

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS – UFAL
FACULDADE DE DIREITO DE ALAGOAS – FDA

ISABELLY SILVA ALVES

**A PERICULOSIDADE COMO FUNDAMENTO PARA MANUTENÇÃO DA
MEDIDA DE SEGURANÇA NO DIREITO PENAL BRASILEIRO À LUZ DA LEI
10.216/2001.**

Maceió – AL

2023

ISABELLY SILVA ALVES

**A PERICULOSIDADE COMO FUNDAMENTO PARA MANUTENÇÃO DA
MEDIDA DE SEGURANÇA NO DIREITO PENAL BRASILEIRO À LUZ DA LEI
10.216/2001.**

Monografia de Conclusão de Curso apresentada à
Faculdade de Direito de Alagoas (FDA/UFAL) como
requisito parcial para obtenção do grau de bacharel em
Direito.

Orientador: Prof. Dr. Hugo Leonardo Rodrigues Santos

Documento assinado digitalmente
 HUGO LEONARDO RODRIGUES SANTOS
Data: 16/10/2023 07:09:10-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Maceió – AL

2023

Catlogação na fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central
Divisão de Tratamento Técnico

Bibliotecária Responsável: Livia Silva dos Santos - CRB 1670

A474p Alves, Isabelly Silva.

A periculosidade como fundamento para manutenção da medida de segurança no direito penal brasileiro à luz da lei 10.216/2001/ Isabelly Silva Alves. – 2023.
77 f.

Orientador: Hugo Leonardo Rodrigues Santos.

Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso em Direito) – Universidade Federal de Alagoas. Faculdade de Direito de Alagoas. Maceió, 2023.

Bibliografia: f. 73-77

1. Periculosidade criminal. 2. Reforma psiquiátrica – Lei 10.216/2001. 3. Direito penal - Brasil. I. Título.

CDU: 343.913 (81)

AGRADECIMENTOS

Não há como iniciar não agradecendo à Deus por sua infinita misericórdia para comigo. Eu que nada mereço, pois tamanha é a minha iniquidade, recebi ao longo dos 5 anos de curso, inúmeras bênçãos e graças, prova irrefutável de Seu amor por mim. Obrigada, meu Senhor, por seu cuidado e amor em minha vida, sem Ti, nada eu poderia fazer. Sem Ti, não teria chegado até aqui. Da mesma maneira, sem a interseção de Nossa Senhora, minha amada Mãe Santíssima, eu não teria chegado ao fim dessa longa e árdua jornada, ela sempre esteve ao meu lado. A todos os meus amigos e amigas do céu, obrigada.

Em igual forma devo agradecer à Deus por ter me agraciado com pais excepcionais, batalhadores e que nunca mediram esforços para educar seus filhos, sabendo (e sempre dizendo) para mim e meus irmãos, que tudo poderia ser tirado de mim, menos o conhecimento que eu adquirisse durante a vida. Ao meu pai, José, e a minha mãe, Isabel, por sonharem junto comigo o sonho da graduação. Por terem dado tudo de si (e às vezes mais do que podiam) para que esse dia chegasse. Obrigada por acreditarem tanto no meu potencial. Vos amo e vos honro de todo o meu coração, agora e sempre.

Aos meus irmãos, Grazielly e Gabriel, por todo o suporte, paciência e amor. Obrigada por compreenderem a minha ausência em tantos momentos importantes para vocês, saiba que de longe, além da saudade constante, eu sempre estive com vocês em oração. Sou de fato muito mais feliz por ter vocês comigo. À Maitê, minha sobrinha, obrigada por ter vindo tornar esse finalzinho de faculdade mais leve e feliz. Ver o seu sorriso todos os dias me deu ainda mais força para concluir esse processo. Aos meus cunhados, Rafael e Morgana, por tamanha parceria. Obrigada por todos os conselhos e pela força que sempre me deram. A vocês todo o meu amor e gratidão.

Agradeço ao meu companheiro, melhor amigo, noivo e um dos meus maiores incentivadores, Samuel, por acreditar em mim mais do que eu mesma consigo. Por sempre me dar apoio e suporte. Por sempre me dizer que eu podia fazer muito mais do que achava que conseguiria. Pela paciência com que lidou comigo nos dias ruins e estressantes na faculdade. Você foi e é essencial na minha jornada. Obrigada por me ensinar que o esforço pode nos levar bem mais longe do que um dia imaginamos alcançar e por me mostrar que com o auxílio de Deus e de Nossa Senhora, tudo conseguimos fazer. A você, o meu amor sincero e minha profunda gratidão.

Aos meus amigos e companheiros de faculdade, em especial Ana Beatriz e Ana Letícia, que estiveram comigo desde o primeiro dia de aula. Sem vocês certamente esse caminho teria sido muito mais penoso. Levarei nossa amizade comigo por toda a vida, saibam que sempre estarei aqui por vocês e para vocês. De modo também especial, aos meus colegas Dudu, Denilson, Niedja, Andreia e Laysa. Obrigada por sempre estarem comigo, por dividirem as dores, as alegrias e os perrengues que a faculdade nos proporcionou. Obrigada também por serem exemplo para mim de força, dedicação e lealdade. Contem sempre com minha amizade.

À Poleana e Camilla por terem me dado suporte nos primeiros dois anos de faculdade. Sou muito grata à Deus pela vida de vocês. Que Ele vos abençoe imensamente. Ao meus pais postigos, Francisco, Adriana e Rita, por terem me acolhido em suas vidas e por hoje me tomarem por filha. Bem como Jeane e Henrique. Não sei mensurar o tamanho da minha gratidão por todo amor, conselhos e por tantos momentos felizes que me faziam esquecer do cansaço e das dificuldades do fim do curso. Vocês foram casa quando eu estava longe da minha. Amo muito vocês!

Ao meu concunhado e parceiro de trabalho, Dr. João Claudino, pelas oportunidades de aprendizado no mundo da advocacia. Aprendi e aprendo muito com a sua jornada de vida. À todos os integrantes da COMAP, do TRE-AL, por tantos ensinamentos, não só sobre o trabalho, mas sobre a vida. Aprendi com vocês sobre como ser uma excelente pessoa e profissional aonde quer que eu vá. Sou muito feliz por ter estagiado ao lado de vocês que sempre me acolheram com tanto carinho.

Por fim, mas não menos importante, ao meu orientador Prof. Dr. Hugo Leonardo. De fato, o senhor é para mim um espelho, o admiro imensamente desde o primeiro dia de aula. Obrigada por todo suporte e orientação nesse trabalho. Espero que com ele tenhamos dado nossa contribuição à causa antimanicomial. De igual forma, agradeço aos meus professores penalistas, a título de exemplo, a professora Elaine Pimentel que muito bem representa os demais, que certamente, e de forma decisiva, influenciaram na escolha do tema desse trabalho e que também são exemplo na luta pelo respeito à dignidade humana no sistema penal brasileiro. A vocês toda minha admiração.

EPÍGRAFE

*É necessário se espantar, se indignar e se contagiar, só
assim é possível mudar a realidade.*

Nise da Silveira

RESUMO

Esta dissertação objetiva questionar a manutenção do instituto das medidas de segurança a partir do vago conceito de periculosidade ainda mais após as novas diretrizes da Reforma Psiquiátrica que geraram impactos no sistema de aplicação das medidas dando possibilidade para o questionamento da periculosidade como seu fundamento. Para isso, foi utilizada a pesquisa bibliográfica com a análise de documentos, legislação, artigos científicos e livros acerca do tema. Dessa forma, para alcançar o objetivo proposto, o trabalho traçou o histórico de institucionalização da loucura e, em seguida, buscou compreender o funcionamento das medidas de segurança no ordenamento jurídico brasileiro. Em um segundo momento, analisou-se a periculosidade como dispositivo legitimador da intervenção penal sobre o portador de sofrimento mental. Ademais, realizou-se uma reflexão a partir de pesquisas acerca dos laudos de cessação de periculosidade, evidenciando a arbitrariedade em sua condução e a sua ausência de cientificidade. Por fim, apontou-se para a necessidade de interpretação pela preponderância da Lei 10.216/2001 em face da legislação penal vigente, de modo a possibilitar a utilização de modelos alternativos, distintos da privação de liberdade correspondente aos internamentos em manicômios judiciários. A partir de todo o exposto chegou-se à conclusão de que o fundamento da periculosidade é incabível juridicamente e que é um atributo indeterminável. Assim, conclui-se ser inconcebível a manutenção das medidas de segurança tendo por elemento legitimador a periculosidade, por violação de direitos e garantias fundamentais, ao mesmo tempo em que se provou que este é um traço dispensável na avaliação da pessoa em sofrimento psíquico em conflito com a lei, sob a ótica mais garantista dos novos direcionamentos trazidos pela lei antimanicomial.

Palavras-chave: Medidas de segurança. Reforma Psiquiátrica. Lei antimanicomial. Cessação de periculosidade. Pessoa em sofrimento psíquico.

ABSTRACT

This dissertation aims to question the maintenance of the Institute of Security Measures from the vague concept of dangerousness even more after the new guidelines of the psychiatric reform that have generated impacts in the system of application of measures, giving the possibility of questioning the dangerousness as its foundation. For this purpose, bibliographical research with analysis of documents, legislation, scientific articles, and books on the subject was used. Thus, to achieve the proposed objective, the paper traced the history of the institutionalization of madness and then sought to understand the functioning of security measures in Brazil's legal system. In a second moment, we analyzed the dangerousness as a legitimizing device of the penal intervention on the bearer of mental suffering. In addition, a reflection was made based on research on the reports of cessation of dangerous work, which showed the arbitrariness in their execution and their lack of scientificity. Finally, it was pointed out that the preponderance of Law 10.216/2001 in the current criminal legislation requires an interpretation that allows the usage of alternative models other than the deprivation of freedom that corresponds to hospitalization in forensic institutions. Hence, it was concluded that the basis of dangerousness is not legally applicable and that it is an indeterminable attribute. Thus, it is concluded that the maintenance of security measures is inconceivable with dangerousness as a legitimizing element, due to the violation of fundamental rights and guarantees, at the same time that it has been proven that this is an expendable characteristic in the evaluation of the person in psychological distress in conflict with the law, from the more certain perspective of the new directions brought by the anti-asylum law.

Keywords: Security measures. Psychiatric reform. Anti-asylum law. Cessation of Dangerousness. People with psychological distress.

LISTA DE ABREVIACÕES

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CF – Constituição Federal

CNJ – Conselho Nacional de Justiça

CNPCP - Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária

CP - Código Penal

CPP - Código de Processo Penal

ECP – Exame de cessação de periculosidade

EVCP - Exame de Verificação da Cessação da Periculosidade

GD – Gravidade do delito

HCTPHH - Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Heitor Carrilho

HH – Hospital de Custódia e Tratamento Heitor Carrilho

LEP – Lei de Execuções Penais

MJRJ - Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

PAILI - Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator

PAI-PJ - Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário Portador de Sofrimento Mental

PCIPP - Programa de Cuidado Integral do Paciente Psiquiátrico

RAPS - Rede de Atenção Psicossocial

STF – Supremo Tribunal Federal

STJ – Superior Tribunal de Justiça

SUS – Sistema Único de Saúde

TJMG – Tribunal de Justiça de Minas Gerais

TJPI – Tribunal de Justiça do Piauí

VEC – Vara de Execução Criminal

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 A EXECUÇÃO DAS MEDIDAS DE SEGURANÇA NO ORDENAMENTO JURÍDICO BRASILEIRO	14
2.1 O transtorno mental e o crime: breve histórico sobre a institucionalização da loucura. 14	
2.2 Legislação penal brasileira acerca da medida de segurança: aplicação e execução.	20
3. A PERICULOSIDADE CRIMINAL: A RELAÇÃO ENTRE O SABER MÉDICO E O SABER JURÍDICO.	30
3.1 O estigma da presunção de periculosidade do louco infrator.	30
3.2 A periculosidade como fundamento à aplicação, execução e manutenção das medidas de segurança no direito penal brasileiro.....	39
4 A MANUTENÇÃO DA MEDIDA DE SEGURANÇA FUNDADA NA PERICULOSIDADE: UM FUNDAMENTO DEFASADO.	48
4.1 O redirecionamento assistencial ao doente mental infrator: preponderância da Lei 10.216/2001 – novação da Resolução 487/2023 do CNJ.	48
4.2 Modelos alternativos aos manicômios judiciários - PAI-PJ (MG), PAILI (GO) e PCIPP (PI): lições da Lei da Reforma psiquiátrica.	61
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	70
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	73

1 INTRODUÇÃO

A loucura, desde a antiguidade, recebeu diversas significações. Era uma manifestação dos deuses, segundo Homero (séculos 9-8 a.C.) ao passo em que, para a visão organicista de Hipócrates (século I a.C.), a loucura significava o desequilíbrio dos elementos essenciais do organismo humano. Na Idade Média, a loucura equiparou-se à possessão demoníaca e no século XVII, resultado do racionalismo científico, a loucura foi reconfigurada, significando a perda da razão. Em qualquer dos casos, a cura passou a ser condicionada ao aprisionamento do dito louco.¹ Dessa forma, os portadores de sofrimento mental foram segregados, excluídos do convívio social e taxados de perigosos. A segregação não significava outra coisa senão uma purificação social, uma limpeza social dos indesejáveis.² Uma forma de controle que se arrastou ao longo dos séculos sob a narrativa de que era a única alternativa cabível.

Foi apenas a partir da Segunda Guerra Mundial que mais firmemente as questões de direitos humanos se evidenciaram em razão dos grandes horrores da guerra. A luta em defesa daqueles que até esse momento eram invisibilizados, e cujo destino ainda era o asilo, ganhou força através de Franco Basaglia (1924-1980). O psiquiatra italiano promoveu em seu país uma verdadeira mudança de paradigmas que não se restringiriam aos limites territoriais daquela nação, transpassando para o resto do mundo o movimento antimanicomial, cujos objetivos convergiam para o fechamento de todos os manicômios judiciários e para o redirecionamento assistencial ao portador de sofrimento mental que infligia a lei.

No Brasil, a medida de segurança, consequência da periculosidade pelos ditames do Código Penal de 1940 (e suas alterações em 1984), começou a ser duramente criticada pelos adeptos da luta antimanicomial por volta da década de 70. Entretanto, apenas em 2001 a possibilidade de fechamento dos manicômios pôde de fato se tornar concreta através da Lei 10.216/2001, que para Salo de Carvalho, alterou a noção de tratamento do portador de sofrimento mental em conflito com a lei tendo substituído a ideia de prevenção conduzindo assim, à consequente exclusão da categoria da periculosidade como fundamento à aplicação das medidas.³

No mesmo sentido se orienta Virgílio de Mattos que além de considerar ter havido a revogação do art. 26 do Código Penal (que trata das medidas de segurança), considera que a

¹ DE TILIO, Rafael. “A querela dos direitos”: loucos, doentes mentais e portadores de transtornos e sofrimentos mentais. In: **Paidéia (Ribeirão Preto)**, vol. 17, nº 37, Ribeirão Preto: EDUSP, p. 195-206, Mai./Ago. 2007, p. 196-197.

² FOUCAULT, Michel. **A história da loucura na idade clássica**. 6. ed. São Paulo: Perspectiva, 2002.

³ CARVALHO, Salo de. **Pena e medidas de segurança no direito penal brasileiro: fundamentos e aplicação judicial**. – São Paulo: Saraiva, 2013, p. 524.

lei infraconstitucional (lei antimanicomial) denuncia a noção de periculosidade demonstrando que este é um conceito incabível juridicamente, além de ser vago e impreciso.⁴ Por essa razão, o presente trabalho tem como escopo trazer uma reflexão acerca da manutenção do instituto das medidas de segurança pautada na periculosidade considerando as diretrizes da lei antimanicomial que possui mais de 20 anos de vigência. Para isso, o aparato histórico nesse trabalho foi amplamente trabalhado uma vez que a dificuldade de superação do modelo manicomial se encontra no passado.

No primeiro capítulo, em um primeiro momento, fala-se acerca da institucionalização da loucura, evidenciando as razões da contenção do “louco infrator” ao longo dos séculos e demonstrando que em cada parte da história, a definição de loucura sofreu inúmeras alterações em seu conceito, mas o destino dos acometidos por ela, nunca mudou: a segregação asilar. Após isso, fala-se a respeito da execução das medidas de segurança no Brasil evidenciando a legislação penal que as conduzem e as justificam, trazendo também o contraponto e a incompatibilidade entre estas e a Lei 10.216/2001.

O segundo capítulo, foi dedicado ao eixo central dessa pesquisa, qual seja, o debate sobre a medição da periculosidade de um indivíduo. Como dito, compreender o passado é essencial para evidenciar o porquê de as medidas de segurança serem um instituto difícil de ser superado. Por essa razão, foi traçada uma linha temporal do estigma da periculosidade, indicando as alterações em seu conceito e também trazendo à tona os motivos da insistente correlação direta com a loucura. A posteriori, através da análise de pesquisas acerca dos exames de cessação de periculosidade, que fundamentam a manutenção das medidas de segurança, foi constatado que estes são imprecisos, arbitrários e desprovidos de cientificidade. Foi demonstrado que são conduzidos de maneiras completamente distintas a depender do perito, o que prova a falta de lisura no processo e a impossibilidade de medir a periculosidade.

Por último, foi trabalhado com mais veemência a questão do redirecionamento assistencial e a preponderância da Lei 10.216/2001 frente a vigente legislação penal brasileira. O trabalho demonstrou todo o aparato internacional e nacional que fortalecem a tese de ser a lei antimanicomial dominante no que tange o tratamento direcionado ao portador de sofrimento mental, tenha ele infligido a lei ou não. Provou-se que, com a nova lei, a periculosidade foi abandonada e a atenção voltou-se à reinserção social do paciente e seu tratamento efetivo. Na mesma ótica, foi mencionado os programas brasileiros pioneiros na aderência à reforma psiquiátrica, como o Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário

⁴ MATTOS, Virgílio de. **Crime e psiquiatria**: uma saída: preliminares para a desconstrução das medidas de segurança – Rio de Janeiro: Revan, 2006, p. 153.

Portador de Sofrimento Mental (PAI-PJ) criado em Minas Gerais. Os projetos demonstraram que a mudança deve ocorrer em todo o sistema penal e que o trabalho interdisciplinar entre a assistência social, profissionais da saúde e outros, consegue fazer cumprir a Lei 10.216/2001.

Dessa forma, utilizou-se nesse trabalho a pesquisa bibliográfica, através de livros, artigos e doutrina publicados a respeito do tema, tendo por objetivo pensar de que forma o problema – especialmente o da incompatibilidade da periculosidade – se manifesta e os modos pelos quais viola os direitos e garantias fundamentais das pessoas sentenciadas à medida de segurança, já que a Lei 10.216, de 2001, visa a estabelecer um caráter mais garantista a essa modalidade de sanção penal. Para tal, utilizou-se o método hipotético-dedutivo, uma vez que se partiu de uma premissa geral caminhando em direção à conclusão, que constituirá uma premissa específica.

2 A EXECUÇÃO DAS MEDIDAS DE SEGURANÇA NO ORDENAMENTO JURÍDICO BRASILEIRO

2.1 O transtorno mental e o crime: breve histórico sobre a institucionalização da loucura.

A loucura sempre foi associada ao modo com que a pessoa se relaciona com os outros, consigo mesma, e, além disso, a forma como vê o mundo e de que forma é vista por ele.⁵ Filósofos gregos, na tentativa de definir a loucura, chegaram à conclusão de que esta seria uma manifestação oriunda dos deuses. Uma nova acepção surgiria, após as contribuições reformadoras de Sólon (630-560 a.C.), com Hipócrates (século I a.C.), segundo o qual, o divino não mais seria responsável pela loucura. A partir de então, a insanidade estava atrelada ao “funcionamento do organismo sediado no cérebro humano e no equilíbrio de seus elementos essenciais – os humores (calor, frio, secura, umidade) – com o ambiente”.⁶

Na era medieval, o estado de loucura era associado à possessão demoníaca pela chamada *doutrina demonológica*, sendo que fugia à competência da medicina compreender ou tratar dessa condição, que passou a ser considerada uma questão de fé e crença.⁷ Na tentativa de manter longe aqueles tidos como loucos, coube aos marinheiros promover o exílio dessas pessoas. O objetivo era manter o mais longe possível e até mesmo de punir o louco por sua loucura, já que este representava a escória humana. Indivíduos com perturbações de ordem mental eram chicoteados, vendidos, exilados de sua própria terra, obrigados a embarcar em viagens marítimas que potencialmente poderiam ser a última.⁸

Na Idade Média, aqueles acometidos por doenças venéreas, por exemplo, eram segregados da sociedade, mantidos aprisionados, sob a justificativa de tratar daquele que oferecia perigo de contágio à sociedade. No mundo clássico, “a doença venérea se isolou, numa certa medida, de seu contexto médico e se integrou, ao lado da loucura, num espaço moral de exclusão”.⁹

O aprisionamento classicista evidenciou motivações políticas, religiosas, econômicas e sociais na política de internamento¹⁰. Este, por sua vez, fora exigido por razões que destoam da preocupação com a cura. Ao louco era cabível a segregação, junto aos mendigos e

⁵ JACOBINA, Paulo Vasconcelos. Direito penal da loucura: Medida de Segurança e Reforma Psiquiátrica. *Revista de Direito Sanitário*, vol. 5, n. 1, p. 67-85, março de 2004.

