traz um claro problema de logística. Afinal, não se sabe como seria possível receber tratamento psicossocial de qualidade enclausurado em uma penitenciária, afastado do âmbito social, familiares, e sendo submetido a condições precárias de vida e saúde.

Haroldo Caetano evidencia o antagonismo da figura do HCTP em seu estudo:

A remissão direta ao art. 88 da LEP faz com que, na construção do HCTP, sejam seguidas as regras básicas do projeto arquitetônico da penitenciária, ou seja, o estabelecimento penal destinado aos condenados do regime prisional fechado, o mais rigoroso que existe. O HCTP será, então, um hospital com celas! Um hospital que não tem como principal e primeira preocupação o tratamento de seus pacientes, mas a sua contenção, e em condições tão gravosas quanto as que são estabelecidas para os presidiários

comuns submetidos às punições mais severas do ordenamento jurídico-penal brasileiro. (CAETANO, 2018, p. 47)

Em excelente visão da realidade, o referido autor traz que, ao se propor a ser um hospital/prisão, o HCTP em verdade traz um antagonismo que sempre irá pender para o lado prisional, sendo os diretores desses hospitais agentes penitenciários, e as regras de conduta do estabelecimento ditadas por estes. Essa sobressalência acaba por resultar em verdadeiros ambientes prisionais, porém com condições ainda piores que estes, em razão da condição mental dos enclausurados. Se torna, assim, um ambiente de violações aos direitos humanos que não são vistas externamente, ou se dá pouca importância a essas violações, em razão da falsa compreensão de que os atos são feitos em prol do “tratamento mental” do sujeito, com total desinformação do que seja um tratamento psicossocial adequado à pessoa portadora de sofrimento mental. Em verdade, ao invés de receber tratamento adequado nesses hospitais de custódia, o sujeito submetido à internação pode apresentar inúmeras pioras em seu quadro psíquico, em razão do afastamento compulsório da vida social e familiar, sendo afastado da realidade em um ambiente prisional.

### 2.3. MEDIDAS DE SEGURANÇA: PRAZO E TERMO FINAL

Pois bem, entendemos então quais as hipóteses em que são aplicadas as medidas de segurança e quais as formas de cumprir essas medidas. Resta discutir, assim, o mais importante: quando acaba o cumprimento de medida de segurança? Ou ainda, como ocorre a desinternação do sujeito, ou a interrupção do tratamento ambulatorial? Nesse momento, se entra na área mais instável do estudo, alvo de inúmeras indagações e questionamentos, senão vejamos.

Ao contrário das penas convencionais, as medidas de segurança não possuem um prazo para acabar. O Código Penal em seu artigo 97, parágrafo 1º, traz que a internação será por tempo indeterminado, perdurando enquanto houver “periculosidade”, sendo o prazo mínimo de um a três anos.

Assim, não há um prazo máximo para a duração da internação, e sim um prazo mínimo. A forma de saída do cumprimento das medidas de segurança, não se dá, dessa forma, por meio de cumprimento de um período determinado de

“tratamento”, e sim por meio de um laudo pericial que demonstre a cessação da periculosidade do agente.

A periculosidade é mais uma anomalia do universo teórico das medidas de segurança. Principalmente porque, em momento algum, a legislação penal delimita um conceito para o que seja essa “periculosidade”, sendo assim um conceito extremamente amplo e discricionário. No direito penal brasileiro atualmente temos uma vinculação de uma noção de periculosidade à loucura. Seria uma ideia de que o louco infrator é naturalmente ou intrinsecamente “perigoso”, representando um risco a sociedade, devendo ser mantido afastado desta.

A insegurança jurídica gerada por esse conceito tão amplo é algo que não é novidade, uma vez que já foi amplamente discutido no meio acadêmico. Em suma, a periculosidade é conceituada por diversos autores de diferentes formas, sendo a tradução genérica do termo aquela pessoa que apresenta perigo para a sociedade ou para si mesmo.

Conforme Fernanda Otoni de Barros-Brisset questiona, “por que a ideia de que louco é perigoso parece tão natural, uma vez que se alienar, dar um ataque ou mesmo cometer um crime não é algo exclusivo da loucura?” (BARROS-BRISSET, 2010)

A autora critica o fato de que juridicamente existe uma vinculação entre uma suposta periculosidade e os transtornos mentais. Conforme ela narra, essa não é uma noção exclusiva dos tempos atuais, uma vez que o preconceito e o medo social para com aqueles que se comportam de maneira diferente é algo que se vê perpetuado na história. Contudo, é de se admirar que em um momento tal qual o que estamos vivendo de avanços sociais e acadêmicos, ainda se vincule a periculosidade à um indivíduo em razão de sua condição mental. Afinal, como aponta a autora a quem nos referenciamos agora, “dar um ataque” ou “cometer um crime” não são coisas exclusivas à loucura, muito pelo contrário. Então, por qual razão esse conceito está relacionado a esse grupo específico de pessoas?

Fernanda Otoni busca na história essas respostas, apontando a teoria de Pinel como a possível origem da “loucura perigosa”, uma vez que em suas obras associa a loucura com uma espécie de déficit moral:

Nesse ponto, o trabalho esclarece que foi na obra pineliana que, de fato, se inaugurou a ideia de uma loucura perigosa por si; isso é possível porque sua teoria refundou o conceito de alienação mental com base na tese do déficit

moral. Desde então, veremos a ideia de uma loucura perigosa, imprevisível, violenta, sem culpa e sem razão. Demente sim, não criminoso. A doença desculpa o crime, atos sem culpa. Por isso o tratamento passa a ser moral. (BARROS-BRISSET, 2011, p.45)

Após a inauguração dessa tese, muitos outros autores seguem essa linha de pensamento, trazendo a loucura cada vez mais para uma noção de perigo e imoralidade, de violência:

De Pinel a Lombroso, passaram-se cem anos, e a exceção dos dementes foi se tornando a regra de todos os delinquentes, e o que não mudará nesse discurso, seja nos monomaníacos, seja nos degenerados ou no homem delinquente, é a ideia pineliana de um déficit moral intrínseco na loucura, o que faz dos loucos indivíduos intrinsecamente perigosos. (BARROS-BRISSET, 2011, p.46)

Haroldo Caetano, em sua obra “Loucos por Liberdade” também traz uma importante crítica à essa vinculação estabelecida na lei entre periculosidade e loucura. Os doutrinadores do Direito Penal apontam que o sistema penal brasileiro é o “Direito Penal do Fato”, onde se pune e se aprecia o fato cometido, e não quem o cometeu. Contudo, na criminologia se aponta que em verdade o sistema penal é o “Direito Penal do Autor”, aquele onde se pune e se aprecia o autor do fato, a pessoa que cometeu o ato ilícito. O escritor a quem nos referimos traz uma ligação entre essa imputação da criminologia e a noção do louco perigoso:

Se não existe lugar para o direito penal de autor no estado democrático de direito, também não há espaço para que a periculosidade seja admitida como fundamento na imposição de sanções penais, uma vez que ela – a periculosidade – resulta da análise de condições inerentes ao próprio indivíduo e não ao delito. Ao se afastar do ato para se aproximar da punição do próprio indivíduo a partir de condições biopsicológicas, a periculosidade deixa de ter, como pretendo demonstrar, qualquer sustentação no regime constitucional brasileiro. (CAETANO, 2018, p. 76)

Em síntese, após anos, a vinculação de violência e imoralidade à loucura permaneceu na sociedade, de modo que se pune a pessoa do louco infrator, e não o ato ilícito que cometeu em si. E foi essa vinculação que inaugurou a figura das “Medidas de Segurança”. Assim, o instituto é aquilo que se propõe a ser: um mecanismo voltado à alienação do louco, indivíduo intrinsecamente perigoso e violento, da sociedade.

Há grande importância em saber o que o instituto se propôs a ser desde o princípio para entender os seus meios de funcionamento. Se o objetivo é livrar a

sociedade do perigo eminente do louco infrator, então a alienação desses indivíduos com o enclausuramento em manicômios com a desculpa de um tratamento psiquiátrico foi a solução ideal.

Conforme aponta também Haroldo Caetano, mais abstrato que o conceito de periculosidade é o conceito de sua cessação (CAETANO, 2018, p. 88). Conforme dito anteriormente, para a liberação de um agente submetido a medida de segurança, é necessário um laudo que determine a cessação da periculosidade no agente. Esse laudo é dado após a realização de um exame, que somente poderá ser feito pela primeira vez após escoado o prazo mínimo de internação.

Mas, como há uma vinculação da periculosidade como algo intrínseco ao louco por toda uma visão histórica e sistêmica do assunto, raras são as oportunidades em que esse laudo é dado, afinal, a maior parte dos sofrimentos de natureza mental são permanentes, e se essa ausência de higidez mental não some com o tratamento, então o indivíduo continua sendo visto como perigoso.

Assim, temos uma noção de perpetuação no tempo da medida de segurança, conforme expõe a autora Mariana de Assis Brasil e Weigert:

E a abertura para perpetuidade da medida de segurança ocorre não apenas pelas regras do Código Penal, mas, sobretudo, pela injustificável omissão constitucional no que tange aos limites da medida de segurança. Apesar do extenso rol de princípios e regras constitucionais sobre a forma de delimitação, de aplicação e de execução das penas, a Constituição Federal eximiu-se de tratar o tema das medidas de segurança, notadamente no que tange aos seus limites – “não haverá penas: a) de morte, salvo em caso de guerra declarada, nos termos do art. 84, XIX; b) de caráter perpétuo; c) de trabalhos forçados; d) de banimento; e) cruéis” (art. 5º, XLVII, Constituição). Nada referiu em relação às medidas de segurança e já que tecnicamente pena e medida não são sinônimos, as medidas estariam excluídas de tal dispositivo constitucional. (WEIGERT, 2015, p.99)

Nesse mesmo sentido, entende Haroldo Caetano, que traz o problema relacionado à exigência desse laudo que identifica a suposta cessação de uma periculosidade do sujeito:

Causa espanto a grande quantidade de pacientes/presos com laudo de periculosidade positivo para sua cessação, mesmo diante de ausência de informação em número significativo (sete, em dezessete, ou mais de 41%). É que o laudo que aponta a cessação de periculosidade deveria imantar, necessariamente, o “alvará de soltura” da alta asilar. (...) Importante ressaltar que em apenas 17% dos casos são cumpridos os prazos de periodicidade para os exames de cessação de periculosidade, que é anual, segundo os artigos 97, §§ 1º e 2º do Código Penal e artigos 175 e 176 da Lei de Execução

Penal. Em 35,29%, ou em mais de um a cada três casos, não é cumprida a periodicidade estabelecida em lei. (CAETANO, 2018, p.102)

Recentemente têm-se chamado atenção para o absurdo que é esse enclausuramento forçado dos loucos infratores por tempo indeterminado, já que muitas das vezes uma pessoa em sofrimento mental que comete um delito simples como o furto acaba ficando recluso da sociedade por mais tempo que um indivíduo com higidez mental que cometeu um homicídio. Assim, esse questionamento chegou aos grandes tribunais brasileiros, que passaram a consolidar o entendimento de que o tempo de duração de uma medida de segurança não deve ultrapassar o limite máximo de pena abstratamente cominado ao delito praticado (SÚMULA 527 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA).

Dessa forma, expostos os conceitos principais das medidas de segurança no Direito Penal Brasileiro, se percebe que é um instituto repleto de problemas. Contudo, para entender melhor onde residem esses problemas, necessário o estudo das legislações que tracejam o sistema de saúde pública, bem como a lei antimanicomial, o que passamos a fazer a seguir.

### 3. LEI ANTIMANICOMIAL E NORMATIVA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Compreendidos, então, os aspectos gerais das medidas de segurança trazidos pelas normas penais brasileiras, cumpre adentrar ao estudo das normativas acerca de saúde pública. Assim, faremos primeiro a exposição da Lei Antimanicomial, com seus princípios e normas, para que se demonstre como essa legislação determina que seja feito o tratamento da pessoa portadora de sofrimento mental. Após, serão expostas as Portaria de Consolidação nº 3 e 5 do Ministério da Saúde, com fins de mostrar como o tema a tratado dentro do Sistema Único de Saúde.

#### 3.1. A LEI 10.216 DE 2001

Impossível trazer a Lei Antimanicomial sem antes tratar, mesmo que de forma breve, sobre o movimento social que lhe deu causa: a luta antimanicomial e a reforma psiquiátrica. De maneira sucinta e genérica, sem adentrar na extensa história dessa onda de pensamento, pretende-se agora realizar breve exposição introdutória.

A reforma psiquiátrica ou a luta antimanicomial teve como berço a Itália, primeiro país a legislar a proibição de construção de novos hospitais psiquiátricos, através da Lei 180, de 13 de maio de 1978. Foi através desse precursor que se difundiu a mudança de paradigmas no assunto da saúde mental, trazendo inúmeros questionamentos acerca dos meios adequados para o tratamento de pessoas portadoras de transtornos mentais. Tais atitudes do governo italiano trouxeram a discussão à baila em diversos países, até mesmo nos Estados Unidos da América.

