



Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
PUC-SP

Dimitria Decaro

**MEDIDA DE SEGURANÇA NO ORDENAMENTO JURÍDICO
BRASILEIRO E SUA INADEQUAÇÃO FRENTE À REFORMA
PSIQUIÁTRICA**

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

São Paulo
2023

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

Dimitria Decaro

**MEDIDA DE SEGURANÇA NO ORDENAMENTO JURÍDICO
BRASILEIRO E SUA INADEQUAÇÃO FRENTE À REFORMA
PSIQUIÁTRICA**

Dissertação apresentada à banca examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência para obtenção do título de bacharel em Direito, sob a orientação dos Professores Doutores Edson Baldan e Sílvia Pimentel.

São Paulo

2023

*À comunidade da Pontifícia Universidade
Católica de São Paulo pelo apoio permanente.*

*Para os meus pais, que por muitas vezes me
deram a vida.*

FOLHA DE APROVAÇÃO

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço aos meus pais, Décio e Vânia, que me acompanharam em todas as etapas da graduação. Agradeço por caminharem ao meu lado, por todo carinho, empenho e delicadeza na minha criação. Por partilharem sonhos e angústias, por cuidarem de mim com amor e esforço incondicionais.

Agradeço ao meu irmão, Vicente, que é minha fonte de inspiração diária, por todo companheirismo ao longo dos anos. Por toda proteção que dedicou silenciosamente a mim, por dividir tantas histórias e cumplicidades. Por toda felicidade de crescer ao lado.

Sem meus primos, Cesar e Renata, não sei se teria uma infância povoada por tantos momentos ternos. Agradeço a todo amor, cuidado e empenho para que nosso vínculo jamais se desfizesse.

Às amigas, agradeço à Laura e Carol Naves, que encontrei o afago familiar que me conforta há tantos anos. À Yasmin Delfs, por me mostrar de quanto cuidado é feito o amor. A Gabriel Cruz, por me ensinar tanto e pelo braço sempre disponível. À Bárbara Fogaça, que me trouxe tanta alegria dentro e fora da universidade, sendo uma verdadeira companheira nesta trajetória. À Pietra Costa e Rodrigo Franco, pelas infindáveis trocas e por todas as vezes que me apresentaram o mundo. À Alice Kok e Vittoria Gatti, pela generosa amizade e compreensão, pelo reencontro que foi um verdadeiro presente para mim.

Agradeço também aos meus ilustres orientadores, Professor Doutor Edson Baldan e Professora Doutora Sílvia Pimentel, por todo direcionamento e todas as orientações. A meus mestres que, ao longo da graduação, me estenderam a mão para tanto conhecimento e esperança para o futuro.

“Por quais caminhos ou por que atalhos isto se realizará, não podemos adivinhar. Mas uma coisa podemos dizer: tudo o que estimula o crescimento da civilização trabalha simultaneamente contra a guerra” (FREUD)

RESUMO

DECARO, Dimitria. **Título de obra:** Medida de Segurança ordenamento jurídico brasileiro e sua inadequação frente à reforma psiquiátrica.

Esta monografia tem como intuito abordar as diversas dimensões da medida de segurança, sanção penal que recai sobre indivíduos que, uma vez criminalizados, foram diagnosticados com transtorno mental, sendo considerados penalmente irresponsáveis (*inimputáveis*). A inimputabilidade não está sujeita ao caráter retributivo da pena, mas ao modelo de defesa da sociedade, que entende que o agente responsável pelo delito deve ser contido até a cessação de sua periculosidade – período em que será aplicado tratamento curativo. A publicação da Lei n.º 10.216/2001 deixou ainda mais evidente a ineficácia do encarceramento destes pacientes, que são isolados, discriminados e têm seus direitos frequentemente violados em Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP).

Palavras-chave: Doenças Mentais. Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. Inimputabilidade. Medida de Segurança.

ABSTRACT

DECARO, Dimitria. **Título de obra:** Security Measures in the Brazilian Legal System and Its Inadequacy in Light of Psychiatric Reform.

Keywords: This monograph aims to address the various dimensions of the security measure, a criminal sanction that applies to individuals who, once criminalized, have been diagnosed with a mental disorder and are considered legally non-responsible (unaccountable). Unaccountability is not subject to the retributive nature of punishment, but rather to the society's defense model, which understands that the agent responsible for the offense should be contained until the cessation of his dangerousness – a period during which curative treatment will be applied. The enactment of Law No. 10,216/2001 further highlighted the ineffectiveness of incarcerating these patients, who are isolated, discriminated against, and frequently have their rights violated in Hospitals for Custody and Psychiatric Treatment (HCTP).

Keywords: Mental illnesses. Custodial and Psychiatric Treatment Hospitals. Unaccountability. Security measure.

LISTA DE ABREVIATURAS

ART. – ARTIGO

CAPS – CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

CNPCP – CONSELHO NACIONAL DE POLÍTICA CRIMINAL E PENITENCIÁRIA

CRFB/88 – CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL DE 1988

EAP – EQUIPES DE AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DE MEDIDAS TERAPÊUTICAS APLICÁVEIS À PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL EM CONFLITO COM A LEI

MNPCT – MECANISMO NACIONAL DE PREVENÇÃO E COMBATE À TORTURA

OAB – ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL

PAILI – PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL AO LOUCO INFRATOR

PAI-PJ – PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL AO PACIENTE JUDICIÁRIO PORTADOR DE SOFRIMENTO MENTAL

RAPS – REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

STF – SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL

STJ – SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

TCC – TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

HCTP – HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO

SUS – SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

SUMÁRIO

1. Introdução.....	11
2. Breve Histórico Sobre a Loucura	13
3. Legislação Penal Brasileira	16
3.1. Histórico da Inimputabilidade no Ordenamento Jurídico	16
3.1.1. Ordenações Filipinas	16
3.1.2. Código do Império.....	16
3.1.3. Código Republicano	17
3.1.4. Consolidação das Leis Penais.....	18
3.1.5. Código de 1940.....	18
3.1.6. Código de 1969.....	21
3.1.7. Reforma de 1984	23
3.2. Doenças Psicológicas.....	24
3.2.1. Da Culpabilidade	24
3.2.2. Imputabilidade ou Inimputabilidade.....	24
3.2.3. Inimputabilidade por Doença Mental	25
3.3. Medidas de Segurança	27
3.3.1. Aplicabilidade.....	28
3.3.2. Pressupostos para Aplicação da Medida de Segurança	29
3.3.3. Espécies e Prazos das Medidas de Segurança	30
4. Reforma Psiquiátrica	32
4.1. Medida de Segurança na Contramão da Reforma Psiquiátrica.....	32
4.1.1. Ausência de Termo Final e de Previsão de Desinternação Progressiva	34
4.1.2. Exclusão Social e Abandono Familiar.....	36
5. Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico.....	40
5.1. A Nau dos Loucos.....	40
5.2. Hospitais-prisão	43
5.3. Violação da Dignidade da Pessoa Humana.....	44
5.4. Alternativas.....	48
6. Conclusão.....	54
Referências	56

1. Introdução

Por mais longe que se remonte a história, as doenças mentais fizeram parte do cotidiano social e, historicamente, foram alvo de preconceitos e estigmatizações. A segregação de pessoas acometidas por transtornos psíquicos é pedra de toque que perpassa séculos e é, ainda hoje, adotada em diferentes contextos, como é o caso dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTPs).

No contexto brasileiro, a batalha pela desinstitucionalização, que resultou na promulgação da Lei 10.216/2001, trouxe à luz a necessidade de restringir a internação psiquiátrica como medida excepcional diante dos graves prejuízos causados aos portadores de transtornos mentais e suas famílias. A prática de isolamento e discriminação enfrentada por esses indivíduos frequentemente dificulta sua reintegração social, destacando a importância de buscar alternativas que promovam sua inclusão e reabilitação.

No entanto, a mera existência de uma legislação não é suficiente para garantir os direitos dos indivíduos com doenças mentais que cometeram atos criminosos, nem para assegurar sua dignidade e inclusão social. É reconhecido que o processo de desinternação desses indivíduos é um caminho longo e burocrático, envolvendo uma colaboração entre o paciente internado e a equipe técnica dos HCTPs, composta por terapeutas, psiquiatras, psicólogos e assistentes sociais, além dos defensores públicos, juízes e promotores responsáveis pelo trâmite do processo penal em questão.

A liberdade destes indivíduos está condicionada a avaliação de cessação de periculosidade, realizada por peritos, sem a análise aprofundada da evolução do paciente. Além disso, é preocupante observar que os relatórios das equipes técnicas que acompanham diariamente o infrator e os depoimentos dos próprios pacientes, em muitos casos, não são devidamente considerados nesse processo.

Assim, os internos permanecem infundáveis anos em Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, sem o recebimento do tratamento adequado, tendo seus direitos e garantias fundamentais violados, em tempo muito maior ao correspondente à pena do ato ilícito cometido, sem perspectiva de liberação e ressocialização.

Considerando as análises e critérios adotados no exame de cessação de periculosidade, bem como a falta de reconhecimento do trabalho realizado pela rede de saúde mental, presume-se que o infrator voltará a cometer crimes devido à sua condição mental. Essa abordagem negligencia a possibilidade de oferecer tratamentos e acompanhamentos alternativos, como os oferecidos pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e nega ao indivíduo a oportunidade de reintegração plena na sociedade, seguindo uma lógica antiquada que remete aos tempos manicomiais. Tal postura representa um obstáculo ao acesso à justiça e dificulta a busca por uma abordagem mais humanizada e efetiva no tratamento de pessoas com transtornos mentais infratores.

Neste sentido, existem inúmeros obstáculos no tratamento e na desinstitucionalização desses indivíduos, que são vistos como indesejáveis aos olhos da sociedade. Esse ciclo de internação perpetua-se, visando confiná-los e mantê-los aprisionados em estruturas precárias, onde frequentemente ocorrem violações dos direitos humanos. Essa realidade reflete a falta de investimentos adequados, de políticas efetivas e de uma abordagem humanizada para lidar com a questão dos transtornos mentais associados a atos infracionais.

Este trabalho tem como objetivo abordar a inimputabilidade no ordenamento jurídico brasileiro, examinando os diversos aspectos relacionados à medida de segurança. Será dada atenção à inadequação dessa medida diante dos princípios estabelecidos na Lei de Reforma Psiquiátrica, bem como às dificuldades enfrentadas no processo de desinternação dos pacientes psiquiátricos. Serão analisados os desafios legais, sociais e institucionais que envolvem essa temática, com o objetivo de contribuir para uma compreensão mais ampla e embasada sobre a situação desses indivíduos perante o sistema jurídico e de saúde mental.

2. Breve Histórico Sobre a Loucura

Historicamente, o louco era visto pelos povos primitivos como um ser único, sagrado, frequentemente associado ao divino. Cerimônias religiosas celebravam o doente mental, dispensando a ele grande respeito e admiração. Povos como hebreus, egípcios e gregos, posteriormente, relacionaram doenças mentais aos maus espíritos. (FÜHRER, 2000)

Os gregos introduziram terapias médicas ao lado de práticas curativas até então existentes, com a finalidade de assimilar e tratar eventuais distúrbios psicológicos. Verifica-se, no decorrer da história grega, a evolução da avaliação acerca da doença mental.

Dos séculos X a.C. a V a.C., as enfermidades psíquicas eram vistas com enfoque religioso – acreditava-se que a loucura era resultado de uma intervenção divina. No auge da tragédia grega, por volta do século V a.C., as doenças mentais eram retratadas como conflitos passionais, ainda que impostos pelos deuses. No fim do século IV a.C. até o século III d.C., por outro lado, a loucura recebeu contornos biológicos e passou a ser concebida como objeto de disfunções somáticas.

O Direito Romano se debruçou com cautela sobre a figura do louco, dedicando especial atenção sobre o tema especialmente no âmbito cível. Enquanto o *furiosus* era o louco furioso com intervalos lúcidos (*sensu saniore*), em que deveria ser considerado plenamente imputável, a *dementia* era a loucura absoluta, sem intervalos. (PONTE, 2012)

Não obstante o maior aprofundamento em matéria de Direito Civil, alguns institutos do Direito Penal moderno remontam à época. O louco, quando do cometimento de um crime, não recebia pena.