⁶ DE TILIO, Rafael. “A querela dos direitos”: loucos, doentes mentais e portadores de transtornos e sofrimentos mentais. In: *Paidéia (Ribeirão Preto)*, vol. 17, nº 37, Ribeirão Preto: EDUSP, p. 195-206, Mai./Ago. 2007, p. 196.

⁷ DE TILIO, Rafael. “A querela dos direitos”: loucos, doentes mentais e portadores de transtornos e sofrimentos mentais. In: *Paidéia (Ribeirão Preto)*, vol. 17, nº 37, Ribeirão Preto: EDUSP, p. 195-206, Mai./Ago. 2007, p. 197.

⁸ FOUCAULT, Michel. *A história da loucura na idade clássica*. 6. ed. São Paulo: Perspectiva, 2002.

⁹ FOUCAULT, Michel. *A história da loucura na idade clássica*. 6. ed. São Paulo: Perspectiva, 2002, p. 12.

¹⁰ FOUCAULT, Michel. *A história da loucura na idade clássica*. 6. ed. São Paulo: Perspectiva, 2002, p. 61.

criminosos, por sua inutilidade para o trabalho, além da incapacidade de integralizar a um grupo. Assevera Foucault (1926-1984) que, sob a égide da visão clássica, a loucura “é percebida através de uma condenação ética da ociosidade”.¹¹

O século XVII foi marcado pelo racionalismo científico, o que resultou na ressignificação da loucura e no condicionamento da cura à estabilização do doente mental. A insanidade agora significava a perda da vontade, do próprio livre arbítrio e da razão, ou seja, da capacidade de autodeterminar-se, característica essa incongruente com as normas sociais da época.¹² Nasceram assim os asilos, cuja função precípua não era oferecer o tratamento, mas sim efetuar a “eliminação espontânea dos ‘a-sociais’”,¹³ daqueles que maculavam e ameaçavam o bom convívio social. Não se sabia mais onde confinar os insanos, que terminavam direcionados às prisões servindo de diversão para os prisioneiros.¹⁴

Operava-se uma verdadeira purificação social. A internação dos ditos loucos demonstrou ser mais um dos tantos mecanismos de controle existentes, com a evidente finalidade de retirar da sociedade os indesejáveis.¹⁵ Embora a Medicina ainda não dispusesse de elementos para definir a loucura, tampouco para curá-la, “os séculos XVII e XVIII internam a loucura pela mesma razão que a devassidão ou a libertinagem, o essencial não é que ela seja desconhecida como doença, mas que seja percebida sob outra perspectiva”.¹⁶

Graças as contribuições de estudiosos como Phillipe Pinel (1745-1826) e Jean-Étienne Dominique Esquirol (1772-1840), seu discípulo, a loucura aos poucos foi adquirindo a face de um problema médico-social no fim do século XVIII.¹⁷ As transformações sociais influenciadas pelo Iluminismo e pelos ideais da Revolução Francesa deram espaço para a ascensão do alienismo¹⁸ que trouxe consigo a possibilidade da intervenção médico-científica

¹¹ FOUCAULT, Michel. **A história da loucura na idade clássica**. 6. ed. São Paulo: Perspectiva, 2002, p. 83.

¹² DE TILIO, Rafael. “A querela dos direitos”: loucos, doentes mentais e portadores de transtornos e sofrimentos mentais. In: **Paidéia (Ribeirão Preto)**, vol. 17, nº 37, Ribeirão Preto: EDUSP, p. 195-206, Mai./Ago. 2007.

¹³ FOUCAULT, Michel. **A história da loucura na idade clássica**. 6. ed. São Paulo: Perspectiva, 2002, p. 90.

¹⁴ FOUCAULT, Michel. **A história da loucura na idade clássica**. 6. ed. São Paulo: Perspectiva, 2002, p. 130.

¹⁵ BERGER, Peter L. **Perspectivas sociológicas: uma visão humanística**. Petrópolis: Vozes, 1986, p. 81.

¹⁶ FOUCAULT, Michel. **A história da loucura na idade clássica**. 6. ed. São Paulo: Perspectiva, 2002, p. 125.

¹⁷ DE TILIO, Rafael. “A querela dos direitos”: loucos, doentes mentais e portadores de transtornos e sofrimentos mentais. In: **Paidéia (Ribeirão Preto)**, vol. 17, nº 37, Ribeirão Preto: EDUSP, p. 195-206, Mai./Ago. 2007.

¹⁸ “O alienismo surgiu na França, na virada do século XVIII para o século XIX, como a primeira especialidade médica, num campo até então dividido entre clínica geral e cirurgia [...] tornou-se uma especialidade médica especial, menos por questões teóricas internas, e mais pela natureza diferenciada do objeto com o qual precisava lidar. Ele nasceu com a incumbência de tratar da população de loucos já encerrada dentro dos hospitais gerais das cidades europeias, herança sem dono e rosto sem esperança da multidão de doentes, pobres, mendigos, órfãos, menores infratores, idosos, libertinos, hereges, prostitutas, venéreos, sarnentos, bêbados, pensionistas pagantes, nobres dissipadores, criminosos comuns, presos políticos, inimigos da monarquia [...]”.

TEIXEIRA, Manoel Olavo Loureiro. Pinel e o nascimento do alienismo. **Estud. psicol. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 540-560, ago. 2019, p. 543-544.

na esfera pessoal do indivíduo e da sociedade, comprometendo-se a “recuperar alienados mentais através da ação médica”.¹⁹

A psiquiatria moderna enxergava a fundamentação de sua história na preocupação que Pinel voltou à soltura dos loucos.²⁰ O modelo assistencial desenvolvido por ele, pautava-se no tratamento daqueles tidos como irrecuperáveis e sua posterior reinserção na sociedade. No pinelismo, a loucura tem como razão de ser “erros no conhecimento e resulta da formação de ideias erradas sobre as relações com as coisas ou com os outros”.²¹ Por isso, a curabilidade da loucura finalmente fora admitida consolidando-se a necessidade de internação exclusivamente para fins terapêuticos, uma vez que, “as pessoas poderiam ser ‘trazidas de volta’ ao rumo da ‘sanidade’ se afastadas das forças alienadoras da sociedade”.²²

O tratamento moral de Pinel fundava-se na crença de que seria possível “induzir mudanças significativas no comportamento dos doentes por meio de atitudes humanas, mas firmes, da equipe técnica para com aqueles”.²³ No entanto, a medicina não estava pronta para aplicar o tratamento moral²⁴ idealizado por Pinel. Tanto que, a partir da metade do século XIX, o “velho organicismo recuperou sua hegemonia no pensamento e nas práticas da psiquiatria”.²⁵ A intervenção moral deu lugar ao tratamento físico e a atenção voltou-se à anatomia patológica do louco.

Estudar e compreender a mente de um louco fascinava os estudiosos porque a loucura não deixa marcas cerebrais. A autópsia feita nos insanos não demonstrava diferença alguma entre a mente sã e a mente louca, ambas eram anatomicamente idênticas. Nasce, então, a noção de monomania, inicialmente fomentada por Esquirol. Nela, o indivíduo se caracteriza por conservar-se razoável em todos os momentos, “menos naquele que diz respeito ao crime

¹⁹ TEIXEIRA, Manoel Olavo Loureiro. Pinel e o nascimento do alienismo. **Estud. pesqui. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 540-560, ago. 2019, p. 544.

²⁰ JACOBINA, Paulo Vasconcelos. Direito penal da loucura: Medida de Segurança e Reforma Psiquiátrica. **Revista de Direito Sanitário**, vol. 5, n. 1, p. 67-85, março de 2004.

²¹ PESSOTTI, Isaias. Sobre a teoria da loucura no século XX. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 2, p. 113-123, dez. 2006, p.113.

²² JACOBINA, Paulo Vasconcelos. Direito penal da loucura: Medida de Segurança e Reforma Psiquiátrica. **Revista de Direito Sanitário**, vol. 5, n. 1, p. 67-85, março de 2004, p. 69-70.

²³ PEREIRA, Mário Eduardo Costa. Pinel — a mania, o tratamento moral e os inícios da psiquiatria contemporânea. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**. 2004, pp. 113-116, v. 7, n. 3, p. 114.

²⁴ “Com Pinel, a psiquiatria passa a ser, de um lado, a correção de hábitos, *via* correção das ideias; de outro, a reeducação afetiva, isto é, o controle (até pedagógico) das paixões. São estas as funções do ‘tratamento moral’, que é, com todas as letras, um método de modificação do comportamento”. PESSOTTI, Isaias. Sobre a teoria da loucura no século XX. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 2, p. 113-123, dez. 2006, p. 113.

²⁵ PESSOTTI, Isaias. Sobre a teoria da loucura no século XX. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 2, p. 113-123, dez. 2006, p. 113.

que cometeu - onde se mostra como louco”.²⁶ Ou seja, no momento do cometimento do delito, a loucura tomaria conta do sujeito e o levaria a cometer um ato irrazoável não condizente com o que costuma ser/agir. Por essa razão, este tornar-se-ia irresponsável pelo crime.

Seria coerente considerar que não há anormalidade no dito louco até que a sua loucura tome conta e o faça ter um momento de irracionalidade? Evidentemente que não, pois, o insano pode assim o ser [louco] e, durante toda sua vida, nunca manifestar qualquer tipo de ato violento, mas ainda assim conviver com sua loucura no dia-a-dia. O crime não é privilégio do insano, e nem sempre o crime praticado pelo anormal está ligado à sua anormalidade.²⁷ Nesse contexto, uma consequência relevante ao considerar a ideia de monomania, seria a insegurança jurídica criada, pois,

[...] se o fundamento da sanção penal é o livre-arbítrio e o fundamento da internação hospitalar é o tratamento, os loucos morais estão numa zona de ninguém — não podem ser tratados — por questões técnicas, já que dificilmente seriam curáveis. Não podem ser presos, por questões jurídicas — são irresponsáveis pelos seus atos. A criminologia teria que buscar um outro fundamento para retirar-lhes a liberdade. **Esse fundamento é a periculosidade**, expressa como a necessidade de defesa social. Mais tarde, a criminologia irá negar o próprio livre-arbítrio, e considerar de forma determinística praticamente toda a esfera de ação humana, indiferenciando, no limite, os loucos dos criminosos.²⁸

Demonstra-se, então, que tanto médicos como legisladores não estavam preocupados com as causas e as classificações da doença psíquica. O grande questionamento era com relação às providências legais a serem tomadas de acordo com a integridade mental do indivíduo. Assim, no contexto europeu, na segunda metade do século XIX, aparecem as primeiras instituições para tratamento de doentes mentais perigosos.²⁹

Adentra-se a esse contexto a noção de degenerescência³⁰ - em substituição à de monomania-, presente na obra de Bénédict Morel (1809-1873), que foi decisiva no

²⁶ JACOBINA, Paulo Vasconcelos. Direito penal da loucura: Medida de Segurança e Reforma Psiquiátrica. **Revista de Direito Sanitário**, vol. 5, n. 1, p. 67-85, março de 2004, p. 70.

²⁷ HUNGRIA, Nelson. **Comentários ao Código Penal**, artigos 75 ao 101. Rio de Janeiro, Forense, vol. III, 1959.

²⁸ JACOBINA, Paulo Vasconcelos. Direito penal da loucura: Medida de Segurança e Reforma Psiquiátrica. **Revista de Direito Sanitário**, vol. 5, n. 1, p. 67-85, março de 2004, p. 70, grifamos.

²⁹ MITJAVILA, Myriam Raquel e MATHES, Priscilla Gomes. Doença mental e periculosidade criminal na psiquiatria contemporânea: estratégias discursivas e modelos etiológicos. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, pp. 1377-1395, set. 2012, v. 22, n 4.

³⁰ “A *idéia* de degeneração é de uso corrente na medicina, para designar uma mudança que implica menor funcionalidade. No âmbito psiquiátrico, porém, foi usada por Morel de forma um tanto mais específica. Ele parte de uma concepção ideal de homem — um adão hipotético, pré-queda, um homem em que o físico está absolutamente submisso ao moral — vale dizer, um homem mítico, completamente responsável, completamente racional, plenamente capaz de controlar totalmente a si mesmo, plenamente conhecedor de si mesmo. A partir da queda, do pecado original, a espécie humana entra num caminho de decadência, que irá resultar na queda total, na total degeneração, enfim — tão mais decadente quanto mais, ao longo da história, a espécie humana se afasta

desenvolvimento e na trajetória da própria psiquiatria forense, significando, pois, peça-chave na correlação entre loucura e criminalidade.³¹ Essa noção estaria:

[...] na base da própria ideia de doença mental — embora ele enxergasse "doenças mentais não-degenerativas", e, portanto, curáveis; mesmo estas poderiam encaminhar à degeneração os doentes e seus descendentes. Assim, a angústia dos psiquiatras — consistente no fato de nunca terem achado lesões biológicas nas autópsias que se faziam nos loucos, ao menos lesões que fossem diversas daquelas encontráveis nos ditos normais — pôde ser substituída por uma hipótese de má conformação de um sistema nervoso degenerado. Essa mesma má conformação evidenciava-se pela irracionalidade da conduta.³²

A ideia de degeneração subsistirá como elemento teórico base da medicalização do anormal. Na perspectiva foucaultiana, aquele que é degenerado tornou-se o “anormal medicalizado”.³³ É fundado na teoria da degeneração de Morel que o pai da criminologia e da Escola Positivista, Cesare Lombroso (1835-1909), embasará a sua famosa teoria do “homem delinquente”.³⁴ Segundo ele,

[...] aproximam-se os delinquentes dos alienados, com os quais têm em comum a violência e a instabilidade de algumas paixões, a freqüente insensibilidade dolorífica e mais afetiva, o senso exagerado do "eu" e algumas vezes a paixão do álcool e a necessidade de recordar o crime cometido.³⁵

Lombroso estabeleceu “as bases da interpretação etiológica do crime em função de parâmetros biológicos”,³⁶ onde, o conjunto fisionômico do indivíduo e suas proporções morfológicas demonstravam predisposição ao crime. No entanto, essa tese viria a ser duramente criticada porque aparentemente possuía uma contradição, uma vez que “afirmava, ao mesmo tempo, que o delinquente era um ser atrasado que não se adaptava à sociedade

dessa origem divina”. JACOBINA, Paulo Vasconcelos. Direito penal da loucura: Medida de Segurança e Reforma Psiquiátrica. **Revista de Direito Sanitário**, vol. 5, n. 1, p. 67-85, março de 2004, p. 70-71.

³¹ MITJAVILA, Myriam Raquel e MATHES, Priscilla Gomes. Doença mental e periculosidade criminal na psiquiatria contemporânea: estratégias discursivas e modelos etiológicos. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, pp. 1377-1395, set. 2012, v. 22, n 4.

³² JACOBINA, Paulo Vasconcelos. Direito penal da loucura: Medida de Segurança e Reforma Psiquiátrica. **Revista de Direito Sanitário**, vol. 5, n. 1, p. 67-85, março de 2004, p. 71.

³³ MITJAVILA, Myriam Raquel e MATHES, Priscilla Gomes. Doença mental e periculosidade criminal na psiquiatria contemporânea: estratégias discursivas e modelos etiológicos. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, pp. 1377-1395, set. 2012, v. 22, n 4, p. 1380.

³⁴ “O estudo da criminologia positivista pode ser explicado, de forma bem sintética, com base no ‘homem delinquente’; um ente diferenciado como outra ‘raça’ em tudo diferente da dos seres humanos normais. A influência do racismo é evidente, pois quando se destacava que alguém era diferente, isso queria indicar também que era inferior, de acordo com toda a construção teórica que se fazia no século XIX”. ANITUA, Gabriel Ignacio. **Histórias dos pensamentos criminológicos** – Rio de Janeiro: Revan; Instituto Carioca de Criminologia, 2008, p. 297.

³⁵ LOMBROSO, Cesare, 1885-1909. **O homem delinquente** - São Paulo: Ícone, 2007, p. 124.

³⁶ MITJAVILA, Myriam Raquel e MATHES, Priscilla Gomes. Doença mental e periculosidade criminal na psiquiatria contemporânea: estratégias discursivas e modelos etiológicos. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, pp. 1377-1395, set. 2012, v. 22, n 4, p. 1380.

moderna e que era um ser com alguma alteração mental ligada à loucura”.³⁷ Tal incompatibilidade fomentou o surgimento da “ciência” necessária para o poder penal daquele momento, cujo suporte científico existiria para adequar as penas aplicadas às demandas de defesa social bem como às características de cada infrator. Tudo isso graças às contribuições de outros importantíssimos positivistas, que formariam aquilo que muitos estudiosos consideram como a “trindade do positivismo”.³⁸

Enrico Ferri (1856-1929), um dos componentes da tríade, foi o responsável por unir a versão naturalista de Lombroso à noção de defesa social. Segundo ele, a pena era uma repressão necessária para defender a coletividade do estado de perigo de alguns indivíduos. Dessa forma, o delito nada mais seria do que um sintoma; o ilícito praticado seria responsável por revelar a face perigosa do infrator. Raffaele Garafolo (1851-1934) completa a trindade positivista inaugurando, finalmente, a noção de periculosidade, que segundo o autor, pode ser definida como uma constante e iminente perversidade de um indivíduo. Baseado nessa concepção, justificou que a pena deveria ser aplicada não proporcionalmente ao dano ocasionado, mas sim à periculosidade do sujeito infrator.³⁹

Dentro desse contexto, as penas “deveriam ajustar-se ao grau de periculosidade social de cada indivíduo”,⁴⁰ mas essa intenção se traduziria numa visão mascarada de tratamento, pois, permitiria ao Estado maior controle interno dos manicômios e das prisões. O asilo da era positivista não é um livre domínio de observação ou de terapêutica. É verdadeiramente um “espaço judiciário onde se é acusado, julgado e condenado e do qual só se consegue libertação pela versão desse processo nas profundezas psicológicas, isto é, pelo arrependimento. A loucura será punida no asilo, mesmo que seja inocentada fora dele”.⁴¹

O funcionamento dessas instituições visava apenas ao colecionamento de saberes, para que estes pudessem justificar cada vez mais o “controle dos atos e a submissão dos acometidos às regras institucionais, endossando a ‘justificação’ de internamento/isolamento constante ou permanente”.⁴² Essas práticas institucionais têm resquícios até hoje, inclusive na

³⁷ ANITUA, Gabriel Ignacio. **Histórias dos pensamentos criminológicos** – Rio de Janeiro: Revan; Instituto Carioca de Criminologia, 2008, p. 299.

³⁸ ANITUA, Gabriel Ignacio. **Histórias dos pensamentos criminológicos** – Rio de Janeiro: Revan; Instituto Carioca de Criminologia, 2008, p. 308.

³⁹ ANITUA, Gabriel Ignacio. **Histórias dos pensamentos criminológicos** – Rio de Janeiro: Revan; Instituto Carioca de Criminologia, 2008, p. 310 e seguintes.

⁴⁰ ANITUA, Gabriel Ignacio. **Histórias dos pensamentos criminológicos** – Rio de Janeiro: Revan; Instituto Carioca de Criminologia, 2008, p. 299.

⁴¹ FOUCAULT, Michel. **A história da loucura na idade clássica**. 6. ed. São Paulo: Perspectiva, 2002, p. 157.

⁴² DE TILIO, Rafael. “A querela dos direitos”: loucos, doentes mentais e portadores de transtornos e sofrimentos mentais. In: **Paidéia (Ribeirão Preto)**, vol. 17, nº 37, Ribeirão Preto: EDUSP, p. 195-206, Mai./Ago. 2007, p. 198.

legislação brasileira, como se verá a seguir, e por si só desrespeitam os direitos humanos, despersonalizam os internos e vagarosamente proporcionam a sua mortificação, os afastando cada vez mais da reinserção à sociedade.

1.2 Legislação penal brasileira acerca da medida de segurança: aplicação e execução.

As noções de degenerescência de Morel, da antropologia criminal de Lombroso e algumas concepções da escola clássica, não só influenciaram como definiram o estatuto jurídico do doente mental no Brasil, desde a elaboração do primeiro código penal em 1830. O documento foi formulado sobre a égide de que o louco não possuía livre arbítrio em suas decisões e nem responsabilidade em seus atos, portanto, seria desprovido das características básicas e necessárias ao bom convívio e a adaptação social.⁴³ Apesar de prever, em seu art. 12⁴⁴, que os loucos criminosos deveriam ser recolhidos para casas específicas, o primeiro Hospital Psiquiátrico do Brasil só seria inaugurado em 1852, carregando o nome do então imperador, Pedro II.⁴⁵

O alienista Teixeira Brandão (1854-1921) teceu duras críticas à legislação penal do império evidenciando que ali não existia lugar para o perito-psiquiátrico, peça que, segundo ele, era fundamental na avaliação do estado mental do criminoso. Entretanto, mesmo com o advento do código penal da República em 1890, a recomendação continuava a ser que os insanos “deveriam ser entregues a suas famílias ou internados nos hospícios públicos se assim ‘exigisse’ a segurança dos cidadãos”,⁴⁶ ficando a cargo do juiz o arbítrio do nível de periculosidade do agente em cada caso. Apenas em 1903, com o Decreto Lei nº 1.132, a construção dos manicômios judiciários se tornou proposta final.