Trata-se de uma “virada de chave”, ou de uma percepção renovada da realidade, aonde se voltaram os olhares para as realidades vividas nos manicômios, onde os sujeitos ali internados viviam em condições análogas às vividas pelos judeus nos antigos campos de concentração na segunda guerra mundial. Percebeu-se que, diante de tantas atrocidades vividas e que foram tão repudiadas, haviam nesses lugares a perpetuação da violência, do preconceito e da desumanização.

No Brasil, o movimento ganha força na década de 70, quando começam a surgir manifestações por meio dos profissionais de saúde e dos familiares de pessoas internadas em manicômios. Contudo, as atitudes legislativas demoraram ainda muito tempo para serem tomadas, vindo a ganhar forma somente em 2001, com a

promulgação da Lei 10.216, que tem por fins a proteção aos direitos dessas pessoas que sofrem com transtornos mentais, e determina regras acerca de seu tratamento.

A norma ficou conhecida por vários nomes, dentre eles “Estatuto do Louco”, vez que versa sobre a forma que todo e qualquer atendimento em saúde mental deve ser feito em relação a esses indivíduos. A Lei Antimanicomial trouxe consigo uma mudança no cerne do tratamento em saúde mental, estabelecendo como princípio o respeito à dignidade humana, e com viés de proteção aos direitos do portador de transtorno psiquiátrico.

Ao contrário do que se pensava antes, tendo a internação como a regra no tratamento de transtornos mentais, a nova lei determina a subsidiariedade da internação, tomando esta enquanto última *ratio*, devendo ser aplicada somente quando todos os outros recursos não forem suficientes no caso concreto. Isso porque, nessa nova forma de enxergar a situação do portador de transtorno psíquico, se entende que o tratamento psicológico está diretamente ligado ao ambiente social e familiar, de modo que o objetivo do tratamento sempre deve ser a reinserção nesse ambiente social e comunitário e a integração no ambiente familiar. Com esse viés voltado à atenção psicossocial, se conclui pela ineficiência completa das internações, vez que o isolamento do sujeito em condições asilares seria a completa anulação de sua vida social e familiar, fator esse que apenas atrapalha no tratamento terapêutico.

Por isso, ainda que se tenha a previsão expressa de internações na Lei Antimanicomial, essa é apresentada como possível apenas no último caso, e mesmo que ocorra, deve ter como objetivo firmado a reinserção social e familiar, não devendo nunca ser algo permanente. São previstas três modalidades de internações: voluntária, involuntária e compulsória. A internação voluntária, que como a nomenclatura diz, é realizada por consentimento do usuário dos serviços, o que pressupõe que este, apesar de acometido por transtornos mentais, seja capaz de discernir o suficiente para tomar tal decisão por contra própria. Nessa modalidade, o fim da internação se dá com solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico responsável por este. A internação involuntária se opera sem esse consentimento da pessoa, a pedido de terceiro, e somente pode ocorrer mediante laudo médico circunstanciado, evidenciando os motivos para tal, e deve ser comunicada ao Ministério Público Estadual. Esse tipo de internação pode findar por solicitação do familiar, responsável legal, ou pelo próprio médico responsável pelo tratamento. A internação compulsória, lado outro, é a que mais nos interessa, por

trata-se daquela terminada pela Justiça. É possível a determinação em acordo com a legislação vigente, e deve o magistrado levar em conta as condições de segurança do estabelecimento, bem como a salvaguarda do paciente.

É possível ver, desde uma primeira leitura, que há uma preocupação do Estatuto do Louco tanto em evitar a internação, como em garantir meios para o seu fim, ou seja, para a desinternação. Contudo, a legislação foi ainda muito evasiva quando o assunto é a internação compulsória, ou seja, a internação determinada por juiz em curso do processo penal, situação essa que caracteriza o nosso tema de estudos, as medidas de segurança.

Cumprindo ainda dar destaque à lista de direitos da pessoa portadora de transtorno mental trazida pela Lei 10.216, onde temos que esta deve ser sempre tratada com humanidade e respeito, e o interesse deve ser o de beneficiar sua saúde, de modo que todo tratamento deve visar a recuperação pela inserção familiar e social. Além disso, prevê a norma que esses indivíduos devem ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, e serem protegidos de qualquer forma de abuso e exploração. Outro importante direito trazido pela norma é o de ser tratada em ambiente terapêutico e pelos meios menos invasivos possíveis.

Resta proibida, assim, a internação em estabelecimentos com características asilares, sendo estes incompatíveis com o tratamento psicossocial. Conforme traz Haroldo Caetano, a lógica manicomial dá lugar à lógica da inclusão social, sem espaço para exceções (CAETANO, 2018, p.119). Essa mudança de paradigma tem por plano fundo a noção de que:

Se os laços familiares e sociais são frágeis quando presente um transtorno mental severo, a ruptura causada por uma internação, particularmente quando de longa duração, pode simplesmente inviabilizar aquele objetivo maior da reinserção social do indivíduo, o que explica a opção do legislador pelos recursos extra-hospitalares e pela estruturação de uma rede psicossocial de atendimento que se volte para a assistência do sujeito no território, de maneira a envolver e fortalecer os seus vínculos familiares e sociais. (CAETANO, 2018, p. 119)

Há, assim, a compreensão de que a liberdade, em si, é terapêutica. E, que o contrário, que seria o enclausuramento, seria um retrocesso ao tratamento. Desde essa primeira compreensão do tema, percebe-se que há um descompasso entre a nova compreensão acerca da saúde mental e os manicômios judiciais, assunto este que será mais bem explorado em outro momento.

### 3.2. PORTARIAS DE CONSOLIDAÇÃO Nº 3 E 5 DO MINISTÉRIO DE SAÚDE DO BRASIL

Os 28 dias de setembro de 2017, o Ministério da Saúde publicou seis Portarias de Consolidação, divididos em eixos temáticos. No presente trabalho, nos interessa alguns aspectos trazidos nas Portarias de Consolidação de números 3 e 5. A de número 3, consolida as normas sobre as redes do SUS, ao passo que a de número 5 consolida normas sobre ações e serviços de saúde do SUS.

O objetivo aqui é fazer um recorte nessas portarias, com uma análise específica naquilo que é relevante para o objeto de pesquisa: a saúde mental. Pretende-se, assim, apontar os aspectos relevantes para entender se as medidas de segurança, da forma como disciplinadas hoje em dia na legislação penal brasileira, se adequam ao sistema normativo do SUS.

Primeiro, necessário é passar por algumas disposições do ANEXO V da Portaria de Consolidação nº 3. Nesse anexo, se institui e disciplina a chamada “Rede de Atenção Psicossocial” (RAP), cujo objetivo é a criação, ampliação e articulação de um sistema de atenção à saúde mental, seja para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, ou para aquelas com necessidades decorrentes do uso de drogas. Essa rede passa a funcionar dentro do Sistema Único de Saúde de brasileiro, ou seja, dentro da saúde pública do país.