Duas correntes explicam a irresponsabilidade do louco por seus atos: Modestino pondera que o louco era digno de compaixão, sendo a própria doença responsável pela punição. Gaio, por sua vez, sustenta que a irresponsabilidade decorria do entendimento acerca da falta de apreensão da realidade.

Com a inauguração da Idade Média e a predominância, na Europa Ocidental, do feudalismo comandado pela Igreja Católica, os doentes mentais eram submetidos a tratamentos degradantes sob o fundamento de que estariam endemoniados. A loucura estava associada aos espíritos, às feitiçarias e ao satanás. (JÚNIOR, 2020)

Esta convicção se manteve até a inauguração da Idade Moderna, marcada por um rigoroso juízo discriminador. A “Nau dos Loucos”, fortemente representada na literatura, teve sua existência concreta na Europa Renascentista (séculos XIV a XVI). Os enfermos mentais eram confinados em navios que vagavam de porto a porto e lançados ao mar para morrer, escancarando a política segregacionista do Estado.

O período higienizador, entre 1650 até antes da Revolução Francesa, foi marcado pela construção de hospitais gerais, responsáveis não apenas pelo encarceramento dos loucos, mas todos os marginalizados da época, como mendigos, desocupados e criminosos.

A Revolução Francesa foi marcada pela “marginalização administrativa da irracionalidade”. Os loucos eram tratados como perigosos e, portanto, sujeitos ao distanciamento social. Eram considerados sujeitos selvagens, quase inumanos.

A loucura relacionada a fatores externos, como o meio social e à família, passa a ganhar ênfase. No século XVIII, Philippe Pinel (1745 – 1826), desenvolveu os primeiros estudos da loucura como enfermidade mental sujeita a tratamento psiquiátrico em manicômios. Sob a pedagogia de Philippe Pinel, inicia-se o período de terapia visando o controle absoluto sobre os doentes mentais, com métodos de castigo e humilhações.

Segundo Foucault, métodos antigos de tortura voltaram a ser utilizados sob outros fundamentos. Se, antes, utilizava-se ducha gelada para refrescar os espíritos revoltados dentro do ser, a partir de então, passou a ser empregada como meio de repressão pelas descomposturas do doente.

O surgimento da psicanálise contribuiu extraordinariamente para a apreciação da conduta humana e trouxe fortes críticas à ideologia dominante do século XIX, mas pouco modificou os estabelecimentos de internação.

Em matéria penal, a prática manicomial resiste às novas formas de tratamento da doença mental, o que dificulta o desenvolvimento de terapêuticas extra asilares que possibilitem o tratamento do louco para reintegrá-lo no seio familiar e social.

3. Legislação Penal Brasileira

3.1. Histórico da Inimputabilidade no Ordenamento Jurídico

3.1.1. Ordenações Filipinas

As Ordenações Filipinas (11 de janeiro de 1603) não versavam particularmente sobre o louco, mas integraram o desenvolvimento mental incompleto, a chamada menoridade, em matéria de responsabilidade penal. (PORTUGAL, 1603)

A pena era aplicada integralmente aos maiores de 20 anos. Entre os 17 e 20 anos, cabia a redução da sanção segundo o arbítrio do julgador, levando em consideração as circunstâncias em que o crime foi cometido. O castigo seria integralmente aplicado caso o menor demonstrasse “suficiente malícia”. Não cabia pena de morte (morte natural) aos menores de 17 anos.

3.1.2. Código do Império

O Código Penal do Império (16 de dezembro de 1824) não desenvolveu com nitidez os pressupostos do crime dos pressupostos da pena. No entanto, verificou-se uma tendência a excluir o crime quando praticado por um doente mental, exceto se cometido durante intervalo lúcido (art. 10, § 2º). (BRASIL, 1830)

Praticada a conduta tida como criminosa, os loucos denominados “loucos de toda espécie” eram designados a casas especiais ou entregues à família, conforme parecesse mais adequado ao juiz (art. 12).

O primeiro asilo designado para o abrigo de doentes mentais do Brasil foi construído em 1852 em resposta às reclamações da cidade do Rio de Janeiro e da classe médica, que desde 1830 apelava à Academia Imperial de Medicina para ver realizado o projeto humanitário. (LOPES, 1935)

De-Simone expôs, em documento fundamental à construção da instituição psiquiátrica, a necessidade de hospitais em que doentes mentais pudessem ser submetidos a tratamentos adequados, uma vez que “*a conveniência, ou idoneidade do estabelecimento em que os loucos são recebidos, é, na maior parte dos casos, para a cura uma condição absoluta e sine qua non*” (DE-SIMONE, 1839).

Insta salientar que o Código Imperial previa, ainda, que os doentes mentais que tivessem praticado conduta típica em estado de loucura não seriam punidos enquanto nesse estado se conservassem (art. 64).

Entendido o fato típico sem o caráter criminoso e, ainda, prevista a possibilidade de internação, vê-se um esboço, no código imperial, do que viria a ser posteriormente a medida de segurança.

3.1.3. Código Republicano

O Código Penal dos Estados Unidos do Brasil (Decreto n. 847, de 11 de outubro de 1890) inclinou-se a assimilar integridade mental como premissa para o reconhecimento de crime. (BRASIL, 1890)

Não eram considerados como criminosos menores de 9 anos, maiores de 9 e menores de 14 que não possuíssem discernimento, os que por imbecilidade nativa ou enfraquecimento senil, fossem incapazes de imputação, os privados totalmente de sentidos, da inteligência e os surdos-mudos sem discernimento, nos termos do art. 27, §§ 1 a 4º do diploma legal.

Os denominados isentos de culpabilidade eram entregues à família ou a hospitais de alienados, caso o estado mental assim exigisse para efeitos de segurança pública (art. 29).

Os incapazes eram entregues à família ou à hospitais especializados caso fosse necessário para a preservação da segurança pública. Neste ponto, houve um avanço importante, haja vista que se passou a exigir fundamentação por parte do juiz, que deveria levar em consideração a doença mental e a periculosidade do agente na garantia da ordem pública para tomada de decisão de internação.

Ainda, o Código Republicano dispôs, em seu art. 68, que o infrator em estado de loucura só entraria em cumprimento de pena quando recuperasse suas faculdades mentais. Nesta mesma esteira, se o condenado viesse a manifestar doença mental durante o cumprimento de pena, ficaria suspensa sua execução (parágrafo único).

3.1.4. Consolidação das Leis Penais

O movimento reformista trouxe tantas novas leis extravagantes, com abordagens tão contraditórias e aparentemente inconciliáveis, que o Des. Vicente Pirangibe, para facilitar a interpretação e aplicação das normas por juristas, publicou a obra *Código Penal Brasileiro, Completado com as Leis Modificadoras em Vigor*. (PIRAGIBE, 1932)

O trabalho foi tão bem recebido por Getúlio Vargas, Chefe do Governo Provisório, que foi adotado com a anuência de Vicente Pirangibe como “Consolidação das Leis Penais” através do Decreto n. 22.213, de 14 de dezembro de 1932.

A Consolidação fixou presunção absoluta de inimputabilidade aos menores de 14 anos, independentemente da existência de discernimento ou não. Continuaram considerados não-criminosos os denominados surdos-mudos de nascimento que não tivessem recebido educação ou instrução, salvo se comprovado discernimento. Ainda, a exclusão de caráter criminoso alcançava os portadores de imbecilidade nativa ou enfraquecimento senil, bem como aqueles que estivessem sob completa perturbação dos sentidos e da inteligência no momento da prática da conduta ilícita, nos termos do art. 27, §§ 1 a 4º.

Nos casos de absolvição em virtude de doença ou estado mental causado por uso de entorpecentes, haveria internação obrigatória caso o juiz solicitasse de ofício (Art. 415, § 2º letra a, do decreto n. 201.930, de 11 de janeiro de 1932).

Os doentes mentais seriam entregues à sua família ou abrigados em hospitais de alienados caso a condição mental fosse necessária à segurança pública. A internação ocorreria em asilos públicos ou em pavilhões especiais enquanto o Estado não houvesse construído manicômio criminal, conforme art. 29 da Consolidação.

3.1.5. Código de 1940

A medida de segurança foi formalmente inserida no ordenamento jurídico brasileiro por meio do Código Penal de 1940. Foi codificada como recurso duplo-binário e era, ao mesmo tempo, repressivo e intimidante, aplicável não somente *post delictum*, mas essencialmente como artifício preventivo. (BRASIL, 1940)

A elaboração do Código de 1940, alinhada com a tendência global, destituiu a responsabilidade da posição de mero pressuposto de crime. Neste sentido, passou a empregar as nomenclaturas “é isento de pena” para tratar dos irresponsáveis e “não há crime” para referir-se às excludentes de antijuricidade.

A medida de segurança tinha como critério o grau de periculosidade do agente frente à sociedade. Em cinco casos a periculosidade era presumida por lei de forma absoluta (art. 78):

- 1) Portador de doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado inteiramente incapaz de entender o caráter criminoso do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento;
- 2) Agente que, em razão de perturbação de saúde mental ou por desenvolvimento mental incompleto ou retardado, estava privado da capacidade de compreensão do caráter criminoso do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento;
- 3) Condenados por crime cometido em estado de embriaguez pelo álcool ou substância de efeitos análogos, se habitual a embriaguez;
- 4) Reincidentes em crime doloso;
- 5) Condenados por crime cometido em associação, bando ou quadrilha de malfeitores.

A presunção de periculosidade, no entanto, cessava com o decurso do tempo. Dez anos após a sentença, era necessária verificação de periculosidade do inimputável. No caso de semi-imputabilidade, o prazo era de cinco anos (art. 78, § 1º).

Salvo as hipóteses legais de presunção de periculosidade, cabia ao juiz investigar a personalidade e antecedentes do agente, bem como motivos e circunstâncias do crime, que serviriam como parâmetro para supor que o infrator eventualmente tornasse a delinquir (art. 77).

Por intermédio da Lei n. 6.416, de 1977, a redação do art. 77 foi alterada para incluir outros quesitos responsáveis por calibrar o “termômetro de periculosidade”, quais sejam: antecedentes, personalidade, motivos e circunstâncias do fato, meios empregados para o crime, modo de execução, intensidade do dolo e grau da culpa.

Não obstante em regra a aplicação de medida de segurança ocorresse na sentença de absolvição ou condenação (art. 79, caput), o aplicador da lei poderia submeter, em cenários específicos, a aplicação provisória de medidas de segurança (art. 80, caput)¹.

A medida de segurança era dividida em patrimonial e pessoal, sendo esta última subdividida em detentiva e não detentiva. Na detentiva, previa-se a internação em manicômio judiciário, casa de custódia e tratamento, colônia agrícola ou instituto de trabalho de reeducação ou de ensino profissional. Em medidas não detentivas, cabia a liberdade vigiada, a proibição de frequentar lugares certos e o exílio local (art. 88, §§ 1º e 2º).

A internação em manicômios judiciários era voltada ao infrator isento de pena que, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de considerar o caráter criminoso do fato ou de determinar-se neste sentido. A internação poderia ser substituída por internação em casa de custódia e tratamento, caso a perícia médica assim deliberasse favoravelmente e fossem observados os prazos da medida.

Embora houvesse previsão de duração mínima, a medida de segurança pessoal estendia-se por prazo indeterminado, isto é, até que cessasse a periculosidade do indivíduo a ela submetido.

A atenção dedicada à figura do louco pelo Código Penal de 1940 é esclarecida na sua Exposição de Motivos, em que o Min. Francisco Campos revela a insatisfação com o sistema até então vigente – as medidas meramente repressivas e puramente penais eram insuficientes na luta contra a criminalidade.

¹ Era considerada possível a aplicação de medida de segurança provisória no caso em que 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 criminoso do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento. Ainda, cabia imposição de medida de segurança em se tratando de ébrios eventuais ou toxicômanos.

Ao lado dos criminosos habituais, encontravam-se os doentes mentais perigosos, que não eram submetidos a nenhuma medida de segurança ou custódia, senão nos casos de imediata periculosidade. O recrudescimento no cuidado para com os denominados “moralmente irresponsáveis”, então, buscava a suposta segregação, vigilância, reeducação e tratamento dos indivíduos então considerados perigosos.