Segundo tal legislação, cada Estado deveria reunir recursos para a construção de manicômios judiciários e, enquanto tais estabelecimentos não tivessem sido erigidos, dever-se-iam construir anexos especiais aos asilos públicos para o recolhimento desse tipo de alienados.⁴⁷

⁴³ CARRARA, Sérgio. **Crime e loucura**: o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século – Rio de Janeiro: Ed UERJ; São Paulo: Ed USP, 1998.

⁴⁴ “Art. 12. Os loucos que tiverem cometido crimes, serão recolhidos às casas para eles destinadas, ou entregues às suas famílias, como ao Juiz parecer mais conveniente”. BRASIL. **Código Criminal de 1830**. Lei de 16 de dezembro de 1830.

⁴⁵ PERES, M. F. T. e NERY FILHO, A.: A doença mental no direito penal brasileiro: inimputabilidade, irresponsabilidade, periculosidade e medida de segurança. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, vol. 9 (2): 335-355, maio-ago. 2002.

⁴⁶ CARRARA, Sérgio. **Crime e loucura**: o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século – Rio de Janeiro: Ed UERJ; São Paulo: Ed USP, 1998, p. 49.

⁴⁷ CARRARA, Sérgio. **Crime e loucura**: o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século – Rio de Janeiro: Ed UERJ; São Paulo: Ed USP, 1998, p. 49.

Entretanto, a inauguração do primeiro manicômio judiciário brasileiro - e da América Latina - só se deu em 30 de maio de 1921.⁴⁸ O Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro (MJRJ), posteriormente intitulado de Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Heitor Carrilho (HCTPHH) representou muito mais do que um hospital para tratamento e cumprimento de medida de segurança, era uma nítida tentativa de criar um centro para estudos científicos na área de Psiquiatria Forense de acordo com o médico psiquiatra Heitor Carrilho, primeiro diretor do recém inaugurado manicômio. O MJRJ foi criado para abrigar os pacientes da extinta Seção de Alienados Delinquentes da Seção Lombroso do Hospital Nacional de Alienados e tornou-se HCTPHH após a morte do seu primeiro dirigente em 1954.⁴⁹

Contudo, somente o Código Penal (CP) de 1940 e o Código de Processo Penal (CPP) de 1941 - as legislações que vigoram atualmente, considerando posteriores alterações -, passaram a legislar de forma sistemática sobre as medidas de segurança. Inicialmente, fora utilizado o sistema duplo binário, ou seja, havia a possibilidade de a medida de segurança substituir ou complementar a pena (art. 79 e 80).⁵⁰ O novo código viria a relativizar o princípio da legalidade haja vista que permitia a “flexibilização da necessidade de cometimento de delito, aceitando a aplicação de medidas de segurança somente com os olhos postos na perigosidade social”.⁵¹

Para uma melhor compreensão do tratamento dado no Código Penal de 1940 à medida de segurança, convém diferenciá-la do instituto da pena, visto que tal diferenciação é relevante ao longo do todo o corpo da pesquisa.

Nelson Hungria (1891-1969) ao tecer comentários ao CP de 1940, nos explica com detalhes a diferença entre os dois institutos considerando o sistema duplo binário. A pena seria uma consequência da culpabilidade – condicionada à culpa moral - e se aplicaria apenas aos responsáveis, ou como conhecemos, imputáveis – totalmente capazes de compreenderem o caráter antijurídico de suas ações. Seria uma sanção e se imporia nos casos de fato certo, ou seja, um ilícito efetivamente praticado, com tempo de duração limitado, variável de acordo

⁴⁸ CARRARA, Sérgio. **Crime e loucura**: o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século – Rio de Janeiro: Ed UERJ; São Paulo: Ed USP, 1998, p. 194.

⁴⁹ SANTOS, A. L. G. DOS.; FARIAS, F. R. DE.. Criação e extinção do primeiro Manicômio Judiciário do Brasil. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 17, n. 3, p. 515–527, set. 2014.

⁵⁰ CORDEIRO, Quirino e col. **Medida de segurança** – uma questão de saúde e ética. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2013, p. 50.

⁵¹ OLIVEIRA, Flávio Antônio de. Reflexo derogatório da sistematização da Medida de Segurança detentiva do Código Penal sob a vigência da Lei Antimanicomial à luz dos princípios constitucionais e da prevalência dos direitos humanos. **Revista Eletrônica Direito e Política**, Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Ciência Jurídica da UNIVALI, Itajaí, v.12, n.2, 2º quadrimestre de 2017, p. 856.

com o crime praticado. Além disso, teria caráter expiatório, retributivo, visaria à prevenção geral, através da coação psicológica, no sentido de abstenção do crime, bem como a especial, nesse caso, tida como meio de castigo ou punição.⁵²

Já a medida de segurança seria uma consequência da periculosidade, aplicando-se aos dois casos, de irresponsáveis e responsáveis, ou seja, aplicável em todos os casos que envolvessem um indivíduo considerado perigoso pela lei ou que tivesse sua periculosidade presumida. Não se trataria de uma sanção e se imporá por um fato provável, ou seja, o possível retorno à prática de algum ilícito. Ademais, visaria apenas a prevenção especial, aqui traduzida como uma neutralização profilática, objetivando a recuperação social do agente. Teria caráter assistencial, e se em algum ponto fugisse a essa natureza – causando dor e sofrimento-, este seria apenas um meio indispensável à sua execução.⁵³

Hungria vai além, demonstrando que o fundamento precípua da medida de segurança no CP/1940 é apenas o futuro; a presunção de que o crime praticado é indicativo de um perigoso iminente que precisa ser contido em prol da defesa social.

A pena olha, simultaneamente, para o passado (*quia peccatum est*) e para o futuro (*ne amplius peccetur*); a medida de segurança olha somente para o futuro. Para uma, o crime *acontecido* é fundamento necessário e suficiente; para outra, é apenas *ocasião*, pois o seu fundamento transcende o crime, para legitimar-se com a *periculosidade* do seu autor. [...] Para a medida de segurança, o crime é apenas um eventual sintoma ou indício do ‘estado perigoso’ individual, que é a sua condição *sine qua non*.⁵⁴

Tendo por base ideais positivistas e sob a alegação de insuficiência da culpabilidade para atender efetivamente os objetivos preventivos, o CP de 1940 cavou o seu alicerce na periculosidade criminal e utilizou-se da justificativa da defesa social para conter o louco criminoso, que segundo se deflagra do art. 22, era considerado isento de *pena*, portanto, inimputável, devendo ser submetido à medida de segurança. A noção de reincidência em muito impulsionaria essa manobra do considerado positivismo penal⁵⁵ da época e muito

⁵² HUNGRIA, Nelson. **Comentários ao Código Penal**, artigos 75 ao 101. Rio de Janeiro, Forense, vol. III, 1959, p. 9-10.

⁵³ HUNGRIA, Nelson. **Comentários ao Código Penal**, artigos 75 ao 101. Rio de Janeiro, Forense, vol. III, 1959, *passim*.

⁵⁴ HUNGRIA, Nelson. **Comentários ao Código Penal**, artigos 75 ao 101. Rio de Janeiro, Forense, vol. III, 1959, p. 18.

⁵⁵ “Ao materialismo biológico de Lombroso, no sentido de que o crime é um fenômeno natural, aliou-se o materialismo sociológico de Lacassagne, no sentido de que o crime é uma resultante do meio social. Assim, sendo o crime produto de fatores endógenos e exógenos, *necessariamente* atuantes sobre a vontade, não podia ser o delinquente submetido a *pena-castigo*, que pressupõe a censurabilidade ética, e esta a possibilidade de livre escolha entre o bem e o mal. Contra o criminoso somente caberiam medidas profiláticas ou de defesa, na proporção do *perigo* que representa para a segurança social. [...] Ao invés de *castigado* ou *punido*, o delinquente devia ser *reeducado*, *socialmente readaptado* ou, quando não fosse isso possível, submetido a segregação indefinida, embora sem qualquer objetivo de expiação”. HUNGRIA, Nelson. **Comentários ao Código Penal**, artigos 75 ao 101. Rio de Janeiro, Forense, vol. III, 1959, p. 19.

explica sobre a subordinação do fim da aplicação da medida de segurança à cessação da periculosidade. A tentativa de frear o mal da reincidência aliada a necessidade de defesa social, preconizou um tempo de duração indeterminado ou “cuja duração estivesse condicionada à persistência do estado de incorreção do condenado”.⁵⁶

À luz do Código Penal de 1940, na redação original do art. 81, a medida de segurança não seria revogada enquanto não fosse realizado exame que provasse que o indivíduo deixou de ser perigoso. No mesmo sentido, segundo o parágrafo 3º do art. 91, o juiz poderia determinar a internação em casa de custódia e tratamento, bem como poderia cessá-la, desde que levasse em consideração a perícia médica. Vislumbra-se a partir da redação original do código penal o nascimento do caráter perpétuo do instituto da medida de segurança através do condicionamento do seu fim à perícia médica que atestasse a cessação da periculosidade do agente, assunto que será melhor explicitado posteriormente.

Consideradas todas as mudanças no âmbito da compreensão sobre o crime, as noções de culpabilidade e a própria evolução da ciência jurídica, a Lei nº 7.209 de 11 de julho de 1984 reformou totalmente a Parte Geral do Código Penal de 1940. Considerando as principais modificações, tem-se a mais relevante, qual seja, o abandono do sistema duplo binário da redação anterior, que como já fora mencionado, possibilitava a aplicação cumulativa da pena e da medida de segurança. Baseado no critério biopsicológico da responsabilidade penal, o sistema duplo binário deu lugar ao unitário ou vicariante. Assim, a pena e a medida de segurança passaram a ser aplicadas de forma alternativa e não mais de forma cumulativa. É o que se depreende da Exposição de Motivos do Código Penal vigente, nº 211, de 9 de maio de 1983, feita pelo então Ministro de Justiça Ibrahim Abi-Ackel:

87. Extingue o Projeto a medida de segurança para o imputável e institui o sistema vicariante para os fronteirços. Não se retomam, com tal método, soluções clássicas. Avança-se pelo contrário, no sentido da autenticidade do sistema. A medida de segurança, de caráter meramente preventivo e assistencial, ficará reservada aos inimputáveis. Isso, em resumo, significa: culpabilidade – pena; periculosidade – medida de segurança. Ao réu perigoso e culpável não há razão para aplicar o que tem sido, na prática, uma fração de pena eufemisticamente denominada medida de segurança.⁵⁷

Dessa maneira, conforme se deflagra do Código Penal brasileiro, baseado na inimputabilidade psíquica:

Art. 26 - É isento de pena o agente que, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente

⁵⁶ HUNGRIA, Nelson. **Comentários ao Código Penal**, artigos 75 ao 101. Rio de Janeiro, Forense, vol. III, 1959, p. 20.

⁵⁷ BRASIL. Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. **Código Penal, 1940.**

incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.⁵⁸

O ordenamento jurídico vigente exige a imputabilidade como requisito para aplicação da pena, na ausência dessa condição, torna-se o indivíduo inimputável, devendo ser submetido à medida de segurança. Nesse contexto temos também a figura do agente semi-imputável, aquele que no momento da conduta ou da omissão delitiva, não era totalmente capaz de entender o caráter antijurídico dos seus atos ou de comportar-se da forma que espera o direito. Nesses casos, o indivíduo terá a sua pena reduzida de um a dois terços (art. 26, parágrafo único) ou terá a pena substituída por medida de segurança se verificada a necessidade de tratamento curativo (art. 98).⁵⁹ Por fim, a medida de segurança pode ser aplicada ao indivíduo imputável que foi condenado pela prática de um crime, mas ao qual, durante o cumprimento da pena, sobreveio uma doença mental (art. 41 do CP e art. 183 da Lei de Execuções Penais).

Vê-se diante disso que a legislação atual delimita com muita precisão o direcionamento de cada infrator, considerando elementos estruturantes da concepção de crime, quais sejam, a culpabilidade e a periculosidade. Em resumo, nos ensina Salo de Carvalho a esse respeito que

[...] o direito penal brasileiro trabalha com distintas respostas jurídicas aos autores de condutas consideradas ilícitas: *primeira* aplicação de pena ao imputável; *segunda*, aplicação de pena reduzida ou de medida de segurança ao semi-imputável; *terceira*, aplicação de medida de segurança ao inimputável psíquico [...].⁶⁰

Portanto, quando se está diante de um fato típico e antijurídico praticado por um inimputável, o mandamento penal é a internação do agente (art. 97) em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico, ou, na ausência deste, em outro estabelecimento apropriado (art. 96, inciso I), sendo esta a medida de segurança do tipo detentiva. No entanto, se o crime praticado for punível com detenção, o juiz pode submeter o indivíduo a tratamento ambulatorial (art. 97), sendo esta a segunda modalidade de medida de segurança, a do tipo restritiva, de acordo com o art. 96, inciso II⁶¹ e o item 90 da Exposição de Motivos do Código penal vigente.

O que se pode perceber é que o critério determinante para definir o tipo de medida aplicada não é a necessidade do doente mental, e sim, a gravidade do delito, tal qual acontece na pena. Por essa razão, os dois institutos se aproximam, “ignorando a necessidade de se

⁵⁸ BRASIL. Decreto-lei n° 2.848, de 7 de dezembro de 1940. **Código Penal, 1940.**

⁵⁹ CARVALHO, Salo de. **Pena e medidas de segurança no direito penal brasileiro: fundamentos e aplicação judicial** – São Paulo: Saraiva, 2013.

⁶⁰ CARVALHO, Salo de. **Pena e medidas de segurança no direito penal brasileiro: fundamentos e aplicação judicial** – São Paulo: Saraiva, 2013, p. 499-500.

⁶¹ BRASIL. Decreto-lei n° 2.848, de 7 de dezembro de 1940. **Código Penal, 1940.**

verificar, no caso concreto, qual seria o tratamento adequado para o controle do transtorno mental”.⁶² É válido ressaltar que a previsão em abstrato da reclusão ou detenção como único critério para a definição da espécie de medida aplicada foge à previsão constitucional de individualização da sanção penal, nesse caso, da medida de segurança, indo de encontro à estrutura principiológica que conduz a aplicação das sanções. Além disso, obsta a diretriz de excepcionalidade da internação, que possui, apesar de não almejar, um caráter aflitivo, assemelhando-se e muito à pena aplicada aos imputáveis.⁶³

Conforme apontado, a periculosidade do agente é o fundamento precípua para imposição de medida de segurança, mas o código penal não a define precisamente. Tal lacuna será mais bem explicitada no próximo capítulo, dedicado à discussão dessa definição – ou à justificação da ausência dela. Por hora, é necessário compreender que o código foi categórico ao autorizar a internação dos indivíduos inimputáveis através da presunção da periculosidade⁶⁴, o que denota uma grave violação de direito individual. Essa presunção absoluta, considerada pelo legislador em razão da gravidade do delito praticado, “não se coaduna a uma ótica proporcional e consentânea a uma interpretação sistemática do ordenamento jurídico”,⁶⁵ afrontando o direito em vários pontos.

A presunção da periculosidade do inimputável por si só vai de encontro a princípios do Estado Democrático de Direito ferindo garantias individuais mínimas que todo cidadão deve ter a sua disposição. Além disso, o que se pode perceber é uma situação de inconstitucionalidade, pois, de um lado, em decorrência dessa presunção, o doente mental é evidentemente tratado de forma mais gravosa que o imputável, que está cercado de medidas despenalizantes, como a substituição da pena privativa de liberdade por restritiva de direito e progressão de regime, e que só cumpre pena pelo crime que efetivamente cometeu. De outro lado, o prognóstico de que o inimputável é perigoso fere o princípio da presunção de

⁶² PRADO, Alessandra Mascarenhas e SHINDLER, Danilo. A medida de segurança na contramão da Lei de Reforma Psiquiátrica: sobre a dificuldade de garantia do direito à liberdade a pacientes judiciários. **Revista Direito GV**. 2017, v. 13, n. 2, pp. 628-652.

⁶³ CARVALHO, Salo de. **Pena e medidas de segurança no direito penal brasileiro**: fundamentos e aplicação judicial. – São Paulo: Saraiva, 2013.

⁶⁴ Ressalva seja feita quando a presunção da periculosidade. O já citado art. 26, *caput*, cuida da periculosidade presumida por lei em razão da inimputabilidade do agente. O parágrafo único do mesmo artigo, cuida da periculosidade real, ou seja, aquela que será aferida pelo juiz para aplicação de pena reduzida ou aplicação de medida de segurança. No caso do *caput* estaremos diante de uma sentença de absolvição de caráter impróprio; nas hipóteses do parágrafo único, aplicáveis aos semi-imputáveis, o magistrado condenará o réu, realizará a dosimetria da pena e só após isso substituirá a pena por internação ou tratamento ambulatorial, caso se mostre necessária o tratamento curativo. TRISTÃO, Adalberto Dias. **Sentença criminal**: prática de aplicação de pena e medida de segurança. 5 ed. – Belo Horizonte: Del Rey, 2001.

⁶⁵ OLIVEIRA, Flávio Antônio de. Reflexo derogatório da sistematização da Medida de Segurança detentiva do Código Penal sob a vigência da Lei Antimanicomial à luz dos princípios constitucionais e da prevalência dos direitos humanos. **Revista Eletrônica Direito e Política**, Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Ciência Jurídica da UNIVALI, Itajaí, v.12, n.2, 2º quadrimestre de 2017, p. 857.

inocência – cujo teor não abriga, certamente, fazer o agente pagar por crime que pode ou não vir a cometer.⁶⁶

A respeito da duração das medidas de segurança, podemos extrair do art. 97, §1º do CP, que “a internação ou tratamento ambulatorial, será por tempo indeterminado, perdurando enquanto não for averiguada, mediante perícia médica, a cessação de periculosidade. O prazo mínimo deverá ser de 1 (um) a 3 (três) anos”.⁶⁷ Da mesma forma que a periculosidade representa o fundamento/pressuposto para aplicação das medidas de segurança, é também ela o fundamento para a decretação do fim da medida. É o exame de cessação da periculosidade que legitima a saída do paciente do Hospital de Custódia e sua posterior liberação da medida de segurança, ainda que de forma condicional (art. 97, §3º).

O Exame de Verificação da Cessação da Periculosidade – EVCP, em regra, é realizado após transcorrido o prazo ultra mencionado, que determina a duração mínima da medida de segurança (art. 175 do CPP). Enquanto não se provar, através de avaliação médica, que o agente deixou de oferecer risco à sociedade, portanto, que deixou de ser perigoso, a medida será mantida, mesmo que ultrapasse o tempo máximo de cumprimento de pena, devendo o exame ser repetido anualmente ou a qualquer tempo se assim decidir o juiz da execução (art. 97, §2º, CP). Eis que emerge uma nova situação de violação de direitos, com o advento da Constituição Federal de 1988 (CF/88).

Ocorre que a indeterminação do prazo final de aplicação da medida representa uma verdadeira pena perpétua, evidentemente inconstitucional, conforme o inciso XLVII do art. 5º da CF/88, “o que torna a desinternação, após determinado tempo de aplicação da medida de segurança, um direito do paciente e um dever do Estado”⁶⁸. É sustentado por muitos estudiosos que o texto constitucional não recepcionou o art. 97 em razão da vedação expressa contida em seu conteúdo, tornando-o inaplicável. Porém, infelizmente, não é o que acontece na realidade. Muitos são os casos em que o agente inimputável, que praticou injusto penal ínfimo, é obrigado, por sua “periculosidade” presumida, a manter-se recluso em Hospital Psiquiátrico mais tempo do que o imputável que cometeu um crime grave – um homicídio qualificado, por exemplo.

⁶⁶ FÜHER, Maximilianus Roberto Ernesto. **Tratado da Inimputabilidade no direito penal**. São Paulo: Malheiros, 2000.

⁶⁷ BRASIL. Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. **Código Penal, 1940**.

⁶⁸ PRADO, Alessandra Mascarenhas e SHINDLER, Danilo. A medida de segurança na contramão da Lei de Reforma Psiquiátrica: sobre a dificuldade de garantia do direito à liberdade a pacientes judiciários. **Revista Direito GV**. 2017, v. 13, n. 2, pp. 628-652, p. 634.