A Portaria se preocupa em estabelecer princípios para o funcionamento dessa RAP, estabelecendo diretrizes semelhantes àquelas trazidas pela Lei Antimanicomial, tendo como premissa o respeito aos direitos humanos, o combate a estigmas e preconceitos, a diversificação das estratégias terapêuticas, conforme listado no artigo 2º desta:

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;  
VII - desenvolvimento de atividades no território, que favoreça a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania;

VIII - desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos;  
IX - ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares;  
X - organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado;  
XI - promoção de estratégias de educação permanente; e  
XII - desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular.

Desta forma, é possível ver mais uma vez a noção de humanização e cuidado para com a pessoa em sofrimento mental, e as novas interpretações acerca do que é o tratamento terapêutico adequado. Os objetivos dessa Rede de Atenção Psicossocial, também são estabelecidos por essa portaria nos artigos seguintes, e temos que esta deve promover o acesso à atenção psicossocial a todos que necessitarem dela, não só os portadores de transtornos mentais ou usuários de entorpecentes como também para seus familiares.

Também tem como finalidade principal a reinserção desses indivíduos na sociedade e no ambiente familiar, por meio de profissionalização e ressocialização, aliadas à uma atenção psicossocial integrada por equipe multiprofissional. As novas diretrizes quando o assunto é saúde mental se atentam às necessidades específicas e individualizadas de cada indivíduo, e tenta-se fazer com que este tenha diversos eixos de apoio: profissionais de saúde, profissionais da área social, a comunidade, a família etc.

O capítulo I desse mesmo anexo traz inúmeras regras relativas ao serviço hospitalar para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental. Conforme ali descrito, esse serviço deve integrar a Rede de Atenção Psicossocial, e deve sempre priorizar internações de curta duração, somente até alcançar uma estabilidade clínica. O objetivo é que, nos mesmos moldes da Lei Antimanicomial, a internação se dê somente nos últimos casos, e quando ocorrer, ainda esteja integrada a um sistema de atenção psicossocial, com incorporação de estratégias de redução de danos à inserção social do sujeito, e continuidade do tratamento junto a Rede de Atenção Psicossocial para evitar novos episódios de internação. Novamente, aqui, se tem a noção de que a liberdade é terapêutica, e que o isolamento do sujeito é um óbice ao tratamento psicológico, de modo que assim que aquele indivíduo seja internado, se comece a trazer planos de tratamento que permitam sua volta ao ambiente social e familiar.

A Portaria de Consolidação de nº 5, por sua vez, regulamenta a criação do Programa de Volta Para Casa, em seu capítulo III. Esse programa, em síntese, visa a reabilitação psicossocial às pessoas com histórico de internação de longa permanência, sendo essa considerada aquela que perdura mais de dois anos ininterruptos, em hospitais psiquiátricos ou de custódia. O programa, visa restituir o direito à liberdade desses indivíduos, oferecendo meios para que tenha início um processo de “desinternação”. Para ter acesso ao programa, basta que o paciente ou seus familiares realizem a solicitação, e se enquadre no critério temporal de internação de longa permanência.

Outro aspecto que merece destaque nesta portaria, é o Programa de Desinstitucionalização da Rede de Atenção Psicossocial, também prevista no capítulo III, em sua segunda seção. Esse programa visa garantir às pessoas portadoras de transtorno mental em situação de internação de longa permanência a busca pela inclusão social, por meio do cuidado integral com estratégias terapêuticas substitutivas, na perspectiva de garantia dos seus direitos. A portaria traça os objetivos desse Programa de Desinstitucionalização:

Art. 66. O Programa de Desinstitucionalização tem como objetivos:

I - apoiar e desenvolver ações de desinstitucionalização de pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas em situação de internação de longa permanência em hospitais psiquiátricos no âmbito do SUS; e

II - apoiar e desenvolver ações e estratégias nos processos de reabilitação psicossocial no território das pessoas desinstitucionalizadas, favorecendo-se os percursos de produção de autonomia e da contratualidade social, de forma a garantir seus direitos e a efetiva participação e inclusão social, fortalecendo a RAPS.

Parágrafo Único. Para fins desta Seção, considera-se a internação de longa permanência de que trata o inciso I do "caput" aquela superior a 1 (um) ano, de forma ininterrupta.

Mesmo que a análise das normativas do Sistema Único de Saúde tenham se dado de maneira sucinta, é possível ver que há uma preocupação muito clara em mudar o paradigma do que seja um tratamento terapêutico adequado e eficaz.

Na Portaria Conjuntiva de nº 3, temos uma continuidade da Lei 10.216/2001, com a noção de que a liberdade é terapêutica, e que a internação deve ser considerada medida mais gravosa, uma exceção, a qual somente se deve recorrer na falta de eficácia de todos os outros meios de cuidado. Não suficiente, se estabelece ainda que ante a necessidade de internação, esta deve se dar em respeito à dignidade

humana, no menor prazo de duração possível, e durante seu procedimento devem ser aplicados meios para a reinserção social e para a contenção dos danos que esse isolamento poderia gerar no tratamento do paciente.

Necessário destacar que há ainda uma intensa preocupação quanto a desinternação, nos casos em que esse isolamento for estritamente necessário. Passa-se assim a repudiar a internação, se entendendo esta não só como exceção, mas como verdadeiro obstáculo para o tratamento psicológico, de modo que o objetivo sempre deve ser a reinserção social e familiar do sujeito.

O Ministério da Saúde, contudo, não se preocupou apenas com os novos ingressantes dos sistemas de atenção psicossocial, mas também com aqueles que já se encontravam em tratamento hospitalar. A Portaria de nº 5, assim, vêm para lidar com o grande problema que são aquelas pessoas que já se encontravam internadas antes dessa mudança de paradigmas e diretrizes, tentando trazer meios de desinstitucionalizar esses indivíduos e buscar por sua reinserção social e familiar, assim como de amenizar os efeitos maléficos desse período de isolamento.

#### **4. AFINAL: AS MEDIDAS DE SEGURANÇA SE ADEQUAM AO QUE DISPÕE A LEI ANTIMANICOMIAL E AS NORMATIVAS DE SAÚDE MENTAL DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE?**

Após este estudo acerca do que são as medidas de segurança, e acerca das normativas sobre saúde pública, é possível tecer uma resposta para a pergunta que norteia o presente trabalho: afinal, as medidas de segurança se adequam ao que dispõe a Lei Antimanicomial e as normativas de saúde mental do Sistema Único de Saúde?