3.1.6. Código de 1969

O documento manteve a maioria penal de 18 anos, salvo se o menor de idade, já tendo completado dezesseis anos, revelasse suficiente desenvolvimento psíquico para perceber o caráter ilícito do fato e determinar-se de acordo com este entendimento. (BRASIL, 1969)

O sistema duplo-binário foi dissolvido, adotando-se o vicariante e cessando a aplicação de pena seguida de medida de segurança. A pena era diminuída ou, então, substituída por medida de segurança. No que tange ao chamado criminoso habitual² ou por tendência³, existia a previsão de pena com prazo relativamente incerto. A pena fixada não poderia ser inferior à média entre o máximo e o mínimo da pena prevista para o delito. Entretanto, tratava-se apenas da duração mínima da pena, capaz de se estender por mais dez anos caso não fosse alcançado o livramento condicional.

Buscava-se, com o instituto, estimular o bom comportamento dos presos e sua ressocialização. Com efeito, procurava-se substituir a medida de segurança e promover a recuperação do indivíduo dentro do próprio sistema prisional, conforme item 16 da Exposição de Motivos.

² Art. 64, §2º “Considera-se criminoso habitual aquele que: a) reincide pela segunda vez na prática de crime doloso da mesma natureza, punível com pena privativa de liberdade em período não superior a cinco anos, descontado o que se refere a cumprimento de pena b) embora sem condenação anterior, comete sucessivamente, em período de tempo não superior a cinco anos, quatro ou mais crimes da mesma natureza, puníveis com pena privativa de liberdade, e demonstra, pelas suas condições de vida e pelas circunstâncias dos fatos apreciados em conjunto, acentuada inclinação para tais crimes”.

³ Art. 64, § 3º “Considera-se criminoso por tendência aquele que comete homicídio, tentativa de homicídio ou lesão corporal grave, e, pelos motivos determinantes e meios ou modo de execução, revela extraordinária torpeza, perversão ou malvez.”

O Código de 1969, ainda, previu a não-internação do louco se não houvesse periculosidade, o que encerrava a *presunção absoluta de periculosidade*, capaz de ensejar medida de segurança, presente no Código Penal de 1940.

A periculosidade era aferida pelo juiz no momento da sentença e teria três graus: acentuada, escassa e nenhuma (art. 51, § 1º). Seria considerada acentuada se, analisados os elementos do crime e sua execução, o agente demonstrasse familiaridade ou habitualidade com a delinquência. Escassa, caso o agente fosse rapidamente recuperado para reinserção social e, nenhuma, caso a análise do caso demonstrasse a desnecessidade de medidas educativas.

O art. 94, caput, dispunha que se o inimputável necessitasse de especial tratamento curativo, a pena pode ser substituída pela internação em estabelecimento psiquiátrico anexo ao manicômio judiciário ou ao estabelecimento penal ou em seção especial de um ou de outro.

Mais do que isto, a internação deveria visar não apenas o tratamento curativo do internado, como também seu afeiçoamento a um regime educativo ou de trabalho, lucrativo ou não, conforme permitissem suas condições pessoais.

Os semi-imputáveis poderiam ter sua pena substituída por internação em estabelecimento psiquiátrico caso precisassem de medidas curativas, assim como os ébrios habituais ou toxicômanos.

O Código Penal buscava reservar a internação apenas para casos legitimamente necessários sob a fundamentação de que, na execução, a pena e a medida de segurança não se distinguiriam, sendo a pena de segurança “*mal pior do que a pena, uma vez que é por tempo indeterminado*” (Exposição de Motivos, item 16).

A ideia da pena indeterminada recebeu reiteradas críticas. O Código sofreu inúmeras alterações pela Lei n. 6.016 de 1973 e, então, foi revogado sem nunca entrar em vigor, prolongando-se a vigência do Código Penal de 1940.

3.1.7. Reforma de 1984

Em 11 de julho de 1984, com a promulgação da Lei n. 7.209, a antiga parte geral do Código Penal foi inteiramente reformada. Além da adoção da teoria finalista da ação, o sistema duplo-binário então aplicado aos semi-imputáveis e imputáveis foi extinto, substituído pelo sistema vicariante ou unitário. (BRASIL, 1940)

Assim, de acordo com a nova legislação, cabe ao juiz a redução ou não de pena 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 conceber o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento no momento da conduta (art. 26, parágrafo único).

Ainda, a substituição de pena por medida de segurança pode ocorrer caso o semi-imputável necessite, nos moldes do art. 98, de especial tratamento curativo. Neste diapasão, os semi-imputáveis passam a ser considerados inimputáveis.

A medida de segurança, de condição preventiva e assistencial, deixa de ser, então, aplicada aos imputáveis. São duas as modalidades de medida de segurança, a detentiva e a restritiva.

A medida de segurança detentiva consiste na internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico, com prazo mínimo de internação entre um e três anos. O prazo máximo, por sua vez, torna-se indeterminado. A medida perdura enquanto não for verificado o fim da periculosidade, averiguada por perícia médica realizada anualmente, após o término do período mínimo de internação.

A medida de segurança restritiva, no que lhe diz respeito, é admitida nas hipóteses de crime punível com detenção e consiste na sujeição do indivíduo a tratamento ambulatorial. Isto é, ao comparecimento em estabelecimento hospitalar em dias estipulados por médicos, com fins de recebimento de tratamento prescrito.

3.2. Doenças Psicológicas

3.2.1. Da Culpabilidade

O Código Penal não adotou um conceito positivo de culpabilidade. O significado de responsabilidade é deduzido do texto da lei, através de seus elementos negativos e, neste sentido, o art. 26, caput, da lei dispõe que *“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”*.

Neste entendimento, a culpabilidade é o juízo de reprovação, de censura social, incidente sobre o fato e o Autor no momento do cometimento da conduta típica. Adotada a teoria finalista no ordenamento jurídico brasileiro, a culpabilidade é concebida pela junção da imputabilidade do agente, da atuação com consciência potencial de ilicitude e, ainda, da exigibilidade de conduta diversa. Em outras palavras, é a reprovação jurídica que recai ao autor que, tendo possibilidade de agir conforme o direito, opta por violá-lo.

3.2.2. Imputabilidade ou Inimputabilidade

De acordo com Nélson Hungria, o Código Penal brasileiro tomou como base, para a elaboração da responsabilidade penal, o *homo medius*. Trata-se do homem relativamente normal, mentalmente são e desenvolvido, capaz de determinar-se regularmente por motivos normais. É o modelo de homem fundado na média estatística e na experiência cotidiana. Nas palavras do autor, é *“aquele que, ao tempo do fato, por mórbida alteração psíquica ou deficitário desenvolvimento mental, não podia ajustar-se à média de conduta no meio social em que vive”* (HUNGRIA, 1978).

No momento da verificação de um crime, a imputabilidade traduz as qualidades subjetivas do agente que consolidam a capacidade de lhe ser juridicamente imputada a prática de um delito. É um dos requisitos para a constituição da culpabilidade que, por sua vez, materializa a responsabilidade perante o cometimento de um crime. (NUCCI, 2019)

Neste sentido, inimputável é aquele que não pode ser responsabilizado pela prática de conduta típica, uma vez que inexistem características pessoais que tornam o agente capaz de compreender o comando normativo e deliberar em sua contramão. Estas características, referentes à valoração e atuação, dependem de um conjunto de fatores, sendo eles físicos, biológicos, psíquicos e psicossociais.

Uma vez que definição de culpabilidade é extraída do Código Penal brasileiro através das circunstâncias que excluem a responsabilidade, a presunção de imputabilidade é regra, da qual a inimputabilidade é exceção. Excetuando-se a exclusão da imputabilidade por menoridade, que leva em consideração especificamente a idade cronológica previamente estabelecida, qual seja, 18 (dezoito) anos, a aferição da inimputabilidade ocorre por intermédio do sistema biopsicológico.

Assim, é necessária a demonstração de um problema mental, ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, que afete a capacidade de compreensão da ilicitude de um comportamento ou a possibilidade de atuar dentro da juridicidade.

3.2.3. Inimputabilidade por Doença Mental

O conceito de doença mental é vago, mas deve ser interpretado de forma mais extensa do que o critério médico define. São compreendidos casos de processos tóxicos crônicos, associados a dependências químicas, que afetam o sistema nervoso central. São exemplos de doença mental a psicose maníaco-depressiva, a esquizofrenia, alienação mental, paranoia, distúrbios obsessivos-compulsivos e outras formas de demência, bem como o alcoolismo ou a toxicomania, respectivamente. (BUSATO, 2017)

Por desenvolvimento mental incompleto ou retardado, entende-se deficiência no desenvolvimento mental, congênita ou adquirida em idade precoce, que afeta toda a personalidade, comprometendo o funcionamento intelectual, o que recebe o nome de *oligofrenia*. É possível citar, a título de exemplo, crianças acometidas pela síndrome de hospitalismo, que designa crianças privadas precocemente de contato e afeto. É o caso, também, de crianças cegas ou surdas que não recebem ensino adequado e, portanto, são privadas de adequada comunicação com o mundo. (ZAFFARONI, BATISTA, *et al.*, 2015)

O Código Penal de 1940, em seu art. 26, adotou o sistema *biopsíquico* ou *misto* para aferir a higidez mental agente e sua capacidade de assimilar o fato típico consumado, representando a convergência dos critérios biológico e psicológico. No critério biológico, averigua-se eventuais doenças mentais e o desenvolvimento incompleto ou retardado do indivíduo. Na seara psicológica, valora-se a capacidade do agente de apreciar o caráter ilícito do fato ou de agir conforme este domínio. Neste sentido, o sistema biopsicológico pondera a sanidade do agente (critério biológico) e sua capacidade de conhecer a ilicitude do fato ou de determinar-se de acordo com ele (critério psicológico).

Nélson Hungria esclarece que, frente à escolha pelo método *biopsicológico* ou *misto*, a inimputabilidade penal só ocorre mediante constatação de nexo de causalidade entre a doença mental e a inexistência de pressupostos psíquicos de responsabilidade no momento do crime. Isto é, a mera existência de doença mental não é suficiente para dirimir a responsabilidade, sendo indispensável a prova de que a patologia obstruiu a capacidade de compreensão do ilícito, ou de determinação segundo esta percepção, à época dos fatos. (HUNGRIA, 1978)

Neste sentido, o perito deve indicar a influência do estado psíquico na capacidade de discernimento ou determinação do indivíduo ao tempo da conduta criminoso. Ao mesmo tempo, o juiz é encarregado, através do livre convencimento motivado, a recolher do conjunto probatório, a capacidade do agente de conceber a ilicitude e do fato e agir conforme este entendimento. A confirmação de eventual insanidade mental está vinculada ao laudo pericial, mas o magistrado não está subordinado estritamente ao resultado do exame médico. Embora a análise pessoal do juiz não substitua a avaliação do perito, é o operador do direito que delibera pela aplicação ou não da pena através dos elementos probatórios colhidos ao longo do processo de instrução.

Na visão de Nucci, a sentença que reconhece a inimputabilidade do agente é considerada por alguns como uma imposição de uma sanção penal condenatória. Argumenta-se, entretanto, que se trata de uma sentença absolutória, uma vez que é constatada a inexistência de culpabilidade do agente e, ainda, não gera antecedentes criminais ou outros efeitos secundários. (NUCCI, 2019)

3.3. Medidas de Segurança

A medida de segurança, admitida pelo Código Penal de 1940, com forte influência do Código Rocco, foi adotada como medida jurídico-penal a ser aplicada quando o agente, imputável ou semi-imputável, cometer conduta tipificada como crime e for dotado de periculosidade. Assim, a medida é a resposta penal sancionatória de qualidade preventiva e curativa que visa inibir demais infrações e, ao mesmo tempo, garantir adequado tratamento para sua condição mental.

Insta salientar que, conforme já exposto, quando a medida de segurança foi amparada pelo ordenamento jurídico brasileiro, sua aplicabilidade se estendia àqueles que fossem considerados perigosos (art. 77). A execução da medida de segurança após a pena, permitida pelo sistema duplo-binário, teve sua vigência revogada com a reforma da Parte Geral do Código Penal, reservada sua observância estritamente aos inimputáveis.

Embora a menção expressa de presunção de periculosidade tenha sido suprimida, esta não deixou de existir e é deduzida do texto legal, sendo pilar fundamental da execução de toda a medida de segurança. O instituto, neste sentido, propõe-se a servir o ideal de defesa social, e atuar como uma faceta do *jus puniendi*, responsável por alijar pessoas perigosas do convívio social.

Uma vez cometido o delito, a avaliação da insanidade, que se dá por meio do procedimento processual denominado incidente de insanidade, verifica-se se a manifestação da doença mental no momento do crime afastou a capacidade de compreensão e de determinação do agente segundo o direito.