O debate acerca da inconstitucionalidade do parágrafo 1º do artigo 97 chegou à apreciação do Superior Tribunal de Justiça (STJ), que editou a súmula 527⁶⁹ estabelecendo que a duração da medida de segurança não deve ultrapassar o máximo da pena prevista em abstrato para o crime cometido. Por outro lado, o Supremo Tribunal Federal (STF) possui entendimento⁷⁰ no sentido de que o limite da duração da medida de segurança é de 30 anos, por analogia ao que prevê o art. 75 do CP. Esse entendimento ainda vigora no Supremo Tribunal Federal tendo em vista que, mesmo com a alteração da duração máxima da pena, que passou para 40 anos - a partir da Lei 13.964/2019 -, a orientação foi ratificada em novas decisões sobre a matéria:

EMENTA: Penal e processual penal. Agravo regimental em habeas corpus. Crime de roubo. Prorrogação de medida de segurança. Jurisprudência do Supremo Tribunal Federal (STF). 1. **O entendimento do STF** é no sentido de que “a medida de segurança deve perdurar enquanto não haja cessado a periculosidade do agente, limitada, contudo, ao **período máximo de trinta anos**” (HC 97.621, Rel. Min. Cezar Peluso). 2. Seria necessário revolver fatos e provas para dissentir das premissas que embasaram a decisão da instância de origem, procedimento que não é possível na via processualmente restrita do habeas corpus. 3. Agravo regimental a que se nega provimento.

(HC 201120 AgR, Relator(a): ROBERTO BARROSO, Primeira Turma, julgado em 23/08/2021, PROCESSO ELETRÔNICO DJe-170. DIVULG 25-08-2021. PUBLIC 26-08-2021)⁷¹

Todas as incongruências, discussões acerca de inconstitucionalidades, as violações de direitos humanos individuais e as críticas ao caráter punitivo que passaram a fazer parte da aplicação e execução das medidas de segurança, possibilitaram o fortalecimento do movimento Antimanicomial, que desde o final da década de 80, se enraizava no Brasil. Nesse cenário, advém a Lei 10.216/2001 mudando completamente o estatuto jurídico e a lógica do tratamento dos portadores de sofrimento psíquico no ordenamento brasileiro. A nova lei se mostrou reflexo da intensa luta dos profissionais da saúde mental, que criticavam veementemente, a ineficiência da medida de segurança, naquilo que ela se propunha fazer – possibilitar a cura e a ressocialização do inimputável –, e a violação de direitos fundamentais dos pacientes com transtorno mental.⁷²

⁶⁹ BRASIL. Superior Tribunal de Justiça (3ª Seção). **Súmula n. 527**. O tempo de duração da medida de segurança não deve ultrapassar o limite máximo da pena abstratamente cominada ao delito praticado. Julgado em 13/05/2015.

⁷⁰ BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **HC 97.621/RS**, Rel. Min. Cezar Peluso, 2ª T., julg. 2/6/2009. Disponível em: <https://jurisprudencia.stf.jus.br>

⁷¹ BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **HC 201120**, Rel. Min. Roberto Barroso, 1ª T., julg. 23/8/2021. Disponível em: <https://jurisprudencia.stf.jus.br>, grifos nossos.

⁷² FREITAS, Sérgio Henriques Zandona e OLIVEIRA, Marcelo Matos de. A medida de segurança e os direitos humanos: a periculosidade à luz da Lei 10.216/2001 e da necessidade de limitação do poder punitivo do Estado. **Revista de Criminologias e Políticas Criminais**. Goiânia. v. 5, n. 1. p. 58 – 78. Jan/Jun. 2019.

A Lei 10.216/2001, popularmente conhecida por Lei Antimanicomial, tem por base a prevalência dos Direitos Humanos (art. 4º, CF), fundamento constitucional do estado democrático de direito. Sua máxima se encontra na desinternação progressiva e consequente fechamento dos manicômios judiciais, redirecionando o modelo assistencial de saúde mental no país e concedendo de volta ao inimputável o lugar do qual nunca deveria ter saído: o de sujeito de direitos.

Nesse sentido, um dos principais efeitos oriundos da nova lei foi a possibilidade de discussão sobre o fundamento das medidas de segurança, qual seja, a periculosidade. Pesquisas médicas indicavam que uma longa exposição à internação em nada contribuía para a normalização e neutralização da face “perigosa” do louco infrator, pelo contrário, “apenas agravava a situação do paciente, fazendo pouco ou quase nada a longo prazo”.⁷³ Algumas das questões mais primordiais da reforma psiquiátrica foram a

a) abordagem interdisciplinar da saúde mental, sem prevalência de um profissional sobre o outro; b) negativa do caráter terapêutico do internamento; c) respeito pleno da especificidade do paciente, e da natureza plenamente humana da sua psicose; d) discussão do conceito de "cura", não mais como "devolução" ao paciente de uma "sanidade perdida", mas como trabalho permanente de construção de um "sujeito" (eu) ali onde parece existir apenas um "objeto" de intervenção terapêutica (isso); e) a denúncia das estruturas tradicionais como estruturas de repressão e exclusão; f) a não-neutralidade da ciência; g) o reconhecimento da inter-relação estreita entre as estruturas psiquiátricas tradicionais e o aparato jurídico-policia.⁷⁴

A partir da reforma psiquiátrica a concepção de periculosidade do agente para fundamentar a aplicação das medidas de segurança deve ser abandonada, uma vez que o caráter terapêutico da medida foi desbancado por diversos psiquiatras. Sem fazer distinção, a Lei Antimanicomial, logo em seu art. 2º, parágrafo único, prevê como direito da pessoa portadora de transtorno mental, independentemente da sua condição, o melhor tratamento, por meio do Sistema de Saúde, de acordo com suas necessidades (inciso I). Além disso, prevê tratamento humanizado e respeitoso com objetivo exclusivo de beneficiar a saúde do doente mental, almejando sua recuperação através da inserção na família, na comunidade e no trabalho (inciso II).⁷⁵

O artigo 4º, *caput*, da referida lei, dispõe que “a internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem

⁷³ FREITAS, Sérgio Henriques Zandona e OLIVEIRA, Marcelo Matos de. A medida de segurança e os direitos humanos: a periculosidade à luz da Lei 10.216/2001 e da necessidade de limitação do poder punitivo do Estado. **Revista de Criminologias e Políticas Criminais**. Goiânia. v. 5, n. 1. p. 58 – 78. Jan/Jun. 2019, p. 63.

⁷⁴ JACOBINA, Paulo Vasconcelos. Direito penal da loucura: Medida de Segurança e Reforma Psiquiátrica. **Revista de Direito Sanitário**, vol. 5, n. 1, p. 67-85, março de 2004, p. 74.

⁷⁵ BRASIL. **Lei 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília. 2001.

insuficientes”,⁷⁶ evidenciando, então, a subsidiariedade da internação. O mesmo artigo ainda menciona que o tratamento em regime de internação deverá oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtorno mental, incluindo serviços de assistência médica, social, psicológica, entre outras (§1º), além de vedar a internação em instituições com características asilares que não assegurem todos os direitos elencados no artigo 2º (§3º).⁷⁷

Mesmo após 20 anos de vigência, a Lei 10.216/2001 é relativizada e os defensores da não revogação dos artigos da legislação penal acerca das medidas de segurança continuam a defender seus posicionamentos. Em suma, para estas pessoas nada teria mudado porque o código penal seria lei especial em face da Lei Antimanicomial, que apenas dispõe de forma geral sobre os portadores de doença mental sem fazer referência aos casos de prática de ilícitos penais. O STJ já manifestou entendimento⁷⁸ no sentido de que o artigo 97 do CP não foi revogado, tão somente passou a ter sua aplicabilidade mitigada diante da nova lei (10.216/2001), não sendo, portanto, aplicado de forma literal. Dessa forma, mesmo que o inimputável tenha praticado um fato previsto como crime punível com reclusão, será possível submetê-lo a tratamento ambulatorial se ficar demonstrado que essa é a medida de segurança que melhor se ajusta ao caso concreto.

Entretanto, apesar da possibilidade de mitigação, o que se pode perceber no atual cenário do sistema judicial brasileiro são manobras no sentido de justificar a aplicação da medida de segurança ainda fundamentada na periculosidade do agente. Mesmo diante das alterações legislativas propostas, a internação do doente mental é utilizada como primeira opção por muitos juízos, descumprindo o mandamento da Lei Antimanicomial, que conforme já mencionado, preconiza o esgotamento dos métodos extra-hospitalares antes de determinar a internação.⁷⁹

⁷⁶ BRASIL. **Lei 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília. 2001.

⁷⁷ BRASIL. **Lei 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília. 2001.

⁷⁸ [...] 6. Para uma melhor exegese do art. 97 do CP, à luz dos princípios da adequação, da razoabilidade e da proporcionalidade, não deve ser considerada a natureza da pena privativa de liberdade aplicável, mas sim a periculosidade do agente, cabendo ao julgador a faculdade de optar pelo tratamento que melhor se adapte ao inimputável. 7. Deve prevalecer o entendimento firmado no acórdão embargado, no sentido de que, em se tratando de delito punível com reclusão, é facultado ao magistrado a escolha do tratamento mais adequado ao inimputável, nos termos do art. 97 do Código Penal. [...] BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **EREsp 998.128/MG**, Rel. Ministro RIBEIRO DANTAS, TERCEIRA SEÇÃO, julgado em 27/11/2019, DJe 18/12/2019.

⁷⁹ FREITAS, Sérgio Henriques Zandona e OLIVEIRA, Marcelo Matos de. A medida de segurança e os direitos humanos: a periculosidade à luz da Lei 10.216/2001 e da necessidade de limitação do poder punitivo do Estado. **Revista de Criminologias e Políticas Criminais**. Goiânia. v. 5, n. 1. p. 58 – 78. Jan/Jun. 2019.

Destarte, baseado no posicionamento certo de Oliveira e Freitas⁸⁰, o que se questiona aqui é a legitimidade das decisões que mantêm a aplicação de tratamento coercitivo por tempo indeterminado cujo fundamento é a manutenção da periculosidade atestada em exame médico. Longe de desmerecer a perícia médica, que se mostra fundamental para ordenamento jurídico, o que se rebate aqui é: considerando o Estado Democrático de Direito, como considerar legítimo perpetuar a cultura do encarceramento do louco infrator baseado no futuro e em juízo de probabilidade?

A Lei Antimanicomial deixa evidente a inadequação normativa e conceitual do fundamento das medidas de segurança: a periculosidade. A grande discussão, para além das tantas que existem a esse respeito, gira em torno da manutenção e execução das medidas de segurança ainda ser fundada em um exame que averigua o nível de perigo de um indivíduo. De fato, o que se pode perceber diante de todo o exposto é que, quando se trata do inimputável a legislação penal “mostra-se menos como direito penal do fato e mais como do autor ao persistir na existência da periculosidade como critério autorizador da medida de segurança”.⁸¹

3. A PERICULOSIDADE CRIMINAL: A RELAÇÃO ENTRE O SABER MÉDICO E O SABER JURÍDICO.

3.1 O estigma da presunção de periculosidade do louco infrator.

Conforme mencionado no capítulo anterior, a legislação brasileira, apesar de usar a periculosidade como o pilar da medida de segurança, em momento algum a define precisamente. Assim, ficou a cargo da doutrina e da jurisprudência, pautadas no saber médico-psiquiátrico, conceitua-la minimamente. A grande razão para tal lacuna legal encontra-se na indefinição do conceito na própria psiquiatria. Assim como ocorre com a definição de loucura, não há consenso sobre a periculosidade, o que permite que cada médico psiquiatra a conceitue de modo diverso. Nesse sentido, falar sobre o passado é necessário para que possamos compreender o presente e ao menos identificar as razões que dificultam o abandono do conceito de periculosidade no nosso sistema judicial. Ademais, é no passado que se encontram as raízes do estigma da presunção da periculosidade do doente mental.

⁸⁰ FREITAS, Sérgio Henriques Zandona e OLIVEIRA, Marcelo Matos de. A medida de segurança e os direitos humanos: a periculosidade à luz da Lei 10.216/2001 e da necessidade de limitação do poder punitivo do Estado. **Revista de Criminologias e Políticas Criminais**. Goiânia. v. 5, n. 1. p. 58 – 78. Jan/Jun. 2019, p. 64-65.

⁸¹ FREITAS, Sérgio Henriques Zandona e OLIVEIRA, Marcelo Matos de. A medida de segurança e os direitos humanos: a periculosidade à luz da Lei 10.216/2001 e da necessidade de limitação do poder punitivo do Estado. **Revista de Criminologias e Políticas Criminais**. Goiânia. v. 5, n. 1. p. 58 – 78. Jan/Jun. 2019, p. 65.

Já se mencionou que o conceito de periculosidade criminal nasceu no seio da escola positivista do direito penal, no final do século XIX. Diferentemente do direito penal clássico, que se apoiava na gravidade do delito para estabelecer uma punição correspondente, a escola positiva do direito penal via no delito um claro sintoma da periculosidade, um verdadeiro indicador da face criminal. O criminoso passou a pertencer a uma classe especial, sendo portador de anormalidades somato-psíquicas. O crime passa a abranger outras questões além da moralidade, abrangendo também as áreas médicas, psicológicas e sociológicas.⁸² Assim, a escola positivista deslocou o objeto da investigação criminal, que deixou de ser o fato e passou a ser o homem, priorizando-se o estudo da *personalidade perigosa* do delinquente.

Tal personalidade tornou-se motivo de conflito entre a sociedade, que possuía seus interesses protegidos pela norma, e o criminoso, cuja personalidade se encontrava deteriorada.⁸³ Nesse sentido, o “direito penal tornar-se-ia num grande direito sanitário, e seu fundamento lastrar-se-ia na periculosidade, e não na culpabilidade”.⁸⁴ Ao julgar alguém, o crime cometido (ou que crime que poderia ser cometido) passou a servir de norte, um referencial para o prognóstico da personalidade criminosa/periculosa do indivíduo.

O Direito Penal passa a ser a prevenção de crimes futuros e inevitáveis, a serem cometidos por esse sujeito irremediavelmente mau contra os demais sujeitos irremediavelmente bons, a quem compete proteger para zelar por uma evolução adequada da sociedade. É a aplicação estrita do determinismo social ao direito.⁸⁵

Sérgio Carrara indica que, já no início do século XIX, os alienistas “foram chamados pelos tribunais para desvendar o ‘enigma’ que certos crimes lhes apresentavam”,⁸⁶ formando um sistema que tornou a figura do alienista indispensável ao aparelho judiciário. Pautado no pressuposto da existência de uma racionalidade inerente às ações humanas, esse sistema mostrava-se prejudicado quando emergiam ações criminosas que, por um lado, não possuíam razão aparente em termo de motivação para sua prática, mas que por outro lado, eram oriundas de indivíduos que não se encaixavam na sintomatologia da loucura, ou seja, eram ações sem razão aparente que não partiam de agentes delirantes.⁸⁷ Assim,

⁸² MECLER, Kátia. Periculosidade: Evolução e aplicação do conceito. **Rev. Bras. Crescimento Desenvolvimento. Hum.** 2010; 20(1): 70-82.

⁸³ FILHO, Francisco Bissoli. **O estigma da criminalização no sistema penal brasileiro: dos antecedentes à reincidência criminal.** Dissertação (Mestrado). Curso de Direito. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 1997.

⁸⁴ JACOBINA, Paulo Vasconcelos. Direito penal da loucura: Medida de Segurança e Reforma Psiquiátrica. **Revista de Direito Sanitário**, vol. 5, n. 1, p. 67-85, março de 2004, p. 72.

⁸⁵ JACOBINA, Paulo Vasconcelos. Direito penal da loucura: Medida de Segurança e Reforma Psiquiátrica. **Revista de Direito Sanitário**, vol. 5, n. 1, p. 67-85, março de 2004, p. 72.

⁸⁶ CARRARA, Sérgio. **Crime e loucura: o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século** – Rio de Janeiro: Ed UERJ; São Paulo: Ed USP, 1998, p. 70.

⁸⁷ CARRARA, Sérgio. **Crime e loucura: o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século** – Rio de Janeiro: Ed UERJ; São Paulo: Ed USP, 1998, p. 70

Nem lucros, nem paixões, nem qualquer interesse podiam ser imediatamente identificados como instigadores de certos comportamentos ou ações criminosas de indivíduos que não pareciam loucos, impedindo assim o bom funcionamento da máquina judiciária.⁸⁸

Os crimes que necessitavam de pareceres médicos demonstravam possuir outra estrutura. Neles, existia uma subversão imoderada de valores básicos, que se acreditava serem parte da própria natureza humana, como o amor materno ou a empatia ao sofrimento humano. Os infanticidas ou assassinos cruéis colocavam à prova a própria noção de humanidade, que, teoricamente, deveria compor a sua personalidade de forma intrínseca. Por essa razão, tais questões eram melhor interpretadas por meio das ciências biológicas e, através desses casos, desenvolveram-se as reflexões entre crime e loucura.⁸⁹

Dentro desse contexto, é necessário voltar às noções de monomania e degenerescência, já citadas no capítulo anterior, uma vez que compreendê-las de forma mais detalhada conduzirá à identificação das razões que transformaram o doente mental em um indivíduo temido.

A monomania correspondia a um delírio parcial, ligado a uma falsa ideia da realidade. Por exemplo, um dos tipos de monomaníaco é aquele cuja falsa ideia o conduz a acreditar que está sendo perseguido. Então, a partir disso, o indivíduo apresenta um conjunto de reações e comportamentos que seriam justificáveis, caso essa ideia fosse verdadeira. Em razão de serem parciais, esses delírios ficariam à espreita, podendo permanecer inidentificáveis pelas pessoas mais próximas do monomaníaco, uma vez que fora do delírio o agente demonstraria lucidez e coerência em seus atos, podendo ocultar a sua doença por muito tempo. No entanto, entendia-se que a perseguição da qual o monomaníaco fugia poderia chegar ao limite, ultrapassando a esfera da “normalidade” e fazendo-o reagir, tendo ímpeto de uma “pseudodefesa” a qualquer momento. Carrara explica que tal ato conservar-se-ia “incompreensível aos tribunais, caso os alienistas, com sua técnica e seu saber, não conseguissem ‘extrair’ e tornar público um delírio que se ocultava e que, por isso mesmo, tornava-se ainda mais perigoso”.⁹⁰

Concedia-se ao delírio tamanha relevância na identificação de um indivíduo com alienação mental devido à crença de que o pensamento delirante é sinal inequívoco do desgarramento da razão, uma demonstração clara de patologia e de anormalidade. Segundo

⁸⁸ CARRARA, Sérgio. **Crime e loucura**: o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século – Rio de Janeiro: Ed UERJ; São Paulo: Ed USP, 1998, p. 70.

⁸⁹ CARRARA, Sérgio. **Crime e loucura**: o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século – Rio de Janeiro: Ed UERJ; São Paulo: Ed USP, 1998, p. 71.

⁹⁰ CARRARA, Sérgio. **Crime e loucura**: o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século – Rio de Janeiro: Ed UERJ; São Paulo: Ed USP, 1998, p. 72.

Isaias Pessoti,⁹¹ as evidências mais nítidas de desarranjos ou lesões na mente eram erros de raciocínio, as ilusões e alucinações e, para além desses, o pensamento delirante. Segundo o autor, na vida de um homem normal poderiam até, em situações pontuais, existir momentos de erros no julgamento ou ilusões, mas de delírio não. A loucura passou a ter como elemento discriminante o delírio, “não há delírio sem loucura, nem loucura sem delírio”.⁹²

A monomania progressivamente passou a codificar uma perturbação mental, que já não fazia referência às desordens de inteligência ou a qualquer delírio, mas sim a atos inesperados e incontroláveis dos afetos e das paixões. Emergem, então, as noções de monomanias *raciocinantes* e instintivas, com doenças que se manifestariam de diversas formas:

Se a ausência do delírio é ainda mais notável nas monomanias instintivas e raciocinantes, a percepção da parcialidade do mal continua presente. Agora, porém, seria toda uma região do psiquismo, compreendendo discretamente as faculdades do “entendimento” (inteligência) da “vontade” e do “sentimento” (afetividade), que se apresentaria perturbada.⁹³

Segundo esse entendimento, o mal poderia atingir apenas a esfera da vontade dando origem a alienados obsessivos ou impulsivos cujas ações e reações seriam automáticas “implicando a submissão de toda a consciência a inclinação irreprimíveis, a desejos e impulsos irresistíveis”.⁹⁴ Esse tipo de monomania, em regra, evidenciava-se em surtos rápidos e repentinos, mas a perturbação mental estaria sempre presente, mesmo que de forma sutil. Os acometidos por tal tipo de monomania estariam dentro dos padrões do que se considerava normalidade no comportamento humano, mantendo uma vida comum, até terem um ato insano.⁹⁵

Por outro lado, considerava-se que o mal poderia atingir apenas a esfera do afeto ou a do sentimento – monomania *raciocinante* ou loucura moral, para os ingleses -, caracterizando indivíduos que apesar de lúcidos e inteligentes, eram maldosos, impiedosos e insensíveis. Na loucura moral, o mal “não só estaria presente como sempre visível, podendo, entretanto, ser mal interpretado”.⁹⁶ Aqui, os indivíduos demonstrariam um caráter indisciplinado, agressivo, cruel e amoral durante toda a vida.