Vimos que atualmente se entende o tratamento psicológico de forma totalmente diferente do que era tido como adequado tempos atrás. Há uma ruptura imensa entre uma época e outra, e a internação, que era a principal forma de “tratamento” de indivíduos com transtornos mentais se torna uma arcaica e comprovadamente ineficaz, e passa-se a ter esse recurso como uma opção somente em casos em que não houver qualquer outro meio de lidar com a situação.

Porém, o Código Penal e as Medidas de Segurança não acompanharam esse avanço, em verdade, ficaram parados no tempo, ignorando todos os novos estudos e regras. As Medidas de Segurança trazem manifestação expressa de que a internação em Hospitais de Custódia e Tratamento é uma regra, e que outras formas de tratamento são subsidiárias. Apenas por esse aspecto, já se percebe de pronto que o sistema das medidas de segurança não se enquadra nas atuais normas que dizem respeito a saúde pública.

Contudo, os problemas de adequação não param no que tange à forma de tratamento desses sujeitos acometidos de transtornos mentais. Ela continua, vez que os chamados Hospitais de Tratamento e Custódia em nada se adequam a Lei Antimanicomial e às normativas do SUS, muito pelo contrário.

Em acordo com o que vimos anteriormente, o SUS estabelece inúmeras regras para os ambientes hospitalares que se destinem à internação, e dentre elas temos a disposição de que é vedado o ambiente com características asilares, e de que é necessário que a internação seja voltada ao objetivo de ver o sujeito desinternado e reinserido no ambiente social e familiar. No cumprimento das medidas de segurança temos a previsão de um ambiente asilar por excelência, com técnicas de contenção e de isolamento, assim como privações de liberdades e diversos outros direitos básicos como, por exemplo, a vestimentas e a condições de higiene e

infraestrutura adequadas à vida humana. Haroldo Caetano evidencia como é a situação nesses locais:

A nudez e os trapos são marcas indeléveis desses espaços, assim como os gritos, o desespero na face de mulheres e homens e o ócio. Celas de clausura, contenção física e química, condições de higiene deploráveis, a desesperança que vem da permanência sem limite no tempo e a segurança rigorosa própria das prisões também são características dos manicômios judiciários, estabelecimentos absolutamente incompatíveis com a atenção em saúde mental. Não é sem razão que a Lei 10.216/2001, essa grande conquista dos militantes antimanicomiais e usuários dos serviços da saúde mental, veda expressamente a internação em instituições com características asilares (art. 4º, § 3º). A situação é de calamidade, uma verdadeira tragédia humanitária no cotidiano dessas instituições que, todavia, seguem funcionando. As violações de direitos humanos compõem a rotina dos manicômios judiciários brasileiros, onde a violência institucional é naturalizada em práticas abomináveis, absolutamente inaceitáveis e ilegais, em frontal desrespeito a princípios constitucionais expressos e consagrados, especialmente o da dignidade humana. (CAETANO, 2018, p. 216)

Assim, o cumprimento de medidas de segurança nesses estabelecimentos fere, em todos os aspectos, o disposto na Lei Antimanicomial, inclusive quanto ao seu princípio norteador, que é o respeito à dignidade humana. Não obstante tantas violações, há que se destacar ainda que pelas novas diretrizes do SUS, conforme destacado nas portarias acima, toda e qualquer internação deve perdurar pelo menor prazo possível, e durante seu curso deve ser pensada e implementada estratégia para a reinserção social e desinternação desse sujeito. O manicômio judiciário, evidentemente, não tece qualquer preocupação quanto a uma reinserção do sujeito no ambiente social e familiar, em verdade, age no sentido de evitar isso. Isso porque o instituto das medidas de segurança se preocupa, em essência, apenas com o afastamento e isolamento desses indivíduos no meio social, de modo que não há qualquer intenção ou ação no sentido de ver o retorno destes para o ambiente comunitário. Tanto assim o é, que o Código Penal não traça um prazo máximo de duração para as Medidas de Segurança, mas somente um prazo mínimo, se entendendo pela perpetuação dessa internação por tempo indeterminado.

Outra inadequação, nessa mesma linha, das normas relativas às medidas de segurança com as normas do SUS se refere justamente ao prazo de internação. Em harmonia com o exposto supra, temos que quando necessário uma internação, esta deve se dar por curto espaço de tempo, sendo este entendido como o máximo de um ano. Lado outro, a Portaria de Consolidação de nº 5 determina a preocupação

intensa de que internações com prazo superior a dois anos devem, com urgência, iniciar a implementação de desinstitucionalização, com fins de eliminar essa situação.

Haroldo Caetano evidencia que apesar de algumas iniciativas por parte do Poder Público estarem sendo tomadas, a situação da ilegalidade manifesta do manicômio judiciário ainda é pouco explorada:

Entretanto, justamente por não assumirem uma posição clara e firme pela vedação à internação em instituições asilares, como expresso na Lei 10.216/2001, todas essas ações não foram capazes de impedir, por exemplo, a inauguração de um novo manicômio judiciário no Estado do Maranhão em pleno ano de 2014, onde oficialmente não havia até então uma instituição dessa natureza. Por simples ato da Corregedoria Geral do Tribunal de Justiça do Maranhão (Provimento nº 8/2014), o Hospital Nina Rodrigues, antes um hospital psiquiátrico voltado ao atendimento de toda a população da capital São Luís, foi convertido em manicômio judiciário, destinado à internação das pessoas em medida de segurança e, o que agrava um pouco mais a situação, servindo também para recepcionar mulheres e homens processados criminalmente sobre os quais recaem dúvidas quanto à sua sanidade mental, o que vem atraindo para o manicômio judiciário da capital maranhense indivíduos procedentes das mais variadas regiões daquele Estado. (CAETANO, 2018, p. 110)

Nesses termos também é a visão de Fernanda Otoni de Barros- Brisset:

“Nada de acessibilidade às soluções instituídas na civilização como garantias mínimas que edificariam um sentido compartilhado para as condições pactuadas de humanidade... Aos loucos infratores restou, como manifestação da humanidade, apenas o seu pior... Apenas o silêncio, o isolamento, o massacre cotidiano da sua condição subjetiva e o sequestro institucional dos direitos fundamentais válidos para qualquer pessoa humana. (BARROS-BRISSET, 2010, p. 19)

O louco infrator acumula em si dois estigmas: o da loucura e o de criminoso. Assim, mesmo diante de tantos avanços legislativos, a política ainda é tímida em decretar, de uma vez por todas, a ilegalidade evidente dos manicômios judiciários e o consequente fechamento de todas as unidades. E, há que se admitir, ante todo o exposto, que não há nada legalizado no instituto das medidas de segurança após a Lei Antimanicomial e após as normativas do SUS, em verdade, seu *modus operandi* é ilegal em todos seus aspectos.