Reconhecida a inimputabilidade, presume-se que o agente é incapaz de entender o caráter ilícito e de se posicionar de acordo com este entendimento voltará a delinquir. A medida de segurança, assim, conserva-se por tempo indeterminado (art. 97, § 1º) e está sujeita ao fim da periculosidade, averiguada por perícia médica.

Não obstante as diferentes premissas, ontologicamente, inexistem divergências entre medida de segurança e pena. A imposição da pena leva em consideração o cometimento de um delito, enquanto a medida de segurança considera a periculosidade do agente.

A pena privativa de liberdade, como também a medida de segurança, cerceiam a liberdade do cidadão sob tutela do Estado. Embora tenha sido atribuída à medida de segurança o caráter meramente preventivo e assistencial,⁴ as respectivas sanções penais resultam na segregação e privação de autonomia do indivíduo, razão pela qual a doutrina majoritária entende o aspecto condenatório da imposição de medida de segurança. (QUEIROZ, 2005)

3.3.1. Aplicabilidade

Não obstante a previsão constitucional, prevista no art. 5º, caput, de que todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, o Código Penal brasileiro admite diferentes sanções aos agentes na ocorrência de atos ilícitos.

A execução de pena é utilizada no caso do imputável. A aplicação de pena reduzida ou medida de segurança, do semi-imputável. O emprego de medida socioeducativa é direcionado ao inimputável etário – isto é, ao adolescente em conflito com a lei – e, por fim, a medida de segurança, em se tratando de inimputável psíquico. (CARVALHO, 2012)

A medida de segurança, portanto, é espécie de sanção aplicável no caso de inimputáveis psíquicos. Uma vez que a doença mental é causa excludente de culpabilidade, a sentença de reconhecimento de inimputabilidade tem natureza essencialmente absolutória.

Assim, o juiz de execução pode, de ofício, a pedido de autoridade administrativa ou do Ministério Público, converter a pena em medida de segurança nos moldes do art. 183 da Lei de Execução Penal e do art. 41 do Código Penal, respectivamente. Veja-se:

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 (Redação dada pela Lei nº 12.313, de 2010).

⁴ Decreto-lei n.º 2.848, de 7 de dezembro de 1940 – Exposição de Motivos n.º 211, de 9 de maio de 1983, item 87.

Art. 41. O condenado a quem sobrevém doença mental deve ser recolhido a hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou, à falta, a outro estabelecimento adequado. (Redação dada pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984)

Tecnicamente, a medida de segurança possui caráter terapêutico e preventivo, destinada a tratar inimputáveis e semi-imputáveis portadores de periculosidade, com a finalidade de evitar futuras infrações penais (MASSON, 2011). Mais do que isto, assim como a pena, a medida de segurança visa a reinserção social, sendo o período de tratamento voltado para o reajuste de sua conduta para o futuro convívio social. (SILVA, 1942)

Os portadores de doença mental que tiverem cometido delito, neste sentido, serão encaminhados para internação em Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico ou, então, para acompanhamentos psiquiátricos e psicológicos ambulatoriais.

3.3.2. Pressupostos para Aplicação da Medida de Segurança

Quanto aos pressupostos para a incidência da medida de segurança, é possível afirmar que existem três principais requisitos, quais sejam: (i) o cometimento do ato ilícito; (ii) a periculosidade do agente; e (iii) a inexistência de causa excludente de punibilidade.

Da mesma forma que *nulla poena sine crimine*, a aplicação da medida de segurança está sujeita ao anterior cometimento de conduta típica e antijurídica. A exigência de cometimento do delito é “uma garantia para a segurança jurídica, ao contribuir para a diminuição de fatores de incerteza no prognóstico da periculosidade (*nulla periculositas sine crimen*), e para próprio indivíduo, que não se verá submetido a um processo se não cometeu um delito”. (GRACIA MARTÍN, 2007)

O segundo pressuposto é a periculosidade do infrator que, através de perícia médica, irá averiguar a maior ou menor inclinação para cometimento de novos delitos, conforme art. 97, § 1º e § 2º do Código Penal de 1940.

Por fim, o parágrafo único do art. 96 do Código Penal de 1940 determina que não deve existir nenhuma hipótese de extinção de punibilidade, pois então não existirá o poder e dever do Estado de punir. Veja-se:

Parágrafo único - Extinta a punibilidade, não se impõe medida de segurança nem subsiste a que tenha sido imposta. (Redação dada pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984)

3.3.3. Espécies e Prazos das Medidas de Segurança

O art. 97 do Código Penal estabelece a aplicação por prazo indeterminado de medida de segurança, em que o agente inimputável será submetido à internação, em regra, enquanto o tratamento ambulatorial só poderá ser instituído, excepcionalmente, se o fato cometido for punível com detenção.

Na contramão da Lei n.º 10.216 de 2001, que delimita em seu art. 4º que a internação em qualquer espécie só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes, verifica-se o modelo de internação compulsória previsto no Código Penal, que reforça a exclusão social dos indivíduos acometidos por transtornos mentais.

Do texto legal se depreende que a opção por uma modalidade de medida de segurança não observa as exigências concretas de tratamento do doente mental, mas sim a gravidade do crime cometido. Neste sentido, pena e medida de segurança se confundem, visto que ambos os institutos atendem às regras de proporcionalidade referentes à aplicação de pena. Tão pior a aplicação da medida de segurança que, diferentemente da pena, não atende a prazo limite legalmente estipulado.

Em razão da inexistência de prazo limite, o Supremo Tribunal Federal (STF) compreende que o limite da duração da medida de segurança é de 30 anos, de acordo com a disposição do art. 75 do Código Penal, referente às penas. O Superior Tribunal de Justiça (STJ), por sua vez, entende que o limite é o máximo da pena prevista em abstrato para o crime.

MEDIDA DE SEGURANÇA – PROJEÇÃO NO TEMPO – LIMITE. A interpretação sistemática e teleológica dos artigos 75, 97 e 183, os dois primeiros do Código Penal e o último da Lei de Execuções Penais, deve fazer-se considerada a garantia constitucional abolidora das prisões perpétuas. A medida de segurança fica jungida ao período máximo de trinta anos. [STF] (BRASIL)

Súmula 527. O tempo de duração da medida de segurança não deve ultrapassar o limite máximo da pena abstratamente cominada ao delito praticado. [STJ] (BRASIL, 2015)

O Poder Executivo, através dos Decretos n.º 6.706/2008; 7.046/2009; 7.420/2010; 7.648/2011; 7.873/2012; 8.172/2013; e 8.380/2014 concede indulto aos cumpridores de medida de segurança que tenham ultrapassado período igual ou superior ao máximo da pena cominada à infração penal correspondente à conduta praticada.⁵

Não somente inexistente limite temporal para o término da medida de segurança como não há previsão de qualquer programa de desinternação progressiva, diferentemente do que ocorre com as penas – regime fechado, regime semiaberto e regime aberto de cumprimento de pena.

A medida de segurança, então, mostra-se uma porta de entrada sem saída. As internações em HCTP não se prestam à efetiva *cessação de periculosidade* do agente, mas sim ao mero alijamento de pessoas com transtornos mentais do convívio social, sem perspectiva alguma de tratamento, com a finalidade pura e simples de materializar-se como um depósito de pessoas.

⁵ Presidência da República. Decreto n.º 8.380, de 24 de dezembro de 2014. Concede indulto natalino e comutação de penas, e dá outras providências. *D.O.U.* Brasília, 24 dez. 2014^a.

4. Reforma Psiquiátrica

Sob influência do movimento antimanicomial ocorrido na Itália, liderado por Franco Basaglia, foi promulgada no Brasil a Lei n.º 10.216/2001, chamada Lei da Reforma Psiquiátrica, com diretrizes de abordagem de transtornos mentais e orientações referentes ao sistema assistencial de saúde mental.

Na exposição de motivos do Projeto de Lei n.º 3.657/89, que deu origem ao supracitado diploma legal, o Deputado Paulo Delgado, autor da proposta legislativa, reconheceu a incidência normativa no âmbito jurídico diante das interfaces da questão psiquiátrica com a Justiça e o Direito.⁶

4.1. Medida de Segurança na Contramão da Reforma Psiquiátrica

O advento da Lei n.º 10.216/2001 não só escancarou a os métodos obsoletos do sistema de saúde no tratamento de enfermidades mentais como, também, ensejou significativa contradição aos preceitos do Código Penal e da Lei de Execução Penal que regulam a medida de segurança.

Almir Santos Reis Júnior destaca que o aparente conflito entre a Lei 10.216/2001 e os dispositivos do Código Penal e da Lei de Execução Penal acerca de medida de segurança pode ser resolvido por meio dos critérios de temporalidade, especialidade e hierarquia.

Em termos de *temporalidade*, a Lei 10.216/2001 prevalece, visto que é mais recente que as Leis 7.209 e 7.210, ambas de 1984. Quanto a *especialidade*, a Lei 10.216/2001 dispõe de políticas próprias à proteção do doente mental, de modo que a matéria especial se sobrepõe às diretrizes gerais Código Penal e da Lei de Execução Penal.

⁶ *A questão psiquiátrica é complexa, por suas interfaces com a Justiça e o Direito, com a cultura, com a filosofia, com a liberdade. Se considerarmos toda a complexidade do problema, esta é uma lei cautelosa, quase conservadora. O que ela pretende é melhorar - da única forma possível - o atendimento psiquiátrico à população que depende do Estado para cuidar de sua saúde, e proteger em parte os direitos civis daqueles que, por serem loucos ou doentes mentais, não deixaram de ser cidadãos.*

Por fim, destaca-se que, embora a Lei 10.216/2001 seja norma infraconstitucional, combina-se com o Decreto 186/2008, responsável por aprovar o texto da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e de seu protocolo facultativo, em 30 de março de 2008, bem como o Decreto 6.949/2009, que recebeu integralmente o conteúdo do instrumento. Por força do art. 5º, §3º da CRFB/88, a convenção internacional atua com força jurídica de emenda constitucional, sendo hierarquicamente superior ao Código Penal e Lei de Execução Penal. (JÚNIOR, 2020)

Além dos critérios de interpretação, compreendendo a incongruência entre a lei de reforma psiquiátrica e os dispositivos de execução penal, o Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCP) estabeleceu, por meio da Resolução n. 5/2004, orientações para o cumprimento de medidas de segurança tendo como objetivo sua adequação aos princípios de desinternação de pessoas com transtorno mental. Veja-se:

1. O tratamento aos portadores de transtornos mentais considerados inimputáveis “visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio” (art. 4º, § 1º da Lei nº 10.216/01), tendo como princípios norteadores o respeito aos direitos humanos, a desospitalização e a superação do modelo tutelar.

[...]

9. Os Estados deverão realizar censos jurídicos, clínicos e sociais dos portadores de transtornos mentais que sejam inimputáveis, a fim de conhecer suas necessidades terapêuticas, disponibilizar recursos, garantir seu retorno à comunidade de referência e acesso a serviços territoriais de saúde. 10. A conversão do tratamento ambulatorial em internação só será feita com base em critérios clínicos, não sendo bastante para justificá-la a ausência de suporte sócio-familiar ou comportamento visto como inadequado. (PENITENCIÁRIA, 2004)

De igual forma, a Resolução n. 04/2010 dispõe:

Art. 1º - O CNPCP, como órgão responsável pelo aprimoramento da política criminal, recomenda a adoção da política antimanicomial no que tange à atenção aos pacientes judiciários e à execução da medida de segurança.

§ 1º - Devem ser observados na execução da medida de segurança os princípios estabelecidos pela Lei 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial de tratamento e cuidado em saúde mental que deve acontecer de modo antimanicomial, em serviços substitutivos em meio aberto;

(...)

Nesta mesma esteira, o Conselho Nacional de Justiça (CNJ), através da Resolução n. 113/2010, determina, em seu art. 17, que “o juiz competente para execução da medida de segurança, sempre que possível, buscará implementar políticas antimanicomiais, conforme sistemática da Lei n. 10.216, de 06 de abril de 2001.

Assim, verifica-se que a execução da medida de segurança deve ter por fim não somente a desinstitucionalização, mas o redirecionamento do tratamento com uma equipe multidisciplinar que atenda às especificações do agente e suas efetivas necessidades para a recuperação do seu estado de saúde mental e sua futura reintegração no meio familiar e social.