⁹¹ PESSOTTI, Isaias. **O século dos manicômios**. São Paulo: Ed. 34, 1996.

⁹² PESSOTTI, Isaias. **O século dos manicômios**. São Paulo: Ed. 34, 1996, p. 30.

⁹³ CARRARA, Sérgio. **Crime e loucura**: o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século – Rio de Janeiro: Ed UERJ; São Paulo: Ed USP, 1998, p. 73.

⁹⁴ CARRARA, Sérgio. **Crime e loucura**: o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século – Rio de Janeiro: Ed UERJ; São Paulo: Ed USP, 1998, p. 73.

⁹⁵ CARRARA, Sérgio. **Crime e loucura**: o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século – Rio de Janeiro: Ed UERJ; São Paulo: Ed USP, 1998, p. 74.

⁹⁶ CARRARA, Sérgio. **Crime e loucura**: o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século – Rio de Janeiro: Ed UERJ; São Paulo: Ed USP, 1998, p. 74.

Dessa forma, ao longo do século XIX, graças à noção de monomania, principalmente a instintiva, a loucura passou a ser vista como algo mal, deixando de ser percebida como uma racionalidade que fora rompida pelo delírio. A insanidade agora significava a supressão de toda a consciência, adquirindo o poder de exteriorizar a verdadeira natureza humana e a capacidade de ser interiorizada, deixando de ser uma doença sintomatológica. Por essa razão, a capacidade de tornar-se invisível fez com que a loucura se transformasse em algo imprevisível e, por isso mesmo, perigosa.⁹⁷

Entretanto, não apenas a monomania foi peça chave na assimilação entre loucura e perigo. A partir da segunda metade do século XIX surgiu o conceito de degenerado. Segundo Carrara, “estes seres, embora continuassem a equacionar o crime nos jogos da sanidade/insanidade mental, permitiram, (...), que se esboçasse uma primeira ‘criminologia’, na forma de uma reflexão médica específica sobre o crime”.⁹⁸ Dessa forma, os médicos engrenaram questionamentos aos fundamentos do direito penal e assim também o faria a antropologia criminal posteriormente. De acordo com Morel, por entre as degenerações humanas o comportamento criminoso achava o seu espaço. O crime, tido como alienação moral, automaticamente fazia assimilar o criminoso a algo doentio e anômalo, sem, no entanto, atrela-lo irremediavelmente ao louco.

Se, na doutrina das monomanias, o crime é um episódio da loucura, na doutrina da degeneração, ele é, senão uma espécie de alienação, ao menos um parente muito próximo. Enquanto a reflexão em torno da monomania estabelece que um alienado às vezes pode cometer crimes e que existiriam formas mórbidas especialmente criminógenas, a reflexão em torno da degeneração estabelece, por seu lado, que grande parte dos criminosos, por serem criminosos, não deixa de apresentar algum grau de anormalidade psíquica. Enquanto a monomania parece incorporar à figura do louco a face do perigo e do crime, a degeneração claramente patologiza e medicaliza o crime.⁹⁹

Nos ensinamentos de Foucault, muito encontramos sobre o que o autor classificou como figuras que constituem o domínio da anomalia, dentre elas cumpre destacar duas: o monstro humano e o indivíduo a ser corrigido. No século XIX, a referência do monstro humano se encontrava na lei. Foucault ressalta que a concepção de monstro é fundamentalmente uma noção jurídica “pois o que define o monstro é o fato de que ele constitui, em sua existência mesma e em sua forma, não apenas uma violação das leis da

⁹⁷ CARRARA, Sérgio. **Crime e loucura**: o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século – Rio de Janeiro: Ed UERJ; São Paulo: Ed USP, 1998, p. 76.

⁹⁸ CARRARA, Sérgio. **Crime e loucura**: o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século – Rio de Janeiro: Ed UERJ; São Paulo: Ed USP, 1998, p. 81.

⁹⁹ CARRARA, Sérgio. **Crime e loucura**: o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século – Rio de Janeiro: Ed UERJ; São Paulo: Ed USP, 1998, p. 96-97.

sociedade, mas uma violação das leis da natureza”.¹⁰⁰ Portanto, trata-se de um domínio em parte jurídico e em parte médico. Em razão disso, muitos equívocos viriam a ser cometidos ao mesmo tempo em que alimentariam a perseguição do anormal. O insano era o grande modelo de todas as discrepâncias da natureza. Durante a passagem desse século, o grande problema revelado foi o de mensurar o quanto de monstruosidade existia por trás dos pequenos desvios e anomalias. O autor evidencia que:

Esses equívocos do monstro humano, que se alastram no fim do século XVIII e no início do século XIX, vão se encontrar presentes, vivazes, atenuados e claro, discretos, mas ainda assim realmente ativos, em toda essa problemática da anomalia e em todas as técnicas judiciais ou médicas que no século XIX vão girar em torno da anomalia. Digamos numa palavra que o anormal (e isso até o fim do século XIX talvez XX; (...)) é no fundo um monstro cotidiano, um monstro banalizado. O anormal vai continuar sendo, por muito tempo ainda, algo como um monstro pálido.¹⁰¹

Partindo para a figura do indivíduo a ser corrigido de Foucault, este é, por definição, um ser incorrigível, isto é, aquele sob o qual devem recair inúmeras intervenções específicas, para além das oferecidas pelas técnicas familiares e corriqueiras de educação e correção. O incorrigível precisa de “uma nova tecnologia da reeducação, da sobrecorreção”.¹⁰² O feito de corrigir o incorrigível vai servir de alicerce para todas as instituições específicas voltadas aos anormais. Portanto, além do monstro empalidecido e banalizado, o anormal era um ser incorrigível, tornando-se centro dos estabelecimentos especializados na “correção” da incorrigibilidade.

Na prática jurídica do início do século XIX, será dado grande destaque ao monstro: ele é o grande problema, que instiga além do meio jurídico, o meio médico. Nesse contexto, Foucault explica que a “monstruosidade como manifestação natural da *contranatureza*, trazia em si um indício de criminalidade”.¹⁰³ O autor chama de “suspeita sistemática de monstruosidade” a probabilidade atribuída ao monstro (como o anormal) de ser criminoso e ressalta que o ato de relacionar o crime à patologia só se mostrou como manobra de uma nova economia de poder.

Ainda que o engatinhar do conceito de periculosidade, segundo Virgílio de Mattos, tenha acontecido em meio a revolução industrial do século XVIII, é no século XIX que o saber da psiquiatria em ascensão e do direito penal criam o “vago rótulo de ‘periculosidade’

¹⁰⁰ FOUCAULT, Michel. **Os anormais**: curso no collège de France 1974-1975. São Paulo: Martins Fontes, 2002, p. 71.

¹⁰¹ FOUCAULT, Michel. **Os anormais**: curso no collège de France 1974-1975. São Paulo: Martins Fontes, 2002, p. 71.

¹⁰² FOUCAULT, Michel. **Os anormais**: curso no collège de France 1974-1975. São Paulo: Martins Fontes, 2002, p. 73.

¹⁰³ FOUCAULT, Michel. **Os anormais**: curso no collège de France 1974-1975. São Paulo: Martins Fontes, 2002, p. 101.

que vigerá até os dias de hoje, depois de dois séculos”.¹⁰⁴ Entretanto, é necessário frisar que a construção do conceito não se deu de forma imediata. Como narrado ao longo desse trabalho, diversos juristas, médicos e própria sociedade contribuíram para a hoje esse conceito se tornasse sinônimo de doença mental.

Principalmente no decorrer do século XIX e início do século XX, a ascendente psiquiatria forense fez da medicina um ramo indispensável à execução do direito penal. A disputa pela “guarda” do louco criminoso mostrou-se verdadeiro embate entre quem detinha a propriedade de falar sobre a insanidade – ciência – e entre quem detinha a jurisdição sobre o autor do crime cometido. O ingresso do poder médico no aparelho judiciário era de fato um problema conflituoso, pois os médicos reivindicavam o direito de exercer seus conhecimentos sobre a instituição judiciária. A periculosidade se tornou, através das contribuições de ambos os saberes – jurídico e médico – o principal atributo do louco criminoso. O monstro incorrigível acometido pela loucura tornou-se mais uma questão de ordem pública do que de medicina, mas que validada por esta, a contenção do insano funcionará como instrumento claro da higienização pública.¹⁰⁵

Nas palavras de Carrara, as novas figuras de loucura descobertas pelos alienistas ao longo do século XIX certamente justificaram a resistência das estruturas asilares por séculos:

É a partir dessas novas figuras da loucura que o internamento asilar adquire a ambivalência que parece explicar porque ainda resiste há dois séculos: ele é prática terapêutica humanitária, mas é, ao mesmo tempo, prática de contenção relativa a uma loucura que, através dos movimentos incontidos dos monomaníacos, tornou-se incurável e perigosa.¹⁰⁶

No mesmo sentido, segundo Foucault, foi necessário “codificar a loucura como perigo, isto é, foi preciso fazer a loucura aparecer como portadora de certo número de perigos, como essencialmente portadora de perigos”.¹⁰⁷ Através disso, então, a psiquiatria, por ser o saber da doença mental, pôde de forma efetiva funcionar como ferramenta da higienização pública. Ainda segundo o autor:

(...) a psiquiatria, por um lado, fez funcionar toda uma parte da higiene pública como medicina e, por outro, fez o saber, a prevenção e a eventual cura da doença mental funcionarem como precaução social, absolutamente necessária para se evitar um

¹⁰⁴ MATTOS, Virgílio de. **Crime e psiquiatria**: uma saída: preliminares para a desconstrução das medidas de segurança – Rio de Janeiro: Revan, 2006, p. 57.

¹⁰⁵ MATTOS, Virgílio de. **Crime e psiquiatria**: uma saída: preliminares para a desconstrução das medidas de segurança – Rio de Janeiro: Revan, 2006, p. 57-58.

¹⁰⁶ CARRARA, Sérgio. **Crime e loucura**: o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século – Rio de Janeiro: Ed UERJ; São Paulo: Ed USP, 1998, p. 78.

¹⁰⁷ FOUCAULT, Michel. **Os anormais**: curso no collège de France 1974-1975. São Paulo: Martins Fontes, 2002, p. 149.

certo número de perigos fundamentais decorrentes da existência mesma da loucura.¹⁰⁸

A psiquiatria sempre procurou identificar o perigo que a loucura carrega, mesmo nos casos em que ela se manifesta de maneira suave e inofensiva. Toda essa manobra entre o saber jurídico e o saber médico se justifica porque o direito precisava da validação científica para conter o doente mental, pelo tempo necessário para fazer cessar sua periculosidade em nome da proteção do meio social. A própria medicina, para se justificar como intervenção científica da sociedade e como ciência da proteção social, demonstrou que apenas ela era capaz de “perceber, mesmo onde nenhum outro ainda pode ver, um certo perigo”,¹⁰⁹ justamente por ser a única detentora do conhecimento necessário para identificar tal condição.

Diante de crimes sem razão ou motivo aparente, a psiquiatria toma a frente da situação e evidencia que “ninguém mais poderia detectar antecipadamente esse crime [...] mas eu como saber, eu como ciência da doença mental, eu por conhecer a loucura, vou precisamente poder detectar esse perigo, que é opaco e imperceptível”.¹¹⁰ A partir desse comportamento, o saber médico psiquiátrico ganhou do saber jurídico um parecer de juízo incontestável. Ao juiz não mais caberia decidir sozinho sobre algo que desconhece, a loucura não faz parte da sua ciência, por isso, o saber jurídico concede ao saber médico a soberania sobre o doente mental infrator, colocando-se como dependente de laudos médicos que indiquem o nível de periculosidade da pessoa em sofrimento psíquico que infligiu a lei.

Evidentemente, o que acontece é um deslocamento de poder sobre o louco. Se a psiquiatria for capaz de identificar a razão no crime sem motivo, então o saber jurídico assume o direito de punir. Em contrapartida, se se evidencia um ato sem razão, o saber jurídico recolhe a sua competência e a entrega à psiquiatria. De toda forma, nas duas situações o médico psiquiatra torna-se indispensável e o seu saber, ao fim das análises, inquestionável. Quem mais saberia sobre a loucura, além da ciência que a estuda? Não haveria como um juiz, mero detentor do saber jurídico, identificar previamente a inclinação criminosa do louco. Apenas a psiquiatria conseguiria tal feito. Entretanto, embora esse conflito entre alienistas e juízes fosse real, a relação entre eles na época, segundo Carrara, se “pautava muito mais pela

¹⁰⁸ FOUCAULT, Michel. **Os anormais**: curso no collège de France 1974-1975. São Paulo: Martins Fontes, 2002, p. 149.

¹⁰⁹ FOUCAULT, Michel. **Os anormais**: curso no collège de France 1974-1975. São Paulo: Martins Fontes, 2002, p. 151.

¹¹⁰ FOUCAULT, Michel. **Os anormais**: curso no collège de France 1974-1975. São Paulo: Martins Fontes, 2002, p. 152.

complementariedade do que pela concorrência direta”.¹¹¹ Ou seja, a psiquiatria se impunha como saber necessário para o bom funcionamento do sistema penal.

A imprevisibilidade da loucura e a sua capacidade de se tornar invisível, validada e atestada pelo saber médico, acentuou o insistente estigma da presunção de periculosidade do acometido pela insanidade. Na realidade, cada passo da história contribuiu de forma significativa na construção desse estigma. Desde Esquirol e sua noção de monomania, partindo para a noção de degenerescência de Morel, seguindo para o criminoso nato de Lombroso e para as contribuições de Ferri e Garofalo e todas as outras tentativas de entender a correlação entre loucura e o crime que se sucederam, tem uma grande intersecção já evidenciada por Cohen:

Frequentemente se tenta fazer uma relação entre doença mental e crime, **concluindo-se, de forma preconceituosa, que a princípio o doente mental que infringe a lei é sempre socialmente perigoso, o que não é verdade.** [...] Relacionar a doença mental com o crime é a mesma coisa que tentar relacionar a genialidade ou a arte com a doença mental. Aliás, muitas pessoas fazem esse tipo de raciocínio quando explicam alguma conduta particular de um gênio ou de um artista como algum rasgo de loucura. Acredito que tanto a doença mental quanto a criminalidade ou a genialidade são atributos individuais e possuem diferentes qualidades; a sociedade atribui características incontrolláveis no comportamento desses indivíduos, portanto passam a ser vistos como pessoas socialmente assustadoras e ameaçadoras, taxados de monstros ou não humanos.¹¹²

Aquela primeira criminologia, que nascia em meio ao ideário de degenerescência citada por Carrara, vai manter um debate constante com a psiquiatria a partir da segunda metade do século XIX. Para a área médica, sempre foi importante confirmar a sua competência sobre a questão criminal. Mesmo com a cientificidade possibilitada por essa especialidade médica, o louco continuou sendo um indivíduo potencialmente perigoso, inclinado ao cometimento de delitos em razão da sua loucura, um retrato fiel da lição dos alienistas. A criminologia que se sucede pugna por uma transformação interna do direito penal, enquanto saber jurídico e social, atrelado às ciências humanas.¹¹³

Por outro lado, a psiquiatria como agente externo e teoricamente alheio ao meio criminológico, disputou o papel de gestora dos criminosos indicando uma linha tênue entre crime e doença mental. Se por um lado a criminologia almejava compreender o crime reconhecendo uma relação estável entre crime e loucura, a psiquiatria era a única que inequivocadamente externava que o criminoso *quase sempre* é um portador de doença mental.

¹¹¹ CARRARA, Sérgio. **Crime e loucura**: o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século – Rio de Janeiro: Ed UERJ; São Paulo: Ed USP, 1998, p. 78.

¹¹² COHEN, Cláudio. **Medida de segurança** – uma questão de saúde e ética. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2013, p. 39-40, destaques nossos.

¹¹³ RAUTER, Cristina. **Criminologia e subjetividade no Brasil** – Rio de Janeiro: Revan, 2003.

A psiquiatria foi além e *medicalizou* a noção de crime, transferindo para a sua esfera de poder a competência sobre o louco infrator.¹¹⁴

Não é difícil de identificar diante de toda essa mobilização sobre o louco infrator o porquê de ele continuar sendo refém de um conceito vago e impreciso. Por mais que ultimamente tenha havido esforços no sentido de desmistificar essa correlação automática à qual estamos sujeitos, o que acontece de fato é que essa associação advém, conforme explica Cohen,

[...] de um período de obscurantismo da nossa sociedade, quando ela segregava todas as pessoas que fossem consideradas diferentes da média politicamente correta, portanto teriam condutas incontroláveis, o que as tornariam perigosas. Naquele período, por medida de segurança, foram presos tanto os doentes mentais, os leprosos, os criminosos, as prostitutas, etc., pois eles foram considerados socialmente perigosos. Portanto, o único meio de defesa social para segregar e controlar essas pessoas foi criado pelo mecanismo da custódia em asilos.¹¹⁵

Ser complicado de desenraizar um conceito alimentado por séculos, inclusive por aqueles que juraram cuidar e zelar à vida humana, não significa ser impossível. Deve-se reconhecer que a nossa sociedade é imediatista, e por isso busca uma explicação lógica, fácil e “aceitável” para as violações dos pactos sociais através do cometimento de crimes. Entretanto, não será associando doença mental ao crime que se encontrarão as razões da prática de atos manifestadamente reprováveis. A mente humana está entre as coisas mais enigmáticas do mundo. Por mais que a psiquiatria tenha se dedicado a compreender o comportamento humano e conseqüentemente a doença mental em si, não é justificável, proporcional e nem condizente com o Estado Democrático de Direito presumir perigoso e aprisionar, muitas vezes perpetuamente, o louco criminoso, por um crime que pode ou não vir a cometer.

3.2 A periculosidade como fundamento à aplicação, execução e manutenção das medidas de segurança no direito penal brasileiro.

A partir do século XX, o caminho que se abre almeja justificar o aprisionamento do indivíduo para além do um crime cometido. Há novas razões para o encarceramento, como a existência de uma doença que precisa ser curada. É a partir deste século, por exemplo, que o fluxo menstrual de uma mulher passa a ser visto como possível potencializador de manifestações criminosas; o homossexual é visto como doente que precisa de injeções hormonais para se curar. Enfim, a partir desse momento o que se vislumbra é a tendência de

¹¹⁴ RAUTER, Cristina. **Criminologia e subjetividade no Brasil** – Rio de Janeiro: Revan, 2003, p. 41-42.

¹¹⁵ COHEN, Cláudio. **Medida de segurança** – uma questão de saúde e ética. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2013, p. 40.

buscar solução para os crimes contra os costumes vigentes ou contra os comportamentos tidos como anormais à época, além de manifestar a necessidade de segregação dos indivíduos perigosos em prol da sociedade e da recuperação do segregado.¹¹⁶

Há uma doença com necessidade de cura. Logo, as prerrogativas são as de que se o indivíduo foi enclausurado, privado de garantias cidadãs básicas, é por razões que transpassam a esfera do cometimento do crime (é perigoso e, portanto, um delinquente em potencial). Prende-se em nome da cura e sob o argumento de ser o que o criminoso precisa. Como já dito, com o processo de medicalização da sociedade brasileira avançando, a psiquiatria passa a reivindicar competência exclusiva sobre a loucura. O que a ciência médica buscava era “medicalizar a lei, aproximar crime e doença mental, transferindo para o psiquiatra maior poder”.¹¹⁷ Entretanto, ao contrário do que se pode pensar, o que se vislumbra do relacionamento entre o saber médico e o saber jurídico é que

[...] a psiquiatria sempre pretendeu não foi libertar o louco-criminoso dos rigores da pena, mas modificar o destino desta classe de excluídos. Internados em hospícios, sob a guarda do psiquiatra, cumprem uma pena cuja finalidade é a cura, que pode se prolongar indefinidamente, até que ela pretensamente ocorra.¹¹⁸

O conceito de agente perigoso tornou-se a linha condutora no processo de desenvolvimento das legislações posteriores, tanto penais quanto psiquiátricas, e das políticas criminais que possuíam ligação com o indivíduo em sofrimento psíquico submetido ao sistema de justiça criminal. Com o nascimento do Código Penal Brasileiro de 1940, a periculosidade foi tomada como um pressuposto para a implementação da medida de segurança, sendo atestada por médico perito que emprestará confiança ao diagnóstico bem como legitimará a imposição da sanção.¹¹⁹

No entanto, com o advento da nova legislação penal, além de ser recolhido de imediato para início de um suposto tratamento, passou-se a exigir, para liberdade e retorno ao convívio social do inimputável, um laudo técnico de cessação da periculosidade, que ainda, pode ou não ser considerado pelo juiz em sua sentença, sendo esta uma perigosa ocasião de arbitrariedade. Cristina Rauter critica tal manobra e ratifica: “como se fosse possível afirmar

¹¹⁶ RAUTER, Cristina. **Criminologia e subjetividade no Brasil** – Rio de Janeiro: Revan, 2003, p. 39 e seguintes.