A crítica de Thayara Castelo Branco traz o fator do mito da periculosidade do louco infrator como possível justificativa para perpetuação da anomalia que são os manicômios judiciários:

O ciclo do tradicionalismo psiquiátrico - com sua ampla rede institucional pautada na segregação asilar isolacionista - está longe de chegar ao fim. Apesar do alcance significativo dos movimentos de reforma, do impacto político gerado e das tendências de reformulação do modelo em nível de saúde mental propriamente dita, no campo do poder punitivo, a realidade é bem diferente. Se a Lei 10.216/01 conseguiu, na prática, algumas mudanças importantes no modelo assistencial psiquiátrico, no Sistema de Justiça Criminal não se observaram grandes impactos, mas sim uma grande resistência em abandonar e superar tal estrutura genocida.

Isso porque, diante do que foi abordado anteriormente, como a existência de uma psiquiatrização do cotidiano, de uma sociedade normalizada, pautada no risco e no controle, a periculosidade continua sendo a grande estrela da relação, ditando as regras do jogo. Sendo assim, persiste em orientar a execução do sistema penal psiquiatrizado como estratégia de contenção dos riscos e de prevenção. E mais, nunca esteve tão forte e tão legitimada. A ordem é conter mais e mais cedo na permanente tecnologia política dos corpos - agora com versões mais modernas - limpar as cidades dos indesejáveis, diminuir riscos e evitar incidentes penais. (BRANCO, 2018, p. 202)

A situação evidente de ilegalidade das medidas de segurança, e a sua perpetuação no sistema punitivo independentemente de todas as vedações das normas de saúde pública, demonstram a urgente necessidade de um processo de desconstrução dos manicômios judiciários, bem como das medidas de segurança em si. A maior preocupação, contudo, é que cesse a ilegalidade da existência desses manicômios judiciários. Conforme Haroldo Caetano:

Esse processo de desconstrução precisa ir muito além da derrubada de muros e grades e deve passar, necessariamente, pela abertura dos campos do saber e de outras práticas em nosso contemporâneo ao questionamento dos fundamentos que insistem em dar embasamento às práticas manicomiais. Desse novo arranjo histórico-cultural, liberto dos preconceitos que produzem e naturalizam a segregação do louco, é que surgirá o antimanicômio. (CAETANO, 2018, p. 112)

Assim, o Caetano propõe uma desconstrução de dentro para fora, com diversos meios que possam levar ao fechamento desses estabelecimentos no Brasil. A noção trazida por ele de *antimanicômio*, ao contrário do que pode ensejar num primeiro contato com a palavra, não é de criação de um outro lugar para o louco infrator, e sim um conjunto de práticas e ideias que possam ajudar nesse processo de inclusão social da pessoa com transtorno mental (CAETANO, 2018, p. 112). Nesse sentido, não se defende no presente trabalho que haja uma substituição dos manicômios judiciários por outro estabelecimento destinado ao louco infrator, e sim que haja um processo de desinstitucionalização completa desses indivíduos, e que

estes recebam o tratamento terapêutico em acordo com o tratamento disponibilizado para qualquer pessoa portadora de transtorno mentais, sem distinções.

## **5. UMA LUZ NO FIM DO TÚNEL: OS PROGRAMAS DE ATENÇÃO AO LOUCO INFRATOR**

Na esmagadora maioria dos estados brasileiros, o tratamento através de Hospitais de Custódia e Tratamento segue sendo o modelo padrão a ser seguido, de modo que a maior parte dos brasileiros com transtornos mentais correm os riscos de serem submetidos à internação diante do cometimento de qualquer infração. Como não existem muitas vagas nesses locais, é comum também que se veja o cumprimento de medidas de segurança nas penitenciárias, sem que haja qualquer propósito terapêutico, visando apenas a retirada do indivíduo do meio social, pois melhor, nessa compreensão arcaica, deixá-lo em ambiente prisional se não há vagas em hospitais de custódia do que deixar que retorne para a sociedades, mais uma vez endossando a noção de que existe um perigo, uma violência, intrínseca à loucura.

Contudo, em Minas Gerais e em Goiás, surgiram os inovadores projetos de atenção ao louco infrator, que se propõe a dar tratamento digno a esse grupo da sociedade. Atualmente existem dois programas nesse sentido: o PAILI (Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator) e o PAI-PJ (Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário Portador de Sofrimento mental Infrator). Agora, nos propomos a tratar um pouco mais a fundo como os loucos infratores recebem o tratamento psiquiátrico nos Estados onde há a assistência desses grupos, demonstrando como estes programas têm trabalhado uma possível compatibilização entre o instituto das medidas de segurança com a Lei Antimanicomial e em acordo com as normativas do SUS.

Esses projetos trabalham com um viés diferente das medidas de segurança, uma vez que retiram de seu cumprimento o caráter penitenciário, as internações compulsórias, mantendo somente o caráter terapêutico. O foco desses grupos é a inserção social e familiar desses indivíduos, aliada ao tratamento terapêutico e psiquiátrico junto ao SUS. Atendem pessoas que chegam ali seja por solicitação dos familiares ou por encaminhamento do judiciário.

O PAI-PJ, precursor dos programas de atenção ao louco infrator, nasceu em 2001 em Minas Gerais, e foi por meio dele, com uma parceria entre o Tribunal de Justiça de Minas Gerais e o Município de Belo Horizonte, que se implantou a reforma psiquiátrica no estado. O programa visa oferecer acompanhamento integralizado ao

indivíduo que cumpre medida de segurança, conforme explica Fernanda Otoni em sua obra “Por uma Política de Atenção Integral ao Louco Infrator”:

O programa, em resumo, tem por função a oferta do acompanhamento integral ao paciente judiciário portador de sofrimento mental em todas as fases do processo criminal. Ocorre de modo intersetorial, através da parceria do Judiciário com o Executivo e com a comunidade, de forma geral, promovendo o acesso à Rede Pública de Saúde e à Rede de Assistência Social, de acordo com as políticas públicas vigentes, na atenção integral ao portador de sofrimento mental.

O programa busca viabilizar a acessibilidade aos direitos fundamentais e sociais previstos na Constituição da República, almejando ampliar as respostas e a produção do laço social dessas pessoas. Auxilia a autoridade judicial na individualização da aplicação e execução das medidas de segurança, de acordo com o previsto na legislação penal vigente. (BARROS-BRISSET, 2010, p.28)

Os pacientes chegam ao programa por encaminhamento do judiciário ou por pedido de familiares, e uma vez inserido nele, recebe assistência interdisciplinar, iniciando seu tratamento com o auxílio de psicólogos, assistentes sociais e jurídicos e estagiários em psicologia. O tempo todo, está presente também a fiscalização judiciária do caso, até que esse paciente venha a ter “alta” no programa, momento em que a equipe redige um laudo para o juízo, que o libera do cumprimento da medida de segurança imposta.