4.1.1. Ausência de Termo Final e de Previsão de Desinternação Progressiva

De acordo com o art. 26 do Código Penal, a medida de segurança é aplicável, em regra, aos inimputáveis que, em decorrência de doença mental eram, ao tempo do crime, incapazes de entender e se manifestar de acordo com este entendimento; ou, ainda, àqueles que, em razão de retardo mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, não eram inteiramente capazes de entender o caráter ilícito e de se manifestar de acordo com este entendimento no momento do delito.

Considerado o art. 97 do Código Penal, em se tratando de medida de segurança, a internação seria regra, enquanto o tratamento ambulatorial, excepcionalmente, só seria possível em casos de crimes puníveis com detenção. Nesta esteira, verifica-se que o critério para definir a medida de segurança não considera as necessidades concretas de tratamento, em nítida oposição à finalidade curativa a que se presta.

Imposta a medida de segurança, sua extinção só se dá por intermédio do exame de cessação de periculosidade, que ocorre em prazo que varia de um a três anos, em conformidade com o que foi determinado em sentença. Enquanto subsiste a periculosidade, mantêm-se a execução da medida de segurança, o que pode ensejar a permanência injustificada do paciente por anos à fio na instituição.

Esta permanência incerta a depender da cessação de periculosidade é evidentemente inconstitucional, uma vez que viola o inciso XLVII do art. 5º da Constituição Federal de 1988, que proíbe expressamente a aplicação de sanções penais de caráter perpétuo e cruéis.

O dispositivo visa assegurar constitucionalmente o direito humanitário e o processo penal ético. Nucci assevera, sobre o tema, que o direito penal deve guiar-se pela benevolência, e que os condenados “não devem ser excluídos da sociedade somente porque infringiram a norma penal, tratados como se não fossem seres humanos, mas animais ou coisas”. (NUCCI, 2019)

A exclusão social decorrente de internação compulsória não traz qualquer benefício para recuperação dos enfermos, sendo, na verdade, causa de ainda maior aflição. A discrepância entre a organização de um Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) e a estrutura social resulta em grave desajustamento à vida social em liberdade, bem como ao ambiente civil em sentido amplo.

Segundo Goffman, a vivência no mundo comum constitui conjunto de anteriores disposições sociais e estáveis da realidade doméstica. A longa estadia em instituições totais, como é o caso dos HCTP,⁷ procede o que denomina de “destreinamento”, que é a perda da capacidade de gestão de questões diárias (GOFFMAN, 1974). Nesta mesma esteira, Robert Sommer utiliza-se do termo “dessocialização” para descrever a perda de capacidades fundamentais para a comunicação e cooperação. (SOMMER, 1959)

Sabendo da ineficácia do afastamento prolongado do convívio social, a Lei n.º 10.216/2001 prevê, em seu art. 4º, que a internação só é indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes. Ainda, todo o tratamento deve ser permeado pela perspectiva de que o doente mental possa, eventualmente, ser reinserido no seu meio, conforme dispõe o § 1º do mesmo dispositivo.

4.1.2. Exclusão Social e Abandono Familiar

Historicamente, observa-se que a família desempenhou um papel crucial na exclusão de indivíduos que não atendiam aos seus padrões, uma prática que remonta ao século XVII, com o surgimento dos primeiros hospitais em Paris, como o Bicetrê e o Salpêtrière. Naquela época, para ser rotulado como louco, bastava estar abandonado, viver em condições precárias, ser desfavorecido economicamente ou não ser desejado pelos pais ou pela sociedade. (SZASZ, 1978)

Para Thomas Szasz, a doença mental seria um meio pelo qual a família disfarçaria e tornaria mais aceitável a amarga pílula dos conflitos morais nas relações humanas. A internação hospitalar seria utilizada como um meio de conter comportamentos que se desviassem das normas e estruturas familiares. (SZASZ, 1979)

A situação se agravava quando o indivíduo considerado louco cometia um ato ilícito, pois, de acordo com o autor, não apenas a subjetividade da pessoa com transtorno mental era negada, mas também despertava repulsa devido à prática do crime. A família acompanhava esta estigmatização, remetendo os portadores de doença mental ao abandono.

⁷ Para GOFFMAN, são consideradas instituições totais estabelecimentos com fechamento total, com barreiras e símbolos que delimitem o rompimento com o mundo externo.

Este entendimento, no entanto, não deve perdurar. Para João Baptista Henrkenhoof, a família deve servir à pessoa humana, à sua dignidade e à felicidade dos seres. E, de fato, a Lei da Reforma Psiquiátrica reforça o papel fundamental da família nas intervenções terapêuticas e curativas, uma vez que será ela responsável por ministrar a assistência integral ao agente com transtorno mental, desde o aspecto emocional, social, psicológico ao medicamentoso. (HERKENHOFF, 2002)

O direito moderno compreende a família como base fundamental da sociedade, constituindo uma matriz celular essencial para o desenvolvimento humano. As relações familiares são construídas sobre o alicerce do afeto, que fortalece os laços fraternos e solidários entre seus membros. Nesse contexto, a família desempenha um papel primordial na proteção dos direitos dos indivíduos submetidos a medidas de segurança nos HCTPs, uma vez que tais instituições são apresentadas como ambientes terapêuticos, quando, na realidade, assumem características semelhantes às de complexos prisionais.

Assim, o indivíduo que cumpre medida de segurança e é desinternado sem o apoio familiar torna-se vulnerável socialmente. Embora seja necessário comprovar a cessação de sua periculosidade para a concessão da liberação, é importante ressaltar que a doença mental subjacente continua presente, e, sem o devido acompanhamento, há o risco de recidiva dos sintomas. Além disso, caso ocorra a prática de novos atos ilícitos, existe a possibilidade de o indivíduo ser novamente submetido a medidas de segurança.

Neste sentido, a Lei de Reforma Psiquiátrica preconiza que “São direitos da pessoa portadora de transtorno mental: [...] II – ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar a saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade” (BRASIL, 2001), visando deslocar o eixo de responsabilidade do Estado para a família.

No entanto, existem desafios que dificultam o exercício do direito do indivíduo submetido a medida de segurança de ser reintegrado à sua família. Em um censo realizado em 2011 pela antropóloga Debora Diniz, foram analisados 26 hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico em operação no país naquela época, revelando uma população carcerária de 3.989 internos. Conforme apontado pela autora, a maioria desses indivíduos havia cometido infrações

penais contra membros de suas próprias famílias ou do círculo doméstico, com os homicídios representando 49% do total de casos. (DINIZ, 2013)

Em uma pesquisa mais recente, constatou-se uma tendência semelhante à identificada por Débora Diniz. No caso das mulheres internadas cumprindo medidas de segurança na instituição estudada, verificou-se que "5 dos 9 homicídios foram cometidos por membros da própria família". (SILVA, FIGUEIREDO LEVY e SIQUEIRA CORRÊA ZELL, 2020)

Para Quinaglia Silva, Levy e Zell, o surgimento de crimes dentro do ambiente familiar representa um desafio para as políticas assistenciais e de saúde mental, que muitas vezes atribuem à família a responsabilidade pelo êxito no processo de desinternação do indivíduo. Esta dificuldade é redobrada, uma vez que os internos

[...] possuem vínculos familiares prejudicados, especialmente devido ao fato de o cometimento de crimes contra parentes ser recorrente. Tal quadro dificulta não apenas o acolhimento familiar para a realização do devido tratamento – tal como preconizado pela Lei da Reforma Psiquiátrica –, como também demonstrou ser fator condicionante no rumo das decisões judiciais. (SILVA, FIGUEIREDO LEVY e SIQUEIRA CORRÊA ZELL, 2020)

Quando o paciente encontra dificuldades em ser reintegrado à sua família, o registro de "paciente" se estende além dos muros dos hospitais de custódia. Seja pela falta de disposição da família em recebê-lo ou pela ausência de parentes que possam cuidar dele durante a fase de desinternação, a solução encontrada é encaminhá-lo para uma Residência Terapêutica. Geralmente, o paciente precisa aguardar no manicômio judiciário até que haja uma vaga disponível em sua nova moradia. (FRANCO, 2022)

Para a reabsorção do cumpridor de medida de segurança pelo seio familiar, a equipe responsável pelo caso busca, ao mesmo tempo, *descongelar* memórias que a família tem do interno para além da prática do ato ilícito e, ainda, desconstruir idealizações concebidas pelo paciente, haja vista que seu antigo núcleo pode não querer recebê-lo.

O desafio para reinserir no meio familiar paciente que atentou contra um parente encontra-se na superação do tempo, porque

“as famílias congelam na cabeça o ato delituoso”. Boa parte do ofício da assistência se constitui, para o profissional, trabalhar o circuito de afetos tramado entre a família e o paciente, desconstruir *“o ressentimento, o medo, o ódio às vezes de alguns [familiares]...”* (...) Esse trabalho afetivo é também um trabalho sobre a memória e a imaginação. (FRANCO, 2022)

O suporte proveniente de um núcleo familiar não apenas promove a reintegração do indivíduo à sociedade, mas também assegura que o interno não seja entregue a uma vida desprovida de dignidade, vulnerável e exposta a um maior risco de reincidência criminal. Em conjunto com a estabilização farmacológico-terapêutica da doença mental, que reduz a probabilidade de o indivíduo voltar a cometer crimes devido à sua condição psíquica, o apoio externo diminui a possibilidade de o paciente delinquir novamente em decorrência de sua situação social.

Nesse contexto, a família desempenha um papel fundamental ao possibilitar a reintegração social do paciente para além dos limites impostos pelos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. No entanto, é necessário reconhecer que, em certos casos, a reintegração familiar pode também reproduzir dinâmicas de violência presentes em situações cotidianas. (FRANCO, 2022)

É importante considerar que a reinserção familiar não garante necessariamente um retorno harmonioso ao convívio social. Em alguns casos, pode haver desafios relacionados a relações abusivas ou padrões de comportamento prejudiciais, o que pode colocar não somente o paciente, mas também seus parentes, em uma posição de vulnerabilidade.

Dessa forma, reconhecendo a importância da família como um pilar na reintegração social do paciente, também é necessário estar atento às possíveis dinâmicas negativas que podem surgir. Mais do que isto, forçoso o reconhecimento da complexidade da desinternação e os limites de cuidado por parte da família.

5. Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico

5.1. A Nau dos Loucos

A expressão "nau dos loucos" refere-se a uma metáfora histórica que remonta ao século XV e XVI na Europa. Ela tem origem na obra "A Nau dos Loucos" (em latim: "Stultifera Navis"), escrita pelo humanista alemão Sebastian Brant em 1494. A obra retrata uma embarcação imaginária, chamada "nau", que representa a sociedade da época, sendo tripulada por indivíduos considerados loucos, tolos e insanos.

A "nau dos loucos" simboliza a crítica social e política, retratando a ideia de uma sociedade caótica e desequilibrada, na qual aqueles que estão no poder ou que exercem influência são retratados como insensatos e incompetentes. A metáfora também pode ser interpretada como uma representação das injustiças, vícios e loucuras presentes na sociedade em geral.

Na literatura europeia do século XVI, as Naus de Loucos as embarcações transportavam os insanos em uma jornada pelos mares. Na literatura, os viajantes desempenhavam papéis de modelos éticos ideais, embarcando em uma grande viagem simbólica que os levava a encontrar seus destinos ou suas verdades pessoais. (FOUCAULT, 1972)

Não obstante, as Naus de Loucos tiveram uma existência concreta nas sociedades europeias dos séculos XIV, XV e XVI. Essa prática estava intrinsecamente ligada à praxe de "escorraçamento" dos indivíduos considerados loucos. Através do escorraçamento, os loucos eram expulsos de suas cidades, muitas vezes sendo alvo de agressões físicas ou simplesmente abandonados para vagar pelos campos. Em outros casos, eram entregues a marinheiros ou comerciantes, que os levavam para longe de suas vilas de origem. (FOUCAULT, 1972)

É importante ressaltar que essa prática não era generalizada, pois havia cidades que acolhiam e cuidavam de seus habitantes considerados loucos, ou os mantinham em prisões. Em alguns registros contábeis de cidades medievais, também se encontravam subsídios ou doações destinadas aos alienados. Um exemplo desse cenário era a cidade de Caen, que construiu uma Torre dos Loucos para o encarceramento desses indivíduos. Em Paris, no Hôtel-Dieu, os loucos eram abrigados em dormitórios, mesmo antes da criação de estabelecimentos específicos para sua internação. (id., ibid.).