¹¹⁷ RAUTER, Cristina. **Criminologia e subjetividade no Brasil** – Rio de Janeiro: Revan, 2003, p.44.

¹¹⁸ RAUTER, Cristina. **Criminologia e subjetividade no Brasil** – Rio de Janeiro: Revan, 2003, p. 45.

¹¹⁹ BRANCO, Thaynara Castelo. **A (des)legitimação das medidas de segurança no Brasil** – 2. ed., ver. e ampl. – Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2018, p. 195.

para todo o sempre e independentemente das circunstâncias que nos cercam que qualquer um de nós não seja sempre um risco em potencial para a sociedade”.¹²⁰

A nova era penal (com o Código de 1940 e as posteriores alterações de 1984) inaugurou no Brasil procedimentos e métodos voltados a diagnosticar, estudar, analisar a história de vida dos condenados e a personalidades destes, de forma a “individualizar” o tratamento penal, bem como, possibilitar a previsibilidade de comportamentos delinquentes. De tal forma que para validar as situações como concessão de livramento condicional, alteração de regime (de fechado para semiaberto ou deste para o aberto) dentre outras, passaram a condiciona-las a pareceres, exames e laudos emitidos por quem detém autoridade para tal: psiquiatras, psicólogos e médicos.¹²¹

É sabido, e outrora fora mencionado, que a legislação penal vigente no Brasil determina que cabe ao perito psiquiátrico averiguar a cessação da periculosidade (art. 97, §1º, CP/1940). Entretanto, em meio a tantas questões que envolvem os laudos técnicos produzidos, podemos nos concentrar em um problema principal: a confiabilidade dos resultados.

Das duas uma: ou de fato eles constituem uma avaliação científica e, como tal, confiável, acerca de personalidade de alguém, ou se está diante de uma **perigosa fonte de arbitrariedade**. Através de um laudo psicológico, por exemplo, emite-se uma opinião ou julgamento que escapa ao controle do próprio examinando, ou de alguém não versado nos mesmos conhecimentos. Além disso, por se tratar de procedimento normalmente reconhecido como científico, **aceita-se sem muita discussão** que ele cumpra realmente o que a justiça espera dele: **fornecer uma espécie de retrato fiel daquilo que se passa no interior do indivíduo**, seus desejos, tendências, os motivos que o levaram ao ato criminoso e, ainda mais, uma previsão sobre as possibilidades de vir a reincidir no erro. De posse desta espécie de “radiografia” (ou **exercício de futurologia...**), a Justiça poderia enfim ter o respaldo seguro de uma ciência.¹²²

A pesquisadora Kátia Mecler, ao conduzir um estudo no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Heitor Carrilho (HCTPHH) no Rio de Janeiro, buscou refletir sobre a prática pericial em matéria de cessação de periculosidade, em razão da exigência legal do exame. Na pesquisa, foram examinados 114 (cento e quatorze) exames de cessação de periculosidade (ECP) e realizadas entrevistas com os peritos responsáveis pelos laudos. O que se pôde perceber, inicialmente, foi que “ao contrário dos demais laudos emitidos pelos peritos (Sanidade Mental e Dependência Toxicológica), os ECP não são sistematizados quanto a um

¹²⁰ MATTOS, Virgílio de. **Crime e psiquiatria**: uma saída: preliminares para a desconstrução das medidas de segurança – Rio de Janeiro: Revan, 2006, p. 25.

¹²¹ RAUTER, Cristina. **Criminologia e subjetividade no Brasil** – Rio de Janeiro: Revan, 2003, p. 83-84.

¹²² RAUTER, Cristina. **Criminologia e subjetividade no Brasil** – Rio de Janeiro: Revan, 2003, p. 84, destacamos.

padrão formal”.¹²³ Os laudos, segundo a pesquisadora, aparentemente deveriam conter os registros de todo o procedimento de perícia feita, mas a realidade é que eles são “bastante ‘econômicos’ em relação as informações”.¹²⁴

Na condução do estudo, Mecler e sua equipe elaboraram o que chamaram de “grade de critérios” de modo a avaliar, dentro de cada laudo, quais parâmetros era considerados pelos peritos e definir se estes foram de fato avaliados. A pesquisadora é enfática quanto a inexistência de formalidades na estrutura dos laudos produzidos o que significa dizer que, a rigor, não há obrigatoriedade no que tange a análise de determinados critérios: são considerados por alguns peritos e desconsiderados por outros. A discricionariedade mais uma vez se evidencia dando ao avaliador liberdade de considerar ou não os parâmetros que julga necessário, respaldado por sua formação científica, para descobrir se o indivíduo é ou não perigoso.

A título de exemplo, em relação às variáveis sociodemográficas, Mecler explica que geralmente, se encontram incompletas, apesar de serem informações básicas e de constituírem um dos critérios presentes no laudo. Quando consideradas, tais variáveis foram: idade, sexo, cor, estado civil, profissão e escolaridade. Quanto ao tempo de permanência na instituição, também usado como parâmetro no exame, fora pouco mencionado. Posteriormente, construiu-se e utilizou-se uma grade de critérios a partir das expressões utilizadas pelos peritos, que se repetiam e mudavam de laudo para a laudo. Mais uma vez, os parâmetros tiveram de ser destrinchados pela pesquisadora e sua equipe porque não estavam delimitados como critério sólido a ser avaliado.

A nova grade de critérios elaborada continha como parâmetro, por exemplo, a gravidade do delito (GD), mas a esse respeito Mecler assevera que “o item foi incluído como consequência da observação de que pouquíssimos laudos dão relevância à natureza do delito praticado pelo periciado”.¹²⁵ Na maioria dos laudos o que se encontrava era mera menção ao artigo do Código Penal correspondente ao crime cometido. Fora identificado também a utilização dos antecedentes criminais e psiquiátricos. Porém, assim como a gravidade do

¹²³ MECLER, Kátia. Periculosidade: Evolução e aplicação do conceito. **Rev. Bras. Crescimento Desenvolvimento. Hum.** 2010; 20(1): 70-82, p. 75.

¹²⁴ MECLER, Kátia. Periculosidade: Evolução e aplicação do conceito. **Rev. Bras. Crescimento Desenvolvimento. Hum.** 2010; 20(1): 70-82, p. 75.

¹²⁵ MECLER, Kátia. Periculosidade: Evolução e aplicação do conceito. **Rev. Bras. Crescimento Desenvolvimento. Hum.** 2010; 20(1): 70-82, p. 76.

delito, “encontrava-se diminuta ocorrência de menção da história criminal e psiquiátrica do periciado”.¹²⁶

Entretanto, na contramão da ínfima alusão aos critérios acima referidos nos laudos analisados, Mecler aponta que a sintomatologia, ou seja, a remissão ou a presença dos sintomas indicativos de periculosidade, foi mencionada com frequência nos pareceres. Ressalva seja feita, pois, esse critério bem como todos os outros foram construídos a partir de expressões utilizadas pelos peritos. No caso dos sintomas produtivos foi considerada menção à presença ou não de “‘alucinações’, ‘ideação delirante’, ‘agitação psicomotora’, ‘sintomatologia psicótica’, ‘crise convulsiva’ (no caso de pacientes epiléticos)”.¹²⁷

Outro parâmetro extraído pela pesquisadora a partir das expressões utilizadas pelos peritos foi o do apoio sociofamiliar. Observou-se intensa valorização deste item, muitas vezes traduzido nos laudos com a menção à frequência das visitas pelos parentes e familiares, à vontade desses de ver o periciado de volta ao lar e, por fim, o perigoso condicionamento do resultado do laudo à existência do apoio familiar. Em razão disso, caso ausente apoio familiar e ainda que evidenciado que o periciado deixou de ser perigoso de acordo com os outros critérios, poderia haver um resultado desfavorável ao periciado, deixando-se a pessoa em sofrimento mental enclausurado por mais tempo.

Desse modo, um exame que deveria se ater a atestar a existência ou não de um comportamento perigoso em determinado indivíduo, analisando diversos fatores para chegar a um resultado plausível, pode encontrar apenas na presença ou falta de apoio familiar a evidência irrefutável de perigo. “Um dos fatores mais relevantes que apareceu na leitura inicial dos laudos foi a situação sócio-familiar do periciado, isto é, me pareceu que uma família presente influenciava decisivamente nas conclusões dos peritos”.¹²⁸

Vê-se, portanto, que o que a pesquisadora elencou como parâmetro presente no laudo ocorreu pela observância à recorrência ou não das expressões utilizadas pelos avaliadores, o que denota a discricionariedade com que os exames são conduzidos, podendo gerar resultados extremamente discrepantes entre si, para um mesmo paciente avaliado por dois peritos distintos. Prova disso é o fato de que itens menos valorizados nos laudos analisados, como gravidade do delito e histórico psiquiátrico e criminal, podem ser (e são) critérios de grande importância de acordo com vários outros profissionais e métodos de avaliação mundo afora.

¹²⁶ MECLER, Kátia. Periculosidade: Evolução e aplicação do conceito. **Rev. Bras. Crescimento Desenvolvimento. Hum.** 2010; 20(1): 70-82, p. 76.

¹²⁷ MECLER, Kátia. Periculosidade: Evolução e aplicação do conceito. **Rev. Bras. Crescimento Desenvolvimento. Hum.** 2010; 20(1): 70-82, p. 76.

¹²⁸ MECLER, Kátia. Periculosidade: Evolução e aplicação do conceito. **Rev. Bras. Crescimento Desenvolvimento. Hum.** 2010; 20(1): 70-82, p. 77.

Em estudo conduzido pelos pesquisadores Laura Fernandes da Silva e Hugo Leonardo Rodrigues Santos, sobre as mulheres internadas no Manicômio Judiciário de Alagoas, também conhecido como Centro Psiquiátrico Pedro Marinho Suruagy, pôde-se perceber situação semelhante no que se refere à inconstância dos critérios avaliadores nos exames de cessação de periculosidade. Os pesquisadores analisaram 130 laudos psiquiátricos, sendo 84 relativos ao período entre 1979 a 1983 e outros 46 relativos ao período entre 2011 a 2016. O objetivo geral dos pesquisadores foi averiguar de que maneira “os saberes jurídicos e psiquiátricos foram empregados como instrumentos de disciplinamento e controle moral das pacientes”.¹²⁹ Além disso, buscou-se identificar se o referido hospital de custódia estava seguindo os ditames das alterações trazidas pela política antimanicomial.¹³⁰

De antemão, os pesquisadores ressaltam que apesar da existência de espaço de tempo considerável entre os períodos analisados, não foram notadas diferenças relevantes entre as estruturas dos laudos. De maneira geral, os campos a serem preenchidos pelos peritos diziam respeito a identificação, testes psicológicos, entrevista com paciente, antecedentes familiares e criminais, histórico da doença e conclusão.

Grandes pontos podem ser auferidos a partir da referida pesquisa, como a evidente seletividade, preconceito e mais uma vez, a arbitrariedade presentes nos laudos. O nível de escolaridade das pacientes foi uma informação que particularmente chamou a atenção dos pesquisadores. Dos 84 laudos analisados no primeiro período (1979-1983), em 44 deles as mulheres eram analfabetas. Já no segundo período (2011-2016), dos 46 laudos estudados, em 11 deles as mulheres eram analfabetas.¹³¹

O sistema penal brasileiro possui uma roupagem, ou melhor, um estereótipo do delinquente e, como já foi mencionado nesse capítulo, o portador de sofrimento mental também o possui. A criminologia é veemente no que diz respeito à equivocada e quase que automática assimilação que se costuma fazer entre as condições socioeconômicas de um indivíduo e a sua probabilidade de tornar-se um criminoso. No mesmo sentido, quando se faz referência à ligação (incomprovada até hoje pela psiquiatria) entre crime e doença mental, tem-se a “perfeita” concretização da exclusão, da segregação e do insistente distanciamento dos reféns do exame psiquiátrico. Evidencia-se o racismo, o desprezo e a indiferença com o

¹²⁹ SILVA, L. F. da; SANTOS, H. L. R. Análise histórico-crítica da construção de discursos nos diagnósticos psiquiátricos de mulheres no manicômio judiciário de Alagoas. **Direito Público**, [S. l.], v. 18, n. 98, 2021, p. 47.

¹³⁰ SILVA, L. F. da; SANTOS, H. L. R. Análise histórico-crítica da construção de discursos nos diagnósticos psiquiátricos de mulheres no manicômio judiciário de Alagoas. **Direito Público**, [S. l.], v. 18, n. 98, 2021, p. 46-47.

¹³¹ SILVA, L. F. da; SANTOS, H. L. R. Análise histórico-crítica da construção de discursos nos diagnósticos psiquiátricos de mulheres no manicômio judiciário de Alagoas. **Direito Público**, [S. l.], v. 18, n. 98, 2021, p. 54-55.

que o sistema punitivo trata o portador de sofrimento psíquico, conduzindo este ao esquecimento futuro.

O que se percebe, de fato, é uma maior leniência do sistema punitivo, no que diz respeito às pessoas dos estratos mais abastados da população. As informações constantes nos laudos sobre escolaridade e profissão das pacientes materializa esse processo de marginalização, visto que foram encontrados exames em que o nível intelectual das examinadas serviu para reforçar os diagnósticos de doença mental [...].¹³²

Para exemplificar o condicionamento dos resultados ao nível de escolaridade, os pesquisadores trouxeram vários laudos cujas expressões como “má organização intelectual e moral” e “baixo nível intelectual” demonstraram que o diagnóstico gerado não levou em conta somente dados “relativos ao sofrimento mental, no sentido patológico, mas considerou também outras valorações, que não são propriamente da alçada de um profissional da saúde ou do campo jurídico”¹³³ e em outros casos até foi suficiente para supor sintomas de esquizofrenia. De toda forma, dentro dos dois grupos temporais da pesquisa, no que tange ao nível de escolarização, notou-se que

[...] a maior parte das pacientes era mulher com baixo nível de educação formal e poder econômico, o que sugere a **existência de filtros seletivos para o encaminhamento e a manutenção de pacientes na instituição**. Desse modo, os aspectos dos diagnósticos apresentados nesse espaço demonstram a plasticidade dos conceitos de normalidade e anormalidade, utilizados pelo saber psiquiátrico para atuar sobre a vida de pessoas que, por várias razões, não se adaptam às regras sociais.¹³⁴

Ao lado da polêmica questão da hereditariedade, os pesquisadores também notaram ser esta de relevante importância para os peritos. Os arranjos familiares tiveram papel determinista na conclusão dos laudos. Um exame em específico, que tratou do caso de uma mulher que chegou ao Manicômio em 1978 por ter matado o seu marido, chamou a atenção. Isso porque o caso envolvia violência doméstica e abuso sexual por parte do marido da paciente e apesar da perícia não indicar existência de perturbação psíquica, foi diagnosticada com esquizofrenia.

Nesse caso, restou claro o caráter disciplinar da intervenção psiquiátrica, visto que o crime em si, reforçado pelo impacto de ter sido cometido contra o marido da autora, parece ter constituído causa suficiente para que a mulher fosse considerada como uma pessoa em sofrimento mental, sem que se levasse em conta as circunstâncias da relação marital violenta.¹³⁵

¹³² SILVA, L. F. da; SANTOS, H. L. R. Análise histórico-crítica da construção de discursos nos diagnósticos psiquiátricos de mulheres no manicômio judiciário de Alagoas. **Direito Público**, [S. l.], v. 18, n. 98, 2021, p.56.

¹³³ SILVA, L. F. da; SANTOS, H. L. R. Análise histórico-crítica da construção de discursos nos diagnósticos psiquiátricos de mulheres no manicômio judiciário de Alagoas. **Direito Público**, [S. l.], v. 18, n. 98, 2021, p. 57.

¹³⁴ SILVA, L. F. da; SANTOS, H. L. R. Análise histórico-crítica da construção de discursos nos diagnósticos psiquiátricos de mulheres no manicômio judiciário de Alagoas. **Direito Público**, [S. l.], v. 18, n. 98, 2021, p. 58, grifos nossos.

¹³⁵ SILVA, L. F. da; SANTOS, H. L. R. Análise histórico-crítica da construção de discursos nos diagnósticos psiquiátricos de mulheres no manicômio judiciário de Alagoas. **Direito Público**, [S. l.], v. 18, n. 98, 2021, p.60.

Do mesmo pensamento compartilha Rauter sobre o fator familiar e sua influência no resultado dos laudos. A autora indica ser característica desses laudos o determinismo cego que facilmente somaria carências familiares na infância com miséria e concluiria por tendência criminosa. Segundo ela, estaríamos diante de “uma concepção segundo a qual o indivíduo é escravo absoluto dos fatos concretos de sua vida pregressa, não lhe restando senão ‘cumprir seu destino criminoso’ já determinado pelas vicissitudes de sua vida familiar”.¹³⁶ No mesmo sentido se orienta Virgílio de Mattos, ao dizer que

Para o inimputável por sofrimento mental, nada. Nada além do regime fechado para sempre, travestido de “internação psiquiátrica”. Ou internação em decorrência de necessidade de defesa social. Ou prisão perpétua em função da periculosidade, que, em decorrência da lei, não podendo mais ser presumida, é esquecida na repetição burocrática dos laudos de cessação de periculosidade. Pior: **mesmo diante de um laudo negativo para a periculosidade, ainda se mantém portador de sofrimento ou transtorno mental segregado, desde que não tenha amparo familiar.** Podemos dizer, sem medo de exagero, que o portador de sofrimento mental recebe uma espécie de “nova condenação” a cada repetição de um laudo “positivo” para periculosidade.¹³⁷

Os pesquisadores puderam perceber o “modo como os saberes jurídico e psiquiátrico serviram como instrumentos para a imposição de disciplina e controle moral das pacientes”.¹³⁸ Da mesma forma, constataram que o Manicômio Judiciário de Alagoas não se mantinha completamente alinhado à política antimanicomial brasileira. Entretanto, pode-se perceber que a Reforma Psiquiátrica teve impacto sobre os laudos no segundo período analisado (2011-2016) em razão do maior número de encaminhamentos ao Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, na contramão, portanto, da adoção do enclausuramento institucional. Por fim, ressaltam os pesquisadores que

[...] deve-se ter em mente que os **laudos psiquiátricos precisam ser construídos a partir de parâmetros seguros, cientificamente verificáveis**, a fim de que sejam dirimidos os espaços de contingências e não sejam veiculadas análises arbitrárias sobre as pessoas examinadas. Sendo assim, entende-se que **não é razoável a elaboração de laudos que reforcem os estigmas da seletividade social**, interpretando-os como sintomas de patologias mentais. Tampouco é desejável que os exames se apresentem em desarmonia com as finalidades terapêuticas da medida de segurança, reforçando o aspecto punitivo do isolamento.¹³⁹

Encerrando o ciclo de análise de pesquisas acerca dos exames de cessação de periculosidade, convém destacar o olhar da pesquisadora Karinny Guedes de Melo Vieira

¹³⁶ RAUTER, Cristina. **Criminologia e subjetividade no Brasil** – Rio de Janeiro: Revan, 2003, p. 90.

¹³⁷ MATTOS, Virgílio de. **Crime e psiquiatria: uma saída: preliminares para a desconstrução das medidas de segurança** – Rio de Janeiro: Revan, 2006, p. 103-104, grifamos.

¹³⁸ SILVA, L. F. da; SANTOS, H. L. R. Análise histórico-crítica da construção de discursos nos diagnósticos psiquiátricos de mulheres no manicômio judiciário de Alagoas. **Direito Público**, [S. l.], v. 18, n. 98, 2021, p. 67.

¹³⁹ SILVA, L. F. da; SANTOS, H. L. R. Análise histórico-crítica da construção de discursos nos diagnósticos psiquiátricos de mulheres no manicômio judiciário de Alagoas. **Direito Público**, [S. l.], v. 18, n. 98, 2021, p.69, destaques nossos.

sobre os laudos produzidos nos processos da 16ª Vara Criminal de Maceió/AL. Foram analisados 38 processos e dentro deles, constavam 60 exames de cessação de periculosidade. Em 57% dos casos o laudo final era desfavorável ao periciado, e mesmo nos casos em que era favorável à desinternação, esta era 100% condicional, reforçando ainda mais a ideia de temeridade e de “perigo iminente” do portador de sofrimento mental.¹⁴⁰

Além disso, uma constatação relevante foi a de que apenas 25% dos exames faziam referência à expressão “periculosidade”, indicando que os peritos não faziam uso da terminologia que é mais utilizada pela doutrina jurídica e jurisprudência. Nas palavras da pesquisadora, “isto torna plausível perceber que, apesar de haver pacificação teórica quanto ao significado de periculosidade e sua cessação, na prática, ainda há discrepâncias”.¹⁴¹

Em um dos exames analisados, apesar de haver indicação da possibilidade de tratamento de determinada periciada em nível ambulatorial, uma ressalva logo foi apresentada pelo responsável pela condução do exame: não há como ser inequívoca a cessação da periculosidade. Ou seja, apesar de o resultado final ser favorável, o “risco” de o paciente alcançar extremos de agressividade em determinadas situações, seria plenamente possível. Por essa razão, a pesquisadora assevera:

Tal constatação, feita pelo próprio profissional da área de saúde mental, apenas corrobora a tese aqui defendida segundo a qual **a cessação da periculosidade não pode funcionar como fundamento da medida de segurança**, tendo em vista que **não pode ser verificada na prática**. Justamente pelo fato de essa espécie de exame girar em torno de conceitos tão abstratos, **foram encontrados muitos exames contraditórios e confusos**, sendo que na maioria deles não há, na conclusão, uma resposta clara quanto ao fato de ter cessado ou não a periculosidade.¹⁴²

Por outro lado, além das discrepâncias e contradições encontradas nos laudos, tem-se outra problemática voltada ao acompanhamento dos pacientes. A pesquisadora chegou à conclusão de que os psiquiatras que avaliam e conduzem os laudos deveriam estar acompanhando continuamente os pacientes periciados, não os avaliando de forma isolada em um momento específico.