O PAILI, programa goiano, ganhou vida em 2016, e é um reflexo de toda a luta antimanicomial que vinha sendo travada até então. Conforme explica Haroldo Caetano, um dos percursores desse instituto, o programa foi uma tentativa de compatibilizar as medidas de segurança com a Lei Antimanicomial:

Se o funcionamento do manicômio judiciário ou, para aqui lembrar a terminologia empregada na LEP, hospital de custódia e tratamento psiquiátrico, já não tem amparo legal, o PAILI oferece a possibilidade de uma conciliação, mesmo que provisória, das disposições da Lei 10.216/2001 com aquelas do Código Penal e da LEP, de forma a garantir, enquanto não vem uma definição quanto à inconstitucionalidade das medidas de segurança, a atenção integral à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei, fazendo valer os seus direitos agora expressamente declarados mesmo nesse ambiente jurídico conturbado.” (CAETANO, 2018, p. 170)

Contudo, apesar de oferecer essa compatibilidade, destaca o autor que o PAILI não abre espaços para que se possa haver internações, e dentro do programa os indivíduos são atendidos por Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e demais serviços de saúde e de assistência social do SUS e do SUAS (Sistema único de

Assistência Social) em todas as situações. O PAILI se encontra inserido na Secretaria de Estado de Saúde de Goiás, de modo que há uma conversa entre o SUS e o judiciário por meio do programa, o que possibilita que haja toda uma rede em atenção ao tratamento do paciente.

O Estado de Goiás foi o primeiro a erradicar totalmente os manicômios de sua história, implementando políticas de atenção psicossocial aos acometidos por doenças mentais. Conseguiu realizar esse feito inclusive antes da Itália, que foi o país precursor dos movimentos da luta antimanicomial e antes de Minas Gerais, que ainda possui hospitais de custódia em funcionamento. Atualmente, é possível ver que o programa não só funciona, como é muito mais efetivo do que são os supostos tratamentos em instituições asilares governamentais, uma vez que a taxa de “reincidência” é muito menor, e existe verdadeira melhora na qualidade de vida do portador de doenças mentais e das pessoas ao seu redor. Não suficiente, destacamos ainda que é um programa barato, com gasto médio de cerca de R\$246,00 por pessoa em um mês (CAETANO, 2018, p.179), conforme dados coletados em outubro de 2015, explica Haroldo Caetano. Assim, com gasto mínimo, conseguem oferecer ao acometido por medidas de segurança um cumprimento digno, com verdadeiro tratamento terapêutico especializado para as necessidades de cada paciente, de maneira digna e com apoio familiar e social.

Os programas de atenção psicossocial apresentam solução para caminhar para alcançar o fechamento definitivo dos manicômios judiciários, oferecendo uma via alternativa de tratamento adequado, onde se cumprem os ditames legais e se respeitam os direitos e garantias fundamentais. A existência desse caminho representa verdadeiro avanço na luta antimanicomial, uma vez que não se pode simplesmente deletar o instituto das medidas de segurança sem que se proponha outros meios de lidar com a situação do louco infrator.

Contudo, acredita-se no presente viés de pesquisa que esses programas não devem ser uma solução definitiva, e sim uma espécie de ponte para a erradicação das medidas de segurança. Apesar dos avanços trazidos pelos dois programas de atenção psicossocial ao louco infrator, temos ainda dentro destes uma judicialização intensa, especialmente no que tange ao programa mineiro. No Estado de Minas, o PAI-PJ funciona dentro da estrutura judiciária, de modo que há uma ligação com o sistema punitivo, apesar de ocorrer em melhores condições. O Estado de Goiás apresenta menor judicialização do programa, mas ainda se submete a prestações de

contas diversas, e todos os tratamentos, altas e relacionados devem ser relatados ao juízo que decretou o cumprimento de medidas de segurança.

Assim como defende Caetano, temos como ponto de partida que a figura do louco infrator não é um problema do direito, e sim um problema das assistências sociais e da saúde pública. Porém, para findar as figuras das medidas de segurança no ordenamento jurídico brasileiro, é necessário que haja movimentação gradativa nesse sentido, a começar pela tentativa de fechar cada hospital de custódia do país, realocando as pessoas ali enclausuradas para tratamentos alternativos, que ofereçam verdadeira função terapêutica a elas.

Conclui-se, por hora, que a solução trazida pelo PAILI e pelo PAI-PJ se mostra necessária para o avanço fático das lutas antimanicomiais, e para que se possa vencer a situação de inconstitucionalidade vivida pelo país até os dias de hoje, e o verdadeiro descaso para com a Lei Antimanicomial. Oferecendo compatibilização entre as medidas de segurança e a legislação vigente, representa uma esperança de que em breve o país possa se ver livre dos manicômios, especialmente ao se observar os resultados extremamente positivos para a sociedade e para o louco infrator apresentado por estes programas.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ante todo o exposto, é possível concluir que o instituto das medidas de segurança é um problema que precisa ser resolvido. A situação de inconstitucionalidade e verdadeira ilegalidade dos manicômios judiciais que é veementemente ignorada pela legislação e pela sociedade precisa ser revista com urgência.

Em acordo com o que foi visto, a Lei Antimanicomial e as Portarias do Ministério da Saúde trazem consigo uma mudança de paradigmas quando o assunto é o tratamento da saúde mental, apresentando em seus textos uma noção de que a liberdade é terapêutica, e levando como princípio o respeito à dignidade humana e aos direitos da pessoa portadora de transtornos mentais. As diretrizes dessas normas evidenciam que o antigo modelo, onde a internação manicomial era vista como o ideal, em verdade representa um óbice ao tratamento terapêutico, servindo apenas para o isolamento daqueles indivíduos do meio social, numa espécie de tentativa de “esconder o problema”.

Atualmente, se entende que há um caráter terapêutico na liberdade, e que o tratamento adequado é aquele que busca a reinserção daquele indivíduo no ambiente social, familiar, e na comunidade. Se compreende que a integração de assistência psicológica e psiquiátrica aliada ao apoio comunitário e familiar trazem significativos resultados na contenção de danos, e um aumento na qualidade de vida desses indivíduos. Essa integração atinge ainda os familiares do portador de transtornos mentais, que recebem todo o apoio e ajuda necessários para aprender qual a melhor forma de lidar com surtos, como reagir em determinadas situações, e ainda é disponibilizado a estes o auxílio comunitário e psicológico.