Havia também cidades que recebiam loucos enviados de outras regiões, tornando-se centros de peregrinação nos quais esses indivíduos convergiam de diferentes partes da Europa em busca de uma cura milagrosa. Um exemplo notável é a cidade de Gheel, que, séculos mais tarde, influenciaria psiquiatras europeus e brasileiros na reformulação de suas práticas asilares. Em Gheel, os loucos buscavam a restauração de sua sanidade e encontravam esperança nesse ambiente acolhedor e terapêutico. (id., *ibid.*).

O texto de Foucault sugere que existiam cidades nas quais a população local ou a administração desenvolviam formas de organização que permitiam a criação de instituições para abrigar, se não tratar, os loucos que residiam na região. Por outro lado, outras cidades que não possuíam essa estrutura optavam pelo escorraçamento, uma solução mais simples e econômica para se livrar de seus habitantes incômodos. Em muitos casos, resolvia-se o problema entregando os alienados a marinheiros ou comerciantes, exportando assim sua população de insanos para outras cidades e transferindo-lhes a responsabilidade pela acomodação e eventual tratamento dos loucos para essas localidades.

Inobstante a passagem dos séculos, a medida de segurança é, na verdade, uma forma de eugenia social. O interno é submetido à regime penal, sem as aludidas práticas terapêuticas, é submetido a torturas e maus tratos na esfera psicofísica e moral, tendo seus direitos de personalidade completamente afligidos.

Sobre o assunto, o estudo realizado pela antropóloga Débora Diniz em 2013, que estudou 26 (vinte e seis) Hospitais de Custódia, verificou que:

Nos 26 Estabelecimentos de Custódia e Tratamento Psiquiátricos (E CTPs) do país, 21% das pessoas internadas cumprem medida de segurança há mais tempo do que a pena máxima em abstrato para a infração penal cometida. Apesar da publicação da Lei 10.216/2001, 11% das sentenças prolatadas após a vigência da lei não determinavam o período mínimo de internação. Das pessoas em medidas de segurança, 41% estavam em atraso com a realização anual do exame de cessação de periculosidade. A média de atraso é de 32 meses. (DINIZ, 2013)

Os dados revelam uma situação preocupante que destaca pontos de extrema importância: o elevado número de pacientes institucionalizados por períodos que ultrapassam a pena máxima permitida por lei para o delito cometido; a demora na realização dos exames de cessação da periculosidade e de sanidade mental, o que contraria a Súmula 527 do STJ; a falta de diagnósticos médicos adequados; e o número de indivíduos que permanecem internados no Hospital de Custódia mesmo após terem seu alvará de desinstitucionalização deferido e expedido.

A partir da mesma linha de pensamento, pode-se concluir que a prolongada permanência desses indivíduos com transtornos mentais em conflito com a lei nos HCTPs ocorre porque, para o Estado, é mais conveniente mantê-los encarcerados e afastados da convivência em sociedade do que fornecer um tratamento de qualidade com um efetivo trabalho de reinserção e reeducação, funcionando os hospitais de custódia como um verdadeiro depósito de indesejados. Neste sentido:

No Estado do Rio de Janeiro, às mulheres com transtornos mentais em conflito com a lei ficam internadas no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Roberto Medeiros (HCTP-RM), dentro do Complexo Penitenciário de Gericinó: um manicômio judiciário, em pleno século XXI e ainda de pé, mais de uma década depois da Lei 10.216/01, marco legal da reforma psiquiátrica no Brasil. (MAGNO, 2017)

No contexto de nosso Estado, essa realidade se repete: pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei são enviadas a um Complexo Médico Hospitalar que, mesmo com uma alteração de nome, ainda opera com prerrogativas e tratamentos semelhantes aos de um manicômio judiciário, lembrando, em muitos aspectos, as prisões convencionais e, especialmente, funcionando como Nau dos Loucos.

5.2. Hospitais-prisão

A pena é a medida sancionatória imposta pelo Estado, por meio do processo penal, ao indivíduo que cometeu um ato ilícito, com o propósito de retribuir o crime cometido e prevenir a ocorrência de novas transgressões. O caráter preventivo da pena busca exercer um poder intimidador sobre a sociedade, a fim de reforçar a eficácia do sistema jurídico-penal, dissuadindo o criminoso de reincidir e, ao mesmo tempo, buscando sua ressocialização. No que diz respeito à retribuição, o direito penal busca censurar o delito, de modo a restituir ao infrator o dano causado pela prática ilícita.

A medida de segurança, por sua vez, é sanção penal com caráter preventivo e curativo. Embora seu caráter preventivo, que busca evitar que o autor de uma infração volte a cometer ato ilícito, sua natureza é, essencialmente, terapêutica. A segregação do infrator ocorre não só para coibir novos delitos, mas para o recebimento do tratamento devido.

Apesar da ausência do elemento de retribuição na medida de segurança, é importante ressaltar o significativo desafio presente nesta análise, que se manifesta na maneira pela qual os indivíduos em conflito com a lei, sujeitos a medidas de segurança devido a transtornos mentais, são tratados de forma equiparada aos detentos convencionais durante o cumprimento da pena.

O cotidiano vivenciado nos hospitais de custódia é demarcado com celas, algemas, agentes penitenciários, horário para despertar, alimentar-se e tomar sol, além do parco convívio social. Isto é, vivem em contextos semelhantes aos de presos em cumprimento de pena. O art. 4º, § 3, da Lei nº 10.216/2001, em seu turno, preconiza que:

É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º.

Não obstante, o manicômio judiciário é, tipicamente, uma instituição total nos moldes propostos por Goffman – um estabelecimento de residência e trabalho com considerável número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por um período significativo, que levam uma vida fechada e formalmente administrada. (GOFFMAN, 1974)

Virgílio de Mattos enfatiza a impactante segregação imposta pelo regime disciplinar manicomial, onde a segregação é a norma. O uso de métodos brutais é evidente: camisas-de-força, banhos frios surpresa, leitos de contenção para aqueles que se encontram agitados - um padrão que persiste ao longo do tempo - e celas de isolamento. Essa é uma violência direta e inquestionável. A noção de cura e punição parece surgir de um mesmo conceito, baseado em disciplina e castigo. (MATTOS, 2006)

Os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico são, na verdade, uma convergência de prisões e hospitais, formando uma combinação de dupla violência institucional - a junção de cárcere com manicômio - resultando naqueles que foram condenados pela sociedade devido às suas enfermidades mentais, sendo relegados ao esquecimento do mundo. (FERRAJOLI, 2002)

Por meio das medidas de segurança de internação, observa-se um fortalecimento do autoritarismo inerente a qualquer sistema penal. Apesar das transformações históricas das instituições manicomiais, o que prevalece é, de fato, o exercício do poder punitivo autoritário e sua lógica de desumanização daqueles considerados diferentes, mantendo-os excluídos ou à margem da sociedade.

Ao longo da história, os nomes podem mudar - de manicômios judiciários para hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico - mas apenas os nomes mudam; a ideologia segregacionista subjacente e sua prática excludente e violenta permanecem.

5.3. Violação da Dignidade da Pessoa Humana

O Estado tem o poder de punir indivíduo que cometa ato ilícito. Por outro lado, a sanção aplicada deve obedecer a direitos e garantias fundamentais inerentes aos cidadãos que, no caso, são os inimputáveis que tenham praticado conduta ilícita e estejam cumprindo medida de segurança.

A CRFB/88 entendeu que a dignidade da pessoa humana, prevista em seu art. 1º, inciso III, pertence a classe dos princípios norteadores do Estado Democrático de Direito. Esta premissa fundamental direciona todos os demais preceitos do ordenamento jurídico, reconhecendo-se, portanto, seu caráter absoluto.

Neste sentido, a dignidade da pessoa humana reflete harmonicamente sobre a liberdade, a intimidade, a honra e a integridade, proporcionando o respeito à vida digna tanto em relação a si mesmo quanto diante dos demais. Trata-se de princípio da própria natureza dos seres humanos, sem o qual os indivíduos são reduzidos a meros objetos. (SANTOS e BARBOSA BRITO, 2019)

A dignidade da pessoa humana pode ser entendida como fundamento de todo o sistema de direitos e garantias, no sentido de exigir que todo o sistema seja interpretado de acordo com o preceito primordial da dignidade da pessoa humana. (SARLET, 2009)

O preceito desloca-se da esfera da abstração e se difunde na realidade, fazendo-se presente em atos e ações de cada ser humano e, assim, pode tornar-se objeto de múltiplas violações, identificáveis no dia a dia da sociedade moderna.

Não obstante, sabendo do caráter íntimo e pessoal, o princípio busca extinguir tratamentos desumanos e degradantes a qualquer indivíduo, bem como proporcionar meios para a vida digna, em natureza de igualdade e respeito mútuo. Com isso, o inciso XLVII do art. 5º proíbe penas de caráter degradante que ofendam a norma fundamental. Veja-se:

XLVII - 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;

Forçoso reconhecer que todas as premissas aplicáveis às penas são igualmente cabíveis às medidas de segurança. O princípio da legalidade, previsto no art. 5º, XXXIX da CRFB/88, embora faça expressa menção às penas, estende-se também às medidas de segurança, uma vez que busca proteger o indivíduo contra o poder sancionador estatal.

Da mesma forma, o princípio da proporcionalidade visa coibir o Estado de punir excessivamente os agentes pela prática de ato ilícito. Isto é, busca evitar que os agentes sejam punidos desnecessariamente pelo cometimento de atos penalmente relevantes, mas exageradamente valorados.

Neste mesmo entendimento, o princípio da individualização da pena, previsto no inciso XLVI e no *caput* do art. 5º da CRFB/88, compreende as penas e as medidas de segurança, haja vista a apreciação da prática delituosa pelo julgador no momento da aplicação da sanção penal.

Além disso, o princípio da intervenção mínima reafirma que o direito penal deve ser a última ferramenta a ser empregada pelo Estado, quando os outros ramos do direito não forem capazes de coibir condutas antijurídicas.

A aplicação da medida de segurança, no entanto, encontra-se em desconformidade com o princípio da dignidade da pessoa humana. A medida de segurança, em sua essência, pode causar um impacto negativo ainda maior do que a pena, não apenas devido à ausência de garantias explicitamente previstas na Constituição de 1988, mas também porque inexistem benefícios concedidos àqueles que cumprem pena.

É o caso, por exemplo, da vedação de penas de caráter perpétuo e cruéis, bem como a individualização de pena. Neste contexto:

A periculosidade de um indivíduo inimputável que tenha perpetrado um ilícito penal não é maior nem menor do que a de um imputável que o tenha cometido. Nada justifica juridicamente a submissão de um deles a controle penal perpétuo, com restrição de liberdade por toda a vida. Não existe legitimação, nem tampouco fundamento jurídico aceitável em excepcionar todas as garantias constitucionais de um indivíduo com base única e exclusivamente na prognose de que voltará a praticar fatos lesivos, em decorrência de ser portador de perturbação mental. (ZILBERMAN, 2009)

Assim, entende-se como totalmente inadmissível que uma medida de segurança venha a ter uma duração maior que a medida da pena que seria aplicada a um imputável que tivesse sido condenado pelo mesmo delito. (COPETTI, 2000)

E, no entanto, determinada a medida de segurança, sua execução só se encerra através do exame de cessação de periculosidade, que ocorre em prazo que varia de um a três anos, em conformidade com a determinação de sentença. Enquanto permanece a periculosidade, mantém-se a execução da medida de segurança, o que pode resultar na persistência injustificada do paciente por infindáveis anos na instituição.

Ainda, embora o art. 2º da Lei 10.216/2001 disponha, em seu parágrafo único, ser direito do portador de transtorno mental ter acesso ao melhor sistema de saúde tendo em vista seu quadro clínico, poucos são os hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico aptos a receber estes indivíduos. Em regra, os estabelecimentos estão lotados, precários em razão da falta de material, medicamentos e profissionais especializados para acompanhamento dos internos.