Falta um pouco mais de aproximação entre o psiquiatra e o paciente, posto que é possível perceber a frieza e a falta de detalhes dos exames, sobretudo a partir dos

¹⁴⁰ VIEIRA, Karinny Guedes de Melo. **Cemitério dos esquecidos**: uma metáfora que questiona a noção de periculosidade a partir da experiência do Centro Psiquiátrico Judiciário. Dissertação (Mestrado). Curso de Direito. Maceió: Universidade Federal de Alagoas, 2018, p. 90 e seguintes.

¹⁴¹ VIEIRA, Karinny Guedes de Melo. **Cemitério dos esquecidos**: uma metáfora que questiona a noção de periculosidade a partir da experiência do Centro Psiquiátrico Judiciário. Dissertação (Mestrado). Curso de Direito. Maceió: Universidade Federal de Alagoas, 2018, p. 93.

¹⁴² VIEIRA, Karinny Guedes de Melo. **Cemitério dos esquecidos**: uma metáfora que questiona a noção de periculosidade a partir da experiência do Centro Psiquiátrico Judiciário. Dissertação (Mestrado). Curso de Direito. Maceió: Universidade Federal de Alagoas, 2018, p. 93-94, destaques nossos.

anos 2000, momento a partir do qual foi possível visualizar uma diminuição de psiquiatras que assinavam os exames, bem como a ausência de aprofundamento.¹⁴³

Some-se a isso outro preocupante fato que evidencia a inércia da estrutura judiciária brasileira: em 2011, 41% dos exames de cessação de periculosidade estavam em atraso no Brasil. O tempo de espera por um laudo psiquiátrico era de dez meses quando a legislação penal prevê 45 dias (art. 150, §1º do CPP). Para o exame de cessação de periculosidade, o tempo se alonga e alcança 32 meses.¹⁴⁴

Inúmeros são os casos de portadores de sofrimento mental em contato com o direito penal que aguardam, há anos, o laudo de cessação de periculosidade. E o mais perverso: outros, incontáveis, **mesmo com o laudo positivo para a cessação de periculosidade, aguardam pelo resto de suas vidas o único alvará de soltura possível: a morte.**¹⁴⁵

A conclusão a que se chega sobre a figura do exame de cessação de periculosidade para o judiciário brasileiro é se não uma ferramenta de controle social. O judiciário, na esfera das medidas de segurança, continua a apegar-se ao laudo para validar a internação excessivamente longa do portador de sofrimento mental e para tornar minimamente confiável o que se sabe ser bastante abstrato. Como bem assevera Rauter “o diagnóstico compre antes de tudo uma função de estigmatização e instrumentalização de procedimentos carcerários”.¹⁴⁶ Essa é, pois, a realidade de aplicação do vago conceito da periculosidade na esfera da aplicação, execução e manutenção das medidas de segurança no direito penal brasileiro. Uma realidade, acima de tudo, contraditória e certamente desprovida de amparo científico.

4 A MANUTENÇÃO DA MEDIDA DE SEGURANÇA FUNDADA NA PERICULOSIDADE: UM FUNDAMENTO DEFASADO.

4.1 O redirecionamento assistencial ao doente mental infrator: preponderância da Lei 10.216/2001 – novação da Resolução 487/2023 do CNJ.

Em 06 de abril de 2001, foi promulgada a Lei nº 10.216/2001 (Lei de reforma psiquiátrica), almejando-se implementar no Brasil, de forma mais concreta, a política antimanicomial que desde a década de 1970 crescia no país. A conquista dessa legislação refletia a “luta e discussão de profissionais da saúde mental, que criticavam, especialmente, a ineficiência da medida de segurança e sua patente violação a direitos fundamentais dos

¹⁴³ VIEIRA, Karinny Guedes de Melo. **Cemitério dos esquecidos**: uma metáfora que questiona a noção de periculosidade a partir da experiência do Centro Psiquiátrico Judiciário. Dissertação (Mestrado). Curso de Direito. Maceió: Universidade Federal de Alagoas, 2018, p. 94.

¹⁴⁴ DINIZ, Debora. **A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil**: censo 2011. Brasília: LetrasLivres: Universidade de Brasília, 2013, p. 17.

¹⁴⁵ MATTOS, Virgílio de. **Crime e psiquiatria**: uma saída: preliminares para a desconstrução das medidas de segurança – Rio de Janeiro: Revan, 2006, p. 92-93, grifamos.

¹⁴⁶ RAUTER, Cristina. **Criminologia e subjetividade no Brasil** – Rio de Janeiro: Revan, 2003, p. 86.

pacientes com transtorno mental e suas famílias”.¹⁴⁷ Entregar o portador de sofrimento mental ao sistema manicomial apenas tornava o problema mais crônico e a própria ciência foi capaz de reconhecer a ineficácia das medidas de segurança. Na prática, a reclusão manicomial ocasiona “o agravamento da condição psicótica e a perda da possibilidade de retorno social ao louco que penetra nesse sistema”.¹⁴⁸

Os ideais antimanicomiais liderados pelo francês Franco Basaglia (1924-1980) ganharam cada vez mais força e ao redor do mundo o movimento em pró da reforma psiquiátrica se tornou expressivo. No Brasil, uma grande inspiração para movimento o antimanicomial foi a médica psiquiatra alagoana Nise da Silveira (1905-1999) que buscou humanizar o tratamento aos portadores de sofrimento mental sendo “veementemente contrária às formas agressivas utilizadas para a contenção e o tratamento dos pacientes, como, por exemplo, o eletrochoque”.¹⁴⁹ Em 1946, ao recusar a aplicação do eletrochoque, Nise estabeleceu “um ato fundador e paradigmático de sua ruptura com o sistema psiquiátrico da época”.¹⁵⁰ Já na década de 40, a médica alagoana foi pioneira na terapia ocupacional tendo fundado a Casa das Palmeiras em 1956, sendo este um marco para a luta que se sucederia contra os hospitais psiquiátricos.

A partir da reforma, a ideia central na abordagem do paciente tornou-se a noção de cidadania atrelada à dignidade da pessoa humana, fundamentos estes da República Federativa do Brasil (art. 1º, inciso II e III da CF/88). Determinou-se um progressivo fechamento dos manicômios judiciários à medida que fossem criados métodos substitutivos, voltados fielmente ao tratamento do portador de sofrimento mental. Este deixaria de ser paciente para tornar-se usuário da saúde mental, mudando-se, assim, o método interventivo e o modo como a loucura deveria ser cuidada. Dessa forma,

Se um indivíduo está gravemente adoecido deve ter acesso à política de saúde pública, que é a instância competente para construir um projeto de assistência para dar tratamento à crise. Os profissionais de saúde mental são as autoridades competentes para estabelecer as bases do tratamento em casos em que a situação de

¹⁴⁷ FREITAS, Sérgio Henriques Zandona e OLIVEIRA, Marcelo Matos de. A medida de segurança e os direitos humanos: a periculosidade à luz da Lei 10.216/2001 e da necessidade de limitação do poder punitivo do Estado. *Revista de Criminologias e Políticas Criminais*. Goiânia. v. 5, n. 1. p. 58 – 78. Jan/Jun. 2019, p. 62.

¹⁴⁸ JACOBINA, Paulo Vasconcelos. Direito penal da loucura: Medida de Segurança e Reforma Psiquiátrica. *Revista de Direito Sanitário*, vol. 5, n. 1, p. 67-85, março de 2004, p. 74.

¹⁴⁹ VIEIRA, Kariny Guedes de Melo. **Cemitério dos esquecidos**: uma metáfora que questiona a noção de periculosidade a partir da experiência do Centro Psiquiátrico Judiciário. Dissertação (Mestrado). Curso de Direito. Maceió: Universidade Federal de Alagoas, 2018, p. 63.

¹⁵⁰ MELO, W.; FERREIRA, A. P. Clínica, pesquisa e ensino: Nise da Silveira e as mutações na psiquiatria brasileira. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, v. 16, n. 4, p. 555–569, dez. 2013, p. 560.

sofrimento mental é acentuada, e, para tanto, utilizam-se dos dispositivos da rede assistencial de cuidado psicossocial, previstos na Lei 10.216/2001.¹⁵¹

Contudo, antes mesmo do advento da lei antimanicomial no Brasil, diversos outros documentos importantíssimos emergiram possibilitando que o movimento antimanicomial ganhasse cada vez mais espaço e fazendo com que as legislações seguintes se espelhassem em suas diretrizes. Dentre eles, merece destaque a Declaração de Caracas de 1990 que marcou as reformas na atenção à saúde mental nas Américas. Foi verificado pelas organizações, associações, autoridades de saúde, profissionais de saúde mental, legisladores e juristas reunidos na Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica que o hospital psiquiátrico, sendo utilizado como único meio assistencial bem como o método convencional de assistência impossibilitam que objetivos compatíveis com um atendimento comunitário, participativo, integral, preventivo, contínuo e descentralizado sejam alcançados.¹⁵²

A declaração ainda pontua que as legislações dos países devem adaptar-se de forma a assegurar o respeito aos direitos humanos e civis daqueles em sofrimento psíquico além de declarar

1. Que a reestruturação da assistência psiquiátrica ligada ao Atendimento Primário da Saúde, no quadro dos Sistemas Locais de Saúde, permite a promoção de modelos alternativos, centrados na comunidade e dentro de suas redes sociais; 2. Que a reestruturação da assistência psiquiátrica na região implica em **revisão crítica do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico** na prestação de serviços;¹⁵³

Tal documento foi reflexo de uma intensa e longa luta pois ao longo da história as maiores e piores atrocidades foram cometidas contra os portadores de sofrimento mental. O estigma da periculosidade os fez serem e representarem um perigo para si e para os outros, devendo ser excluídos da sociedade, o que acontece até hoje, mesmo com uma forte força contrária que é o que o movimento antimanicomial. Entretanto, ressalte-se que o direito fundamental à atenção à saúde mental não ficou restrito à Declaração de Caracas de 1990. Diversos outros acordos, pactos e normas internacionais versaram a esse respeito. Portanto,

¹⁵¹ CARNEIRO, Hebert José Almeida. A dignidade dos cidadãos inimputáveis. **Responsabilidades**: Revista interdisciplinar do Programa de Atenção ao Paciente Judiciário, Belo Horizonte, v. 1, n. 1, p.23-36, mar. 2011, p. 25, destacamos.

¹⁵² ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. *Declaração de Caracas*. Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina no Contexto dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS). Caracas, Venezuela, 14 nov. 1990. Organização Mundial da Saúde, 1990.

¹⁵³ ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. *Declaração de Caracas*. Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina no Contexto dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS). Caracas, Venezuela, 14 nov. 1990. Organização Mundial da Saúde, 1990, destacamos.

convém mencioná-las para que se demonstre todo o aparato legislativo por trás da Lei 10.216/2001, que a fazem ser preponderante frente a legislação penal vigente no Brasil:

Declaração de Direitos Humanos da ONU (1948); Carta Social Europeia (1961); Convenção Internacional sobre a Eliminação de todas as formas de discriminação racial (1965); Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (1966); Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos (1966); Convenção para a Proteção dos Direitos Humanos e Liberdades Fundamentais; Convenção Americana sobre Direitos Humanos (1978); Convenção sobre a Eliminação de todas as formas de discriminação contra mulheres (1979); Convenção das Nações Unidas para a Prevenção da Tortura e Tratamento ou punição desumanos e degradantes (1987); Convenção Europeia para a Prevenção da Tortura e Tratamento ou punição desumanos ou degradantes (1987); Protocolo Adicional à Convenção Americana sobre Direitos Humanos na Área de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (1988); Carta Africana (Banjul) dos Direitos Humanos e dos Povos (1988); Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança (1989); Declaração de Caracas (1990); **Princípio das Nações Unidas para a Proteção de Pessoas com Enfermidade Mental e para a Melhoria da Atenção à Saúde Mental (1991)**; Declaração de Salamanca e Referencial para Ação em Educação de Necessidades Especiais (1994); Recomendação 1235 do Conselho da Europa sobre Psiquiatria e Direitos Humanos (1994); Declaração de Madri da Associação Psiquiátrica Mundial (1996); Recomendação da Comissão Interamericana sobre Direitos Humanos para a Promoção e Proteção dos Direitos dos Mentalmente Enfermos (2001).

Outro documento que merece atenção especial e é essencial para a luta antimanicomial é o Princípio das Nações Unidas para a Proteção de Pessoas com Enfermidade Mental e para a Melhoria da Atenção à Saúde Mental (1991). O primeiro princípio enunciado já postula que “todas as pessoas com doença mental, ou que estejam a ser tratadas como tal, serão tratadas com humanidade e respeito pela dignidade inerente à pessoa humana”.¹⁵⁴ Assim, conhecendo a realidade dos manicômios judiciais brasileiros e o efeito agravante que a reclusão causa na saúde mental dos reclusos, vê-se que a dignidade e a humanidade há muito foram esquecidas e ainda terminam relativizadas quando aprisionam o portador de sofrimento mental por tempo indefinido “em prol do bem social”, sendo esta a nefasta consequência da aderência à legislação penal em detrimento da lei antimanicomial.

Outra importante questão levantada está contida no quarto princípio, que trata do diagnóstico da doença mental. De acordo com o item 2, “o diagnóstico de doença mental nunca será efetuado com base na condição política, econômica ou social da pessoa [...]”¹⁵⁵ ou com base em qualquer outra razão que diretamente não possua ligação com o estado mental do periciado. No capítulo anterior restou provado a discricionariedade na condução dos exames de cessação da periculosidade e os divergentes critérios utilizados que acabam

¹⁵⁴ NAÇÕES UNIDAS. **Princípios das Nações Unidas para a Proteção das Pessoas com Doença Mental e para a Melhoria dos Cuidados de Saúde Mental**. Adaptada pela Resolução 46/119 da Assembleia Geral das Nações Unidas, de 18 de fevereiro de 1992. Nova Iorque: Nações Unidas; 1992.

¹⁵⁵ NAÇÕES UNIDAS. **Princípios das Nações Unidas para a Proteção das Pessoas com Doença Mental e para a Melhoria dos Cuidados de Saúde Mental**. Adaptada pela Resolução 46/119 da Assembleia Geral das Nações Unidas, de 18 de fevereiro de 1992. Nova Iorque: Nações Unidas; 1992.

variando de acordo com o profissional responsável pela perícia e que muitas vezes não possui relação direta com a condição mental do periciado, como o nível de escolaridade, o que vai no sentido oposto ao que recomenda o referido item.

No item 3 do mesmo princípio, o comando é bem inciso: “um conflito familiar ou profissional... nunca será um fator determinante no diagnóstico da doença mental”.¹⁵⁶ Mais uma vez, o que se pôde perceber na análise dos laudos no capítulo anterior vai na contramão do que prevê o documento uma vez que foi verificado o condicionamento do resultado da perícia à existência de relação boa relação familiar e ainda a questão da hereditariedade. Além disso, atesta o documento que o fato de anteriormente ter existido tratamento ou internamento em razão de saúde mental, por si só, não poderá justificar qualquer diagnóstico atual ou futuro de doença mental (item 4, princípio 4).

Acerca do tratamento do portador de sofrimento mental, o princípio 9 se encarrega de ratificar:

1. Cada paciente terá o direito a ser tratado no ambiente menos restritivo e com o tratamento menos restritivo ou intrusivo adequado às suas necessidades de saúde e à necessidade de proteger a segurança física de terceiros. [...]
4. **O tratamento de cada paciente será orientado no sentido da preservação e do reforço da sua autonomia pessoal.**¹⁵⁷

Não seria possível, nos limites deste trabalho, explanar especificamente sobre cada tratado, convenção ou pacto que versou sobre os direitos dos portadores de sofrimento mental. Por hora, com os exemplos mencionados, constata-se que cada um deles deu sua parcela de contribuição para a luta antimanicomial, indicando um forte movimento contra a manutenção dos manicômios judiciários e como esperado, surtiram efeito com o passar do tempo nas legislações de diversos países, incluindo o Brasil.

Toda a movimentação internacional em prol dos direitos humanos e a consequente ratificação dos documentos internacionais sobre essa matéria alcançaram o ordenamento jurídico interno brasileiro com mais veemência a partir da promulgação da Constituição da República de 1988, que trouxe no seu artigo 4º, inciso II, o princípio da prevalência dos direitos humanos, e com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS).¹⁵⁸ Ademais, a

¹⁵⁶ NAÇÕES UNIDAS. **Princípios das Nações Unidas para a Proteção das Pessoas com Doença Mental e para a Melhoria dos Cuidados de Saúde Mental.** Adaptada pela Resolução 46/119 da Assembleia Geral das Nações Unidas, de 18 de fevereiro de 1992. Nova Iorque: Nações Unidas; 1992.

¹⁵⁷ NAÇÕES UNIDAS. **Princípios das Nações Unidas para a Proteção das Pessoas com Doença Mental e para a Melhoria dos Cuidados de Saúde Mental.** Adaptada pela Resolução 46/119 da Assembleia Geral das Nações Unidas, de 18 de fevereiro de 1992. Nova Iorque: Nações Unidas; 1992, grifos nossos.

¹⁵⁸ O SUS foi instituído pela Constituição Federal de 1988, e é resultado dos artigos 6º: que reconhece a saúde como direito social; 196: que estabelece ser dever do Estado garanti-lo, mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde; 197: que externa ser de relevância pública as ações e serviços de saúde,

posteriori, em 1998, o Estado Brasileiro reconheceu a competência jurisdicional da Corte Interamericana dos Direitos Humanos (Decreto Legislativo nº 89/98). Dessa forma, pode-se considerar que o alinhamento do Brasil à sistemática internacional de proteção aos direitos humanos é relativamente recente.

No entanto, até mesmo as noções tradicionais de cidadania e dignidade da pessoa humana trazidas pela nova constituição brasileira, demonstram-se problemáticas quando se busca aplicá-las àqueles tidos como loucos. Dentro do complexo de direitos da magna carta, vê-se a limitação de sua aplicação quando se chega à esfera do criminoso, de forma ainda mais especial, do “louco criminoso”. Assim, questiona-se a própria constitucionalidade das medidas de segurança, já que, segundo autores como Paulo Jacobina, há inúmeras violações ao devido processo legal, ao princípio da ampla defesa e outros. Dessa forma, de acordo com o autor,

Estabelecer, portanto, a **constitucionalidade de um direito penal dirigido ao imputável, e baseado na periculosidade social (juízo para o futuro) e não na culpabilidade (juízo para o passado) é muito complicado**, do ponto de vista da afinação com a Constituição vigente. Submetê-lo a processo penal para aplicar-lhe uma medida de segurança é, em igual medida, complicadíssimo. Onde encontrar a culpa de quem é legalmente irresponsável? **Como garantir o devido processo penal a quem não pode sequer entender seus termos?** Como garantir a personalidade (a pena não deve passar da pessoa do condenado) se o louco deve ser absolvido e depois apenado?¹⁵⁹

O autor ainda explana que, para que as medidas de segurança fossem minimamente constitucionais, o texto deveria prever que ninguém seria considerado culpado *ou perigoso socialmente*, até que ocorresse o trânsito em julgado da sentença penal condenatória *ou de sentença penal absolutória* que reconhecesse a periculosidade. Segundo Jacobina, um texto escrito dessa forma “soaria profano aos ouvidos de qualquer constitucionalista, pelo grau de insegurança jurídica que ele geraria”.¹⁶⁰ Seria essa uma das razões da atual incompatibilidade entre as legislações penais (CP, LEP e CPP), a CF/88 e os princípios do SUS e da saúde pública que norteiam a Lei 10.216/2001.

Aqui vale o adágio: “*Dar a César o que é de César*”. Ao sistema de saúde, o que é da saúde; ao sistema de justiça, o que lhe compete; e ao cidadão aplica-se o que é de seu direito, bem como o que é do seu dever para com a sociedade. Nos últimos séculos, entretanto, **o princípio da presunção da periculosidade embaralhou e, conseqüentemente, dispôs as competências legítimas de cada sistema. O**

cabendo ao poder público dispor sobre sua regulamentação, execução e fiscalização; e 198: que determina a organização das ações e serviços públicos de saúde por meio de uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um sistema único. BRASIL, Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 5 out. 1988.