As internações, nesse sentido, deixam de ser a regra de tratamento mental, para passar a serem vistas como uma exceção, que somente deve ser utilizada quando nenhum outro meio de tratamento foi eficiente. E ainda sim, quando estritamente necessário que haja esse isolamento, este deve ser temporário, com curto período de duração, e a preocupação imediata deve ser o planejamento de tratamento que vise a reinserção social do sujeito, e meios para amenizar os danos que esse isolamento traz ao tratamento terapêutico e à vida no ambiente familiar. Mesmo prevendo expressamente a possibilidade de internação, essa passa a ser usada com mais cuidados, e sempre com a preocupação de que chegue a um fim.

Inclusive, se tem dois programas na rede do SUS para a desinternação de pessoas que se encontraram internadas por longos períodos, considerados estes como mais de dois anos ininterruptos.

Muda-se, assim, toda a estrutura do tratamento mental, deste a porta de entrada, os meios de sua execução, os seus objetivos e princípios. Após essas mudanças de paradigma, e com a implementação destes novos modelos de tratamento em saúde mental, o instituto das medidas de segurança se evidencia ilegal em todos seus termos. Os manicômios judiciários, enquanto ambientes asilares por excelência, vão contra tudo aquilo que o SUS estabelece como ambiente adequado ao tratamento mental, assim como desrespeitam as normas da Lei Antimanicomial. Esses avanços legislativos trouxeram verdadeira situação de ilegalidade ao instituto das medidas de segurança.

Contudo, a noção intrínseca de que há uma espécie de perigo relacionada ao louco infrator é o fator que mais atrasa os avanços na luta antimanicomial quando o assunto são as medidas de segurança. Existe um preconceito imenso com esse setor da população, que carrega consigo dois fortes estigmas, o da loucura e o da criminalidade/periculosidade. Tais visões perduraram na história, e atualmente é difícil remover estes estigmas, e estes são evidentes quando se percebe que apesar de todos os avanços legislativos em saúde mental, os manicômios judiciários continuam existindo, e as internações continuam se operando. Se nega ao louco infrator o tratamento que é considerado adequado, se nega a esse grupo o tratamento que os demais portadores de transtornos mentais recebem.

A falsa compreensão de que a internação seria uma espécie de tratamento para o portador de transtornos mentais deve ser combatida, vez que já se comprovou que na realidade esse isolamento representa, muitas vezes, a piora da situação mental do paciente. Assim, é necessário que se busquem meios para a desinstitucionalização desses indivíduos, para a criação de um *antimanicômio*, conforme propõe Haroldo Caetano. Esse *antimanicômio*, em acordo com o supra exposto, não seria um outro estabelecimento para acoplar os loucos infratores, e sim uma série de medidas e ideias que levem ao fechamento dos manicômios judiciários de uma vez por todos, por meios de vias alternativas de tratamento.

A existência dos programas de atenção ao louco infrator PAILI e PAI-PJ, demonstram uma luz no fim do túnel, uma possibilidade de se fazer uma ponte para encaminhar o fechamento de todas as unidades hospitalares judiciais. Esses

programas trazem uma compatibilização entre o instituto das medidas de segurança e as normativas de saúde pública, proporcionando tratamento adequado e humanizado ao louco infrator. Através desses movimentos, se percebe um verdadeiro avanço na luta antimanicomial para a pessoa com transtorno mental que comete delito, proporcionando a esta o acesso ao tratamento com viés na inserção social e familiar.

Apesar de representar uma ótima ponte, não se deve considerar que estes programas sejam o último passo. Em verdade, esses programas de atenção ao louco infrator devem ser vistos como transitórios, visando a desinternação em massa e o fechamento dos manicômios judiciários. Isso porque o louco infrator não deve ser considerado um problema de direito, um problema jurídico, e sim um problema de saúde pública. Acredita-se na presente pesquisa que o instituto das medidas de segurança deve deixar de existir, e que a normativa que a substitua seja no sentido de “desjudicializar” esses sujeitos. Assim, quando houver uma situação em que um portador de transtornos mentais cometa um injusto penal, este deve ser imediatamente encaminhado aos programas adequados dentro da saúde pública, para que esta lide com essa situação.

Porém, conforme dito anteriormente, esse avanço se dá a passos lentos, e para que se chegue, por fim, à reforma do instituto das medidas de segurança, é necessário percorrer longo caminho no sentido de desinstitucionalizar o louco infrator, e fechar, pouco a pouco, os manicômios judiciários. Por hora, a implementação de programas de atenção ao louco infrator nos demais estados do país parece solução viável para que se inicie esse trajeto, e para que se possa, de uma vez por todas, compreender algo que a saúde pública já entendeu: a liberdade é terapêutica, e o isolamento não é a solução.

## REFERÊNCIAS

- ARBEX, Daniela. Holocausto Brasileiro: Genocídio: 60 mil mortos no maior hospício do Brasil, Geração Editorial, 2013.
- BARROS-BRISSET, Fernanda Otoni. Genealogia do conceito de periculosidade, Rev. Responsabilidades, Belo Horizonte, v. 1, n. 1, p. 37-52, mar./ago. 2011.
- BARROS-BRISSET, Fernanda Otoni de. Por uma política de atenção integral ao louco infrator / Fernanda Otoni de Barros-Brisset. - Belo Horizonte: Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais, 2010.
- BRANCO, Thayara Castelo. A (des)legitimação das medidas de segurança no Brasil 2. ed., rev. e ampl. - Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2018.
- BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.
- BRASIL, Ministério da Saúde (2017). Portaria de consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017 - Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde.
- BRASIL, Ministério da Saúde (2017). Portaria de consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017 - Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde.
- CAETANO, Haroldo. Loucura e direito penal: pistas para a extinção dos manicômios judiciários/ Haroldo Caetano; Silvia Tedesco, orientadora. Niterói, 2018.
- CARVALHO, Salo de. Penas e medidas de segurança no direito penal brasileiro. 3. ed. – São Paulo: Saraiva Educação, 2020.
- COSTA, André de Abreu. Penas e Medidas de Segurança: fundamentos e individualização. 3ª edição revista, atualizada e ampliada. Rio de Janeiro : Lumen Juris, 2018.
- MECLER, Kátia. Periculosidade: Evolução e aplicação do conceito. Rev Bras Crescimento Desenvolvimento Hum. 2010.
- TAGLIARI, P. A.; Oliveira, Micheline Ramos de; Guerini, Eduardo; SANTOS, D. M. E.;LODETTI, Alex Simon. Biografia da loucura: a medida de segurança e as subjetivi-

dades dos internos no hospital de custódia para tratamento psiquiátrico de Florianópolis/SC. 2019. Dissertação (Mestrado em Programa de Mestrado Profissional em Gestão de Políticas Públicas) - Universidade do Vale do Itajaí.

WEIGERT, M. A. B. Medidas de Segurança e Reforma Psiquiátrica: Silêncios e Invisibilidades nos Manicômios Judiciários Brasileiros. 1. ed. Florianópolis: Empório do Direito, 2017. 206p