Carmen Silvia de Moraes Barros expõe que o Movimento Antimanicomial considera os hospitais de custódia como “pior do pior” e que, por essa razão, a Reforma Psiquiátrica não abrangeu sua atuação a este complexo médico-prisional. Assevera que são “[...] os excluídos dos excluídos, os esquecidos dos esquecidos, afinal são pobres, criminosos e loucos – os mais miseráveis – os que devem permanecer ocultos”. (MORAES, 2010)

Em relatório de 2009 do Observatório de Saúde Mental & Direitos Humanos à Comissão Nacional de Direitos Humanos do Conselho Federal da Ordem dos Advogados do Brasil – OAB, após a vistoria em âmbito nacional de 38 manicômios de 16 Estados e do Distrito Federal, observou que:

[...] pacientes nus em regiões frias, hospitais tratando de doentes mentais como presidiários, enfermarias fechadas com grades e cadeados, hospitais sem plantões médicos no fim de semana, alguns sem terapeutas ocupacionais e hospitais sem medicamentos aos tratamentos. (FOLHA, 2004)

Após vinte e dois anos da Lei da Reforma Psiquiátrica, as adversidades de outrora subsistem nos HCTPs. Em vistoria recente realizada pelo Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT) no Hospital Psiquiátrico Adauto Botelho, em Cuiabá, foram detectadas diversas irregularidades.

Além da limpeza e higiene precárias, da falta de capacitação da equipe de saúde, o relatório apresentado à Defensoria Pública de Cuiabá constatou que certas alas psiquiátricas não possuem equipe de desinstitucionalização. Ainda, as peritas mencionaram que foram escolhidas duas unidades em função de denúncias e que ambas não têm habilitação do Ministério da Saúde para funcionar. (G1, 2023)

Na mesma esteira, o ouvidor-geral da Defensoria Pública do Rio de Janeiro (DPRJ), Guilherme Pimentel, membro do Comitê Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (SNPCT) relatou ao jornal O Dia,

"Recebemos uma ligação de uma pessoa que disse que estava sofrendo maus tratos dentro de um presídio. Quando chegamos lá, nada disso tinha acontecido. Questionamos sobre o ocorrido e aí entendemos o que estava acontecendo: a pessoa sofria de uma condição mental severa e estava há dias sem tomar a medicação. Prontamente nos oferecemos para transferi-lo para um hospital de custódia, onde ele pudesse receber a medicação adequada, mas ele implorou para que isso não fosse feito" (O DIA, 2023)

Assim, percebe-se que não somente as garantias referentes à indivíduos com transtornos mentais são violadas como, também, o preceito fundamental da dignidade da pessoa humana. Os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico representam frontal transgressão à CRFB/88 uma vez que descumprem a vedação de penas de caráter perpétuo e cruel. Portanto, a aplicação da medida de segurança sem os meios adequados, necessários e proporcionais contraria sua finalidade terapêutica, uma vez que não se presta a tratar, mas sim punir.

5.4. Alternativas

Embora recebam a denominação de “Hospitais”, os HCTPs estão ligados ao sistema de segurança e foram incorporados ao sistema penitenciário, sendo geridos pelas Secretarias de Administração Penitenciária. Assim, ao mesmo tempo em que são considerados ambientes de tratamento e cuidado à saúde, fazem parte e são gerenciados de acordo com o sistema prisional. (OLIVEIRA, NUNES DE OLIVEIRA, *et al.*, 2022)

A indispensabilidade de alteração da legislação penal no que tange à execução da medida de segurança é urgente, mas esta modificação não deve se concretizar de forma precipitada, sendo imperativa a estruturação e planejamento para inserção de políticas em consonância com a Lei n. 10.216/2001.

Não obstante, verificam-se, já em vigência, projetos que refletem reestruturações da medida de segurança, como é o caso do Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário Portador de Sofrimento Mental (PAI-PJ) e Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI). Ambas as organizações estão integradas ao Sistema Único de Saúde (SUS) e buscam assegurar as garantias, liberdades, direitos e, sobretudo, a dignidade das pessoas com transtornos mentais.

O Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário Portador de Sofrimento Mental (PAI-PJ), criado por meio da Portaria Conjunta da Presidência nº 25, de 7 de dezembro de 2001, e atualmente previsto na Resolução do Órgão Especial nº 925, de 24 de junho de 2020, é um programa vigente em Minas Gerais que acompanha portadores de doenças mentais em conflito com a lei.

O programa busca individualizar a aplicação e a execução das medidas socioeducativas, penas e medidas de segurança, aos pacientes judiciários, através de proposições fundamentadas na Lei federal nº 10.216/2001. O programa é uma proposta substitutiva ao modelo segregacionista, buscando desenvolver novas perspectivas para compreender agentes em sofrimento mental que cometeram delitos. Segundo Fernanda Otoni de Barros-Brisset, coordenadora e idealizadora do Programa,

“O PAI-PJ é um lugar de interface, afetado por diversos campos, é um lugar mediador quando realiza a mediação entre a clínica, o ato jurídico e o social, caracterizado como um programa pioneiro no campo da Justiça, na medida em que se diferencia radicalmente das práticas tradicionalmente instituídas para com os ‘loucos infratores’. Tem sido possível um outro olhar a estes casos”. (BARROS-BRISSET, 2010)

A intervenção é determinada pelos juízes das Varas Criminais de Belo Horizonte e, com auxílio da equipe interdisciplinar e integralizada do PAI-PJ, é definida a melhor medida judicial a ser aplicada, seja na rede pública ou particular, bem como a responsabilização pela infração cometida pelo portador de doença mental.

A metodologia de atenção integral empenha especialistas de diversas áreas para um mesmo caso. A equipe de referência de cada caso estuda a o indivíduo, sua situação particular, o aspecto jurídico, clínico e social para, então, promover sua inserção na rede pública de saúde mental e em sua comunidade de convívio social, ao lado de profissionais da rede municipal de saúde e familiares.

O projeto clínico pode resultar em internação hospitalar ou no centro de referência em saúde mental em casos de crise ou, então, na adoção de medidas extra-hospitalares, como encaminhamento para serviços no hospital-dia, centros de saúde, oficinas de trabalho terapêutico, orientação ou assistência social.

O paciente judiciário, no PAI-PJ, é então alvo de permanente discussão, tanto individualmente como, também, em contato com a família. Ainda, a equipe está em constante diálogo com a rede social, educacional, de saúde e de justiça – promotores, defensores, juízes e demais operadores do direito envolvidos de cada caso.

Outro projeto existente é o Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI), sediado em Goiânia e instituído em 26 de outubro 2006, através do convênio entre as Secretarias de Estado da Saúde e da Justiça, Secretaria Municipal da Saúde de Goiânia, Tribunal de Justiça e Ministério Público do Estado de Goiás.

O Programa, criado pela Portaria n. 019/2006-GAB/SES, tem como base a Lei de Reforma e busca deslocar a o tópico exclusivamente da segurança pública para ser tratado como saúde pública, através da participação da rede de clínicas psiquiátricas conveniadas ao Sistema Único de Saúde (SUS) e serviços substitutivos (CAPS).

A equipe do programa é constituída por advogado, assistentes sociais, psicólogos, psiquiatra e enfermeira, bem como assistente administrativo e estagiários das áreas da saúde e da justiça. O programa é marcado pela interlocução e integração com todo o sistema de saúde mental, especialmente os Centros de Apoio Psicossocial (CAPS) e as residências terapêuticas.

O diferencial do programa encontra-se na autonomia do tratamento, uma vez que não permanecem na dependência de decisões judiciais para o encaminhamento do paciente para a família ou para a residência terapêutica. Pelo mesmo motivo, evitam-se longas internações, muitas vezes caracterizadoras da perpétua privação de liberdade do paciente, haja vista a fragilização dos laços afetivos e familiares, bem como sua institucionalização.

Neste sentido, o PAILI, inspirado no PAI-PJ, estuda cada caso individualmente e elabora um projeto terapêutico individual de acordo com a singularidade da ocasião. O programa “(...) *faz a mediação com o juiz e o sistema penitenciário, com a rede de atenção em saúde mental e, neste particular, coloca a pessoa submetida à medida de segurança no ambiente universal e democrático do Sistema Único de Saúde, sem distinção de outros pacientes, o que favorece sobremaneira a almejada inclusão à família e à sociedade*”. (GOIÁS, 2009)

O atendimento individualizado, com inserção dos portadores de enfermidades mentais na sociedade, bem como o estímulo de sua convivência com a família é um caminho essencial de resgate destes agentes como sujeitos de direito. De acordo com Haroldo Caetano da Silva,

A imagem do sofrimento e da exclusão dos imundos depósitos de loucos – ainda recente na memória dos goianos e presente em outros cantos do país – não mais tem espaço nesta época de proteção aos direitos fundamentais dos que padecem de transtornos psiquiátricos. Será o Sistema Único de Saúde o espaço democrático de atendimento a esses pacientes. Esta era a proposta que poderia ser implementada com o redimensionamento das funções do PAILI, desde que houvesse boa vontade e disposição das entidades chamadas ao debate. (GOIÁS, 2009)

Nesta mesma esteira, insta salientar a atuação das Equipes de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em conflito com a Lei (EAP), instituída pelo Ministério da Saúde por intermédio da Portaria MS/GM n.º 94, em 2014.

Trata-se de uma equipe de mediação dos órgãos de Justiça e os pontos da rede de atenção psicossocial, com o objetivo de assegurar a individualização das medidas de tratamento aplicáveis ao agente portador de transtorno mental, tendo em vista a singularidade e as necessidades de cada um. Assim, o projeto acompanha as medidas em todas as fases do processo criminal.

A equipe multidisciplinar, composta por enfermeiros, médico psiquiatra, psicólogo, assistente social e profissional com formação em ciências humanas acompanha a execução das medidas de segurança, conectando os pacientes às redes locais de saúde.

Então, através do fortalecimento de redes locais que possibilitem o tratamento em meio aberto e viabilizem a desinstitucionalização progressiva dos internados, a EAP atua no resgate de vínculos familiares, pela garantia da atenção psicossocial no âmbito do SUS e pela reabilitação e reinserção social da pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei.

Em 2021, o Tribunal de Justiça do Ceará publicou notícia informando a existência de trinta pessoas em cumprimento de medida de segurança de internação, sendo 28 no Hospital de Custódia Instituto Psiquiátrico Governador Stênio Gomes (IPGSG); uma interna cumprindo medida de segurança no Instituto Penal Feminino Desembargadora Auri Moura Costa (IPF); e uma interna no Hospital de Saúde Mental Frota Pinto.

Ainda segundo o Tribunal, desde o final de 2020, sete pessoas foram desinternadas e retornaram ao convívio familiar/e ou comunitário com acompanhamento da equipe EAP, junto à RAPS,⁸ visando a garantia do cuidado em saúde mental e o acesso a direitos e benefícios. (TJCE, 2021)

⁸ A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituída pela Portaria MS/GM nº 3.088, de 23/12/2011, prevê a criação, a ampliação e a articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de drogas no âmbito do Sistema Único de Saúde. Desde sua criação, o modelo de atenção é fundamentado na sua organização, que visa à atuação em rede, fundando-se no tratamento oferecidos em modalidades substitutivas à internação.

Embora não tenham alcançado todo o território nacional, o projeto funda-se no fortalecimento das redes locais e na desinstitucionalização, trazendo importantes progressos. Em 2020, a Portaria foi temporariamente extinta e, após articulação da sociedade civil e das instituições do sistema de justiça, as EAPs foram reestabelecidas. (OLIVEIRA, NUNES DE OLIVEIRA, *et al.*, 2022)

Os novos sistemas de execução, para que perdurem, necessitam do fortalecimento da rede de saúde e apoio por parte dos estados-membros e dos municípios, bem como da sensibilização dos operadores do direito para que se comprometam em assumir práticas alinhadas à Lei federal nº 10.216/2001.

6. Conclusão

Historicamente os portadores de transtornos mentais são segregados, estigmatizados e alijados sob a justificativa de que representam um perigo para os demais cidadãos. A própria medida de segurança, que recebe alcunha de modelo *jurídico-terapêutico-punitivo-prisional* é, na realidade, um mecanismo de eugenia social.

Os cumpridores de medida de segurança são submetidos a um regime penal degradante, reféns da própria condição psíquica e, nos manicômios judiciários, sujeitos à maus-tratos e infundável internação, têm seus direitos sucessivamente violados.

A luta antimanicomial contestou o tratamento dado aos doentes mentais e, através de incansáveis mobilizações, foi promulgada a Lei de Reforma Psiquiátrica n.º 10.216/2001, que dispôs sobre a proteção e os direitos de pessoas portadoras de transtornos mentais. Ainda, redirecionou o modelo assistencial de saúde mental, traçando novas abordagens terapêuticas dos pacientes e proibindo qualquer espécie de tratamento manicomial.

Nesta seara, determinou que a internação de pacientes deve ser exceção a outros tipos de tratamentos extra-hospitalares, priorizando-se intervenções mais brandas, humanizadas, que mantenham o indivíduo em contato com sua comunidade e sua família.

Ainda, é importante ressaltar a ausência de um prazo máximo para a internação do indivíduo que cometeu um ato ilícito, uma vez que a sua liberação ocorrerá somente quando for constatada a cessação de periculosidade. É fundamental que o prazo seja determinado e que sua fixação não ultrapasse a pena correspondente ao delito cometido, evitando assim uma clara violação ao dispositivo constitucional estabelecido no art. 5º, XLVII, que proíbe penas de caráter perpétuo e cruéis.

Além disso, é essencial que o tratamento seja fornecido por meio de serviços comunitários de saúde, conforme estabelecido no art. 2º, IX da Lei da Reforma Psiquiátrica. Essa abordagem permite que o cuidado ao indivíduo seja oferecido de forma integrada à comunidade em que está inserido com acompanhamento de equipe multidisciplinar. Outra alternativa válida é a utilização de unidades de saúde gerais que ofereçam assistência adequada aos portadores de transtornos mentais, conforme previsto no art. 3º da mesma Lei.

Neste contexto, diante dos modelos de desinstitucionalização já conhecidos e propostos pelo movimento da Reforma Psiquiátrica, inaceitável a aplicação de políticas segregacionistas e punitivas aos indivíduos portadores de transtornos mentais em conflito com a lei. Especificamente, é preocupante a persistência dos manicômios judiciários, que, embora possam ter mudado de nome, ainda carregam os mesmos ideais e práticas. Tal situação vai de encontro à principal reivindicação da Luta Antimanicomial, ratificada pela Lei 10.216/2001, que busca evitar a rotulação dessas pessoas em instituições asilares.

Os Hospitais de Custódia e Tratamento Penitenciário encobrem a verdadeira natureza desses lugares, que funcionam como prisões disfarçadas de hospitais, ignorando as políticas atuais de saúde mental e direitos humanos. É importante ressaltar que o sistema de justiça criminal deve cumprir a determinação de inimputabilidade, ou seja, a absolvição do indivíduo com a finalidade de oferecer tratamento e cuidados específicos.

Portanto, é de extrema importância a implementação de novas políticas públicas que abranjam tanto a segurança quanto a saúde, buscando alternativas eficazes aos hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico. Nesse sentido, destacam-se iniciativas como o Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário (PAI-PJ) e o Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI). Tais programas visam proporcionar um cuidado abrangente e adequado aos indivíduos, considerando suas necessidades específicas e promovendo a sua reintegração na sociedade.

Referências

BARROS-BRISSET, F. O. D. **Por uma política de atenção integral ao louco infrator**. Belo Horizonte: TJMG, 2010.

BRASIL. **Código Criminal do Império do Brasil**. [S.l.]: [s.n.], 1830. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lim/lim-16-12-1830.htm>.

BRASIL. **Código Penal de 1890, Decreto n.º 847**. [S.l.]: [s.n.], 1890. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1851-1899/d847.htm#:~:text=DECRETO%20N%C2%BA%20847%2C%20DE%2011%20DE%20OUTUBRO%20DE%201890.&text=Promulga%20o%20Codigo%20Penal.&text=Art.,que%20n%C3%A3o%20estejam%20previamente%20estabelecidas>.

BRASIL. **Código Penal, Decreto-Lei n.º 2.848, de 7 de dezembro de 1940**. Rio de Janeiro: [s.n.], 1940. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Decreto-Lei/Del2848.htm>.

BRASIL. **Código Penal. Decreto-Lei n.º 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Redação dada pela Lei n.º 7.209, de 11 de julho de 1984**. [S.l.]: [s.n.], 1940. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Decreto-Lei/Del2848.htm>.

BRASIL. **Decreto Lei n.º 1.001, de 21 de outubro de 1969**. [S.l.]: [s.n.], 1969. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1960-1969/decreto-lei-1004-21-outubro-1969-351762-publicacaooriginal-1-pe.html>>.

BRASIL. Lei n.º 10.216, 06 Abril 2001.

BRASIL. Supremo Tribunal de Justiça. Súmula 527: define tempo máximo de duração de medida de segurança. **Dje**, v. 243, p. 1.067, 18 maio 2015.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Habeas Corpus n. 84.219. São Paulo. Relator Ministro Marco Aurélio. Disponível em: <<https://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=AC&docID=79519>>. Acesso em: 2023.

BUSATO, P. C. **Direito Penal: Parte Geral**. 3. ed. São Paulo: Atlas, v. 1, 2017. 529 p.

CARVALHO, S. D. **Penas e Medidas de Segurança no Direito Penal Brasileiro**. São Paulo: Saraiva, 2012.

COPETTI, A. **Direito Penal e Estado Democrático de Direito**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2000.

DE-SIMONE, L. V. Importância e necessidade da criação de hum manicômio ou estabelecimento especial para o tratamento dos alienado. **Revista Medica Fluminense**, Rio de Janeiro, Setembro 1839. 241-62.

DINIZ, D. **A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil**: censo de 2011. Brasília: Letras Livres; Editora Universidade de Brasília, 2013.

FERRAJOLI, L. **Direito e Razão**: teoria do garantismo penal. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2002.

FOLHA. Balanço sobre vistorias aponta irregularidades em manicômios. **Folha de São Paulo**, 2004. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/folha/cotidiano/ult95u98260.shtml>>. Acesso em: junho 2023.

FOUCAULT, M. **A História da Loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1972.

FRANCO, T. M. O Limite do Cuidado: Relações entre Estado e Família na Desinternação de Pacientes de Manicômios Judiciários. **Vivência: Revista de Antropologia**, 1, 2022. Disponível em: <<tps://periodicos.ufrn.br/vivencia/article/view/25652>>.

FÜHRER, M. R. E. **Tratado da Inimputabilidade no Direito Penal**. São Paulo: Malheiros Editores, 2000.

G1. Falta de energia, alimentação precária e ‘mercado paralelo’: vistoria mostra problemas nas unidades de custódia de MT. **G1.Globo**, 2023. Disponível em: <<https://g1.globo.com/mt/mato-grosso/noticia/2023/06/24/vistoria-aponta-falta-de-energia-alimentacao-precaria-e-mercado-paralelo-nas-unidades-de-custodia-de-mt.ghtml>>. Acesso em: 2023.

GOFFMAN, E. **Manicômios, Prisões e Conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1974.

GOIÁS, M. P. D. E. D. **Implementação da Reforma Psiquiátrica na Execução das Medidas de Segurança**. Goiânia: [s.n.], 2009.

GRACIA MARTÍN, L. Principios rectores y presupuestos de aplicación de las medidas de seguridad y reinserción social en el derecho español. **Revista dos Tribunais**, São Paulo, 2007.

HERKENHOFF, J. B. **Justiça, direito do povo**. Rio de Janeiro: Thex Editora, 2002.

HUNGRIA, N. **Comentários ao Código Penal**. Rio de Janeiro: Forense, v. 1, 1978. 324-328 p.

JÚNIOR, A. S. R. Impactos da Lei Antimanicomial às Medidas de Segurança. **Enciclopédia Jurídica PUC-SP**, São Paulo, 2020. 1-17.

LOPES, C. Primeiro hospital psiquiátrico do Brasil. **Arquivos Brasileiros de Neuropsiquiatria e Psiquiatria**, Rio de Janeiro, 18 Julho 1935. 286-92.

MAGNO, P. Loucura, Crime e Gênero no Encarceramento Feminino: O Papel das Defensorias Públicas. **Seminário Internacional Fazendo Gênero 11 & 13th Women's World Congress**, Florianópolis, 2017. Disponível em: <http://www.en.wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/1498700716_ARQUIVO_Loucura_crime_genero-no-encarceramentofeminino_papeldasDPs_v.final.pdf>.

MASSON, C. R. **Direito Penal Esquematizado**: Parte Geral. 4. ed. Rio de Janeiro: Forense, v. 1, 2011.

MATTOS, V. D. **Crime e Psiquiatria**: uma saída: preliminares para a desconstrução das medidas de segurança. 01. ed. Rio de Janeiro: Revan, 2006.

MORAES, C. S. D. A aplicação da Reforma Psiquiátrica e da Política de Saúde Mental ao Louco Infrator. **Revista Consulex**, Brasília, 15 maio 2010.

NUCCI, G. D. S. **Curso de Direito Penal**: parte geral: arts. 1º a 120 do Código Penal. 3. ed. Rio de Janeiro: Forense, v. 1, 2019.

O DIA. Defensoria Pública monitora casos de violência de direito em hospitais de custódia. **O DIA**, 2023. Disponível em: <<https://odia.ig.com.br/rio-de-janeiro/2023/05/6625894-defensoria-publica-monitora-casos-de-violencia-de-direito-em-hospitais-de-custodia.html>>.

OLIVEIRA, A. S. et al. Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico no sistema prisional: a morte social decretada? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 14 nov. 2022. 4.553-58.

PENITENCIÁRIA, C. N. D. P. C. E. Resolução 05, de 04 de maio de 2004. Dispõe a respeito das Diretrizes para o cumprimento das Medidas de Segurança, adequando-as à previsão contida na Lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001. **Diário Oficial da União**, Brasília, p. 34, 14 maio 2004.

ISSN 92. Disponível em: <<https://www.gov.br/senappen/pt-br/pt-br/composicao/cnpecp/resolucoes/2004/resolucao05de04demaiode2004.pdf>>.

PIRAGIBE, V. **Consolidação das Leis Penaes**. Rio de Janeiro: Livraria Editora Freitas Bastos, 1932. Disponível em:

<<https://www.stf.jus.br/bibliotecadigital/DominioPublico/72115/pdf/72115.pdf>>.

PONTE, A. C. D. **Inimputabilidade e Processo Penal**. 3. ed. São Paulo: Saraiva, 2012.

PORTUGAL. **Ordenações Filipinas**. [S.l.]: [s.n.], 1603. Disponível em: <<https://www2.senado.leg.br/bdsf/handle/id/242733>>.

QUEIROZ, P. D. S. Penas e Medidas de Segurança se Distinguem Realmente? **IBCCRIM**, São Paulo, 12, Fevereiro 2005. 15-16.

SANTOS, F. A.; BARBOSA BRITO, F. A Medida de Segurança sob a Ótica da Dignidade da Pessoa Humana. **Revista Direito & Realidade**, 2019. 108-124.

SARLET, I. W. **A eficácia dos direitos fundamentais**. 10. ed. São Paulo: Malheiros, 2009.

SILVA, É. Q.; FIGUEIREDO LEVY, B.; SIQUEIRA CORRÊA ZELL, F. Mulheres perigosas: A dualidade desviante das loucas infratoras. **Anuário Antropológico**, 45, 29 maio 2020. 28-53.

SILVA, O. E. **Inovações do Novo Código Penal**. Rio de Janeiro: Alba, 1942.

SOMMER, R. Patients Who Grow Old In a Mental Hospital. **Geriatrics** , 14 Setembro 1959. 581-90.

SZASZ, T. S. **A fabricação da loucura - um estudo comparativo entre a Inquisição e o movimento de Saúde Mental**. Rio de Janeiro: Zahar Editora, 1978.

SZASZ, T. S. **Ideologia e Doença Mental**. Rio de Janeiro: Zahar Editora , 1979.

TJCE. Pessoas com transtorno mental privadas de liberdade terão acompanhamento especializado. **https://www.tjce.jus.br/**, 09 dez. 2021. Disponível em: <<https://www.tjce.jus.br/noticias/pessoas-com-transtorno-mental-privadas-de-liberdade-terao-acompanhamento-especializado/>>. Acesso em: 2023.

ZAFFARONI, E. R. et al. Inimputabilidade e Semi-Imputabilidade por Doença Mental ou Desenvolvimento Mental Incompleto ou Retardado. **EPOS**, Rio de Janeiro, 6, julho-dezembro 2015. 141-154.

ZILBERMAN, F. E. L. As medidas de segurança em face do princípio constitucional da dignidade da pessoa humana. **Dissertação (Mestrado em Direito)**, São Paulo, 2009.