¹⁵⁹ JACOBINA, Paulo Vasconcelos. Direito penal da loucura: Medida de Segurança e Reforma Psiquiátrica. **Revista de Direito Sanitário**, vol. 5, n. 1, p. 67-85, março de 2004. p. 76, grifamos.

¹⁶⁰ JACOBINA, Paulo Vasconcelos. Direito penal da loucura: Medida de Segurança e Reforma Psiquiátrica. **Revista de Direito Sanitário**, vol. 5, n. 1, p. 67-85, março de 2004, p. 77.

saldo dessa confusão tem sido a violação dos direitos dos cidadãos portadores de sofrimento mental.¹⁶¹

Fala-se nos princípios do SUS e da saúde pública pois são nestes que a lei antimanicomial se encontra lastreada, uma vez que versa sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, redirecionando o modelo assistencial em saúde mental. É a partir do princípio da dignidade da pessoa humana que emergem o direito à saúde e o acesso a justiça que quando negados ao portador de sofrimento mental evidenciam a violação pelo Estado dos princípios e garantias individuais contribuindo para agravamento do sofrimento mental.

Frise-se que a lei 10.216/2001 em nenhum momento excepciona o seu alcance aos portadores de sofrimento mental que cometeram crimes. Assim, as suas diretrizes aplicam-se a todos nessa condição, sem exceções ou discriminações, sendo este, inclusive, o primeiro mandamento do seu texto (art. 1º). Para Jacobina, os princípios do SUS e aqueles previstos na lei da reforma psiquiátrica aplicam-se, de forma integral e imediata, aos hospitais de custódia e tratamento – outrora denominados manicômios judiciários. Para o autor, outra questão que merece destaque decorre da promulgação dessa lei e a consequente derrogação do Código Penal e da lei de execuções penais, no que tange às medidas de segurança, uma vez que, como mencionado, a lei antimanicomial não faz distinção alguma, aplicando-se a todos os acometidos por sofrimento mental tenham eles cometido crime ou não.¹⁶² Além do que, a referida lei abandona o conceito de periculosidade, dando primazia ao bem-estar do paciente e ao seu tratamento de maneira menos invasiva possível.

Há nítida incompatibilidade entre a Lei 10.216/2001 – posterior - e a LEP – anterior. Tal inconformidade é evidenciada, por exemplo, quando se compara o art. 97, §§ 1º e 2º do CP (e os correlatos arts. 175 a 179 da LEP), que tratam da previsão de prazos mínimos obrigatórios para repetição dos exames com o art. 4º, §1º da lei da reforma psiquiátrica ou com o princípio da desinternação progressiva prevista no art. 5º da mesma lei. Ademais, os direitos mínimos garantidos pelo art. 99, parágrafo único, da LEP contrapõem-se ao rol muito mais amplo trazido pelo art. 2º da lei antimanicomial. Além do que, a classificação do hospital psiquiátrico e tratamento psiquiátrico como estabelecimentos penais no Título IV,

¹⁶¹ CARNEIRO, Hebert José Almeida. A dignidade dos cidadãos inimputáveis. **Responsabilidades**: Revista interdisciplinar do Programa de Atenção ao Paciente Judiciário, Belo Horizonte, v. 1, n. 1, p.23-36, mar. 2011, p. 25, destaques nossos.

¹⁶² JACOBINA, Paulo Vasconcelos. Direito penal da loucura: Medida de Segurança e Reforma Psiquiátrica. **Revista de Direito Sanitário**, vol. 5, n. 1, p. 67-85, março de 2004, p. 78-79.

Capítulo VI da LEP confrontam os princípios do SUS¹⁶³ e também a vedação da internação em instituições com características asilares, previsto no art. 3º, §3º da lei 10.216/2001.

A Lei n. 10.216/2001 inegavelmente muda o estatuto jurídico e a lógica do tratamento dos portadores de sofrimento psíquico no Brasil. A Lei da Reforma Psiquiátrica não apenas determina como diretriz central que sejam realizadas políticas públicas de desinstitucionalização, como fixa como premissa o respeito a autonomia dos usuários do sistema de saúde mental.¹⁶⁴

No capítulo um foi mencionado que um dos grandes impactos da lei da Reforma Psiquiátrica no sistema de aplicação das medidas de segurança foi a possibilidade de questionamento de seu fundamento: a periculosidade. A esse respeito, ressalta Salo de Carvalho que “a crítica a categoria periculosidade e a sua manutenção normativa foi realizada de forma bastante contundente pela psicologia social, pela criminologia crítica e pela crítica do direito penal”.¹⁶⁵ Entretanto, apenas com o advento da Lei 10.216/2001 foi possível confrontar diretamente os dispositivos das legislações penais que eram contrários às novas diretrizes.

Lembre-se que, como já mencionado, houve debates acerca da recepção ou não do art. 26 do CP, pela Constituição de 1988. Porém, deve-se ir além dessa discussão em específico, para evidenciar o que Virgílio de Mattos conclui a respeito da lei antimanicomial. Para ele, a referida lei alterou a noção de tratamento “substituindo-a pela ideia de prevenção, situação que conduziria à exclusão da categoria periculosidade”.¹⁶⁶ Segundo o autor, “o tratamento de que fala a Lei 10.216/2001 só pode ser entendido como as medidas de cuidado e acompanhamento, no processo de inserção social do portador de sofrimento mental, ou seja, o que temos denominado prevenção”.¹⁶⁷ Além disso, acrescenta ainda o referido autor que

A lei infraconstitucional denuncia, ao mesmo tempo, a noção de periculosidade como um conceito inoperável juridicamente, pois a exigência de um atestado qualquer, em forma de laudo de ausência de periculosidade, de que qualquer um de nós jamais representará risco para a sociedade é absurda. O risco é inerente à sociedade e não pode nunca ser eliminado.¹⁶⁸

No mesmo sentido, assevera Salo de Carvalho que

¹⁶³ JACOBINA, Paulo Vasconcelos. Direito penal da loucura: Medida de Segurança e Reforma Psiquiátrica. **Revista de Direito Sanitário**, vol. 5, n. 1, p. 67-85, março de 2004, p. 79.

¹⁶⁴ CARVALHO, Salo de. **Pena e medidas de segurança no direito penal brasileiro: fundamentos e aplicação judicial.** – São Paulo: Saraiva, 2013, p. 509.

¹⁶⁵ CARVALHO, Salo de. **Pena e medidas de segurança no direito penal brasileiro: fundamentos e aplicação judicial.** – São Paulo: Saraiva, 2013, p. 523.

¹⁶⁶ CARVALHO, Salo de. **Pena e medidas de segurança no direito penal brasileiro: fundamentos e aplicação judicial.** – São Paulo: Saraiva, 2013, p. 524.

¹⁶⁷ MATTOS, Virgílio de. **Crime e psiquiatria: uma saída: preliminares para a desconstrução das medidas de segurança.** – Rio de Janeiro: Revan, 2006, p. 153.

¹⁶⁸ MATTOS, Virgílio de. **Crime e psiquiatria: uma saída: preliminares para a desconstrução das medidas de segurança.** – Rio de Janeiro: Revan, 2006, p. 153, grifos nossos.

A **modificação da finalidade** (do tratamento ao cuidado-prevenção) **da resposta jurídica** (medida de segurança) aos portadores de sofrimento psíquico implicaria, necessariamente, **uma readequação do seu fundamento (periculosidade)**. Assim, ademais da **dubiedade e da imprecisão científica do conceito de periculosidade**, é possível dizer que **legalmente houve a sua substituição**, pois a *Lei da Reforma Psiquiátrica pressupõe o portador de sofrimento psíquico como sujeito de direitos com capacidade e autonomia (responsabilidade) de intervir no rumo do processo terapêutico.*¹⁶⁹

Apesar de todos os esforços dos adeptos à luta antimanicomial e mesmo em face da lei da Reforma Psiquiátrica, é notório que o Poder Judiciário segue tentando justificar a imposição da medida de segurança na periculosidade do agente. Ou seja, mesmo diante das inovações legislativas, o portador de sofrimento mental ainda é refém de um tratamento precário e muito desproporcional, se comparado àquele assegurado ao imputável.¹⁷⁰ Do mesmo pensamento compartilha Hebert Carneiro, ao demonstrar que há muita relutância no abandono do sistema das medidas de segurança e aderência total às diretrizes da lei antimanicomial. Segundo ele,

Na prática, verificamos que a maioria dos portadores de sofrimento mental é sentenciada com medida de segurança de internação, mesmo se o crime cometido tenha sido um roubo de um tapete da igreja, uma paulada no orelhão público, furto de um anel de plástico que vinha de brinde na compra do doce “maria-mole”, vendido na praça da cidade. (...) **A razão de aplicação da sanção penal agravada**, nos casos dos portadores de sofrimento mental, **deve-se ao princípio da periculosidade que transformou a medida de internamento na rainha das medidas de segurança**. Isso explica por que a medida de internação é a mais aplicada pelos juízes criminais.¹⁷¹

Por isso, tornou-se nítida a necessidade de adequação da imposição e da execução da medida de segurança em face das novas diretrizes da Lei 10.216/2001. Por causa dessa demanda de ajustamento e visando a acelerar esse processo, inúmeras portarias e resoluções do Ministério da Saúde (MS), do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCCP) e do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) foram emitidas em apoio e em reforço à aplicação das orientações trazidas pela lei da Reforma Psiquiátrica.

Dentre elas, convém mencionar a Resolução nº 04/2010 e 05/2004, ambas do CNPCCP. A primeira resolução recomendou a adoção da política antimanicomial, no que tange à atenção aos pacientes judiciários e à execução da medida de segurança. Logo em seu art. 2º, dispôs que “a abordagem à pessoa com doença mental na condição de autor do fato, réu ou

¹⁶⁹ CARVALHO, Salo de. **Pena e medidas de segurança no direito penal brasileiro: fundamentos e aplicação judicial**. – São Paulo: Saraiva, 2013, p. 524, destacamos.

¹⁷⁰ FREITAS, Sérgio Henriques Zandona e OLIVEIRA, Marcelo Matos de. A medida de segurança e os direitos humanos: a periculosidade à luz da Lei 10.216/2001 e da necessidade de limitação do poder punitivo do Estado. **Revista de Criminologias e Políticas Criminais**. Goiânia. v. 5, n. 1. p. 58 – 78. Jan/Jun. 2019, p. 64.

¹⁷¹ CARNEIRO, Hebert José Almeida. A dignidade dos cidadãos inimputáveis. **Responsabilidades**: Revista interdisciplinar do Programa de Atenção ao Paciente Judiciário, Belo Horizonte, v. 1, n. 1, p.23-36, mar. 2011, p. 24, grifamos.

sentenciado em processo criminal, deve ser objeto de atendimento por programa específico de atenção destinado a acompanhar o paciente judiciário nas diversas fases processuais [...]”.¹⁷²

Já a Resolução nº 05/2004, do CNPCP, que dispôs sobre as diretrizes para o cumprimento das medidas de segurança, adequando-as às previsões da Lei 10.216/2001, determinou, dentre outros tópicos que

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;

16. **Os pacientes com longo tempo de internação** em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico, que apresentem quadro clínico e/ou neurológico grave, com profunda dependência institucional e sem suporte sócio-familiar, **deverão ser objeto de “política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida” (art.5º da Lei)**, beneficiados com bolsas de incentivo à desinternação e inseridos em serviços residenciais terapêuticos.¹⁷³

Nas duas últimas décadas, o CNJ vem trabalhando para assimilar as diretrizes da Lei nº 10.216/2001 junto ao Ministério da Saúde. Assim, em 2010, o CNJ emitiu a Resolução nº 113, determinando em seu art. 17 que “o juiz competente para a execução da medida de segurança, sempre que possível, buscará implementar políticas antimanicomiais, conforme sistemática da Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001”.¹⁷⁴ Em 2011, o mesmo Conselho emitiu a Recomendação nº 35, que estabeleceu diretrizes para a desinstitucionalização e o redirecionamento do modelo assistencial à saúde mental em serviços substitutivos em meio aberto.

A mais recente contribuição do Conselho Nacional de Justiça à adaptação do sistema penal às diretrizes da lei antimanicomial foi a emissão da Resolução nº 487, de 15 de fevereiro de 2023, que considerou para a sua feitura as resoluções acima referidas (e outras), os tratados, acordos e pactos internacionais já mencionados nesse capítulo. Esse ato normativo levou em conta ainda outros importantes documentos, como a Lei 13.146/2015 (Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência – Estatuto da Pessoa com Deficiência), que assegurou e promoveu, em condições de igualdade, o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais por pessoa com deficiência, visando à sua inclusão social e

¹⁷² CONSELHO NACIONAL DE POLÍTICA CRIMINAL E PENITENCIÁRIA. Resolução n. 4, de 30 de julho de 2010. Dispõe sobre as Diretrizes Nacionais de Atenção aos Pacientes Judiciários e Execução da Medida de Segurança. *D.O.U.* Brasília, 2 ago. 2010.

¹⁷³ CONSELHO NACIONAL DE POLÍTICA CRIMINAL E PENITENCIÁRIA. Resolução n. 5, de 04 de maio de 2004. Dispõe a respeito das Diretrizes para o cumprimento das Medidas de Segurança, adequando-as à previsão contida na Lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001. *D.O.U.* Brasília, 14 maio. 2004, grifos nossos.

¹⁷⁴ CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. Resolução n. 113, de 20 de abril de 2010. Dispõe sobre o procedimento relativo à execução de pena privativa de liberdade e de medida de segurança, e dá outras providências. *Portal CNJ*. Brasília, 2010.

cidadania; e a Resolução nº 32/2018, adotada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 2016, que reafirmou as obrigações dos Estados Membros em promover e proteger todos os direitos humanos e liberdades fundamentais e garantir que políticas e serviços relacionados à saúde mental cumpram as normas internacionais de direitos humanos. Além destas, o referido conselho considerou

a Resolução n. 8/2019 do Conselho Nacional dos Direitos Humanos (CNDH), destinada à orientação das políticas de saúde mental e uso problemático de álcool e outras drogas em todo o território nacional, e as Resoluções n. 04/2010 e 05/2004 do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCP), para a aplicação da Lei n. 10.216/2001 à execução das medidas de segurança;

a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), instituída por meio da Portaria Interministerial n. 1/2014, dos Ministérios da Saúde e da Justiça, bem como a Portaria n. 94/2014, do Ministério da Saúde, que institui o serviço de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).¹⁷⁵

Antes da emissão da própria resolução em si, a Exposição de Motivos já evidenciou que o referido documento era resultado de muita discussão. Foi considerado todo o robusto aparato jurídico nacional e internacional que interessavam à causa antimanicomial e foi reconhecida a mudança de paradigma que a Lei 10.216/2001 ocasionou no ordenamento jurídico, bem como a necessidade de reorientação do modelo manicomial atual, em face das novas diretrizes. A Resolução nº 487/2023, logo em seu art. 1º, entrega o seu foco, demonstra o cerne do seu nascituro, ao passo em que, no art. 3º, externa os princípios e diretrizes que devem reger o tratamento das pessoas com transtorno mental na esfera da jurisdição penal:

Art. 1º **Instituir a Política Antimanicomial do Poder Judiciário**, por meio de procedimentos para o tratamento das pessoas com transtorno mental ou qualquer forma de deficiência psicossocial que estejam custodiadas, sejam investigadas, acusadas, réis ou privadas de liberdade, em cumprimento de pena ou de medida de segurança, em prisão domiciliar, em cumprimento de alternativas penais, monitoração eletrônica ou outras medidas em meio aberto, e conferir diretrizes para assegurar os direitos dessa população.

Art. 3º São **princípios** e diretrizes que regem o tratamento das pessoas com transtorno mental no âmbito da jurisdição penal:

V – a adoção de política antimanicomial na execução de medida de segurança;

VII – o **direito à saúde integral**, privilegiando-se o **cuidado em ambiente terapêutico em estabelecimentos de saúde de caráter não asilar**, pelos meios menos invasivos possíveis, com vedação de métodos (...) em desacordo com os protocolos médicos e as normativas de direitos humanos;

VIII – a **indicação da internação fundada exclusivamente em razões clínicas de saúde**, privilegiando-se a avaliação multiprofissional de cada caso, pelo período

¹⁷⁵ CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. Resolução n. 487, de 15 de fevereiro de 2023. Institui a Política Antimanicomial do Poder Judiciário e estabelece procedimentos e diretrizes para implementar a Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência e a Lei n. 10.216/2001, no âmbito do processo penal e da execução das medidas de segurança. *Portal CNJ*. Brasília, 2023.

estritamente necessário à estabilização do quadro de saúde e apenas quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes, vedada a internação em instituição de caráter asilar, como os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTPs) e estabelecimentos congêneres, como hospitais psiquiátricos.¹⁷⁶

Na mesma resolução, em seu art. 13, é mencionado que “a imposição de medida de segurança de internação ou de internação provisória ocorrerá em hipóteses absolutamente excepcionais”¹⁷⁷ estando, pois, em consonância com a excepcionalidade trazida pela lei antimanicomial. O §1º do mesmo artigo deixa claro que “a internação, nas hipóteses referidas no caput, será cumprida em leito de saúde mental em Hospital Geral ou outro equipamento de saúde referenciado pelo Caps”¹⁷⁸ na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Além disso, traz no §2º aquilo que é caro a esse trabalho, pois dispõe que “a internação cessará quando, a critério da equipe de saúde multidisciplinar, restar demonstrada a sua desnecessidade enquanto recurso terapêutico...”¹⁷⁹. Vê-se que o exame de cessação da periculosidade sequer é mencionado, tendo sido totalmente excluído do corpo do texto, provando-se mais uma vez a inadequação da verificação de periculosidade, frente aos ditames da Lei 10.216/2001.

Por fim, a seção V da Resolução nº 487/2023 se dedicou a tratar da desinstitucionalização, indicando que no prazo de até 6 meses, contados a partir da entrada em vigor da resolução (que ocorreu 90 dias após a sua publicação), “a autoridade judicial competente revisará os processos a fim de avaliar a possibilidade de extinção da medida em curso progressão para tratamento ambulatorial em meio aberto ou transferência para estabelecimento de saúde adequado...” (art. 16).¹⁸⁰

Entretanto, o grande mandamento da resolução foi reservado ao art. 18, pois este dispositivo se encarregou de demarcar um prazo para o fechamento total dos

¹⁷⁶ CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. Resolução n. 487, de 15 de fevereiro de 2023. Institui a Política Antimanicomial do Poder Judiciário e estabelece procedimentos e diretrizes para implementar a Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência e a Lei n. 10.216/2001, no âmbito do processo penal e da execução das medidas de segurança. *Portal CNJ*. Brasília, 2023, destaques nossos.

¹⁷⁷ CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. Resolução n. 487, de 15 de fevereiro de 2023. Institui a Política Antimanicomial do Poder Judiciário e estabelece procedimentos e diretrizes para implementar a Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência e a Lei n. 10.216/2001, no âmbito do processo penal e da execução das medidas de segurança. *Portal CNJ*. Brasília, 2023.

¹⁷⁸ CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. Resolução n. 487, de 15 de fevereiro de 2023. Institui a Política Antimanicomial do Poder Judiciário e estabelece procedimentos e diretrizes para implementar a Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência e a Lei n. 10.216/2001, no âmbito do processo penal e da execução das medidas de segurança. *Portal CNJ*. Brasília, 2023.

¹⁷⁹ CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. Resolução n. 487, de 15 de fevereiro de 2023. Institui a Política Antimanicomial do Poder Judiciário e estabelece procedimentos e diretrizes para implementar a Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência e a Lei n. 10.216/2001, no âmbito do processo penal e da execução das medidas de segurança. *Portal CNJ*. Brasília, 2023.

¹⁸⁰ CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. Resolução n. 487, de 15 de fevereiro de 2023. Institui a Política Antimanicomial do Poder Judiciário e estabelece procedimentos e diretrizes para implementar a Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência e a Lei n. 10.216/2001, no âmbito do processo penal e da execução das medidas de segurança. *Portal CNJ*. Brasília, 2023.

estabelecimentos, alas e instituições congêneres de custódia e tratamento psiquiátrico em todo o Brasil ao mesmo tempo em que previu interdição parcial em seu funcionamento:

Art. 18. **No prazo de 6 (seis) meses** contados da publicação desta Resolução, a autoridade judicial competente determinará a **interdição parcial** de estabelecimentos, alas ou instituições congêneres de custódia e tratamento psiquiátrico no Brasil, com proibição de novas internações em suas dependências e, em **até 12 (doze) meses** a partir da entrada em vigor desta Resolução, a **interdição total e o fechamento dessas instituições**.¹⁸¹

É inegável concluir pela preponderância da Lei Antimanicomial frente a legislação penal vigente no Brasil. Há nítida incompatibilidade entre ambas, devido a um conflito de normas que deveria já estar resolvido em definitivo, seja pelo critério temporal, seja pelo critério da norma mais favorável. De toda forma, entenda-se que todas as resoluções e portarias nacionais que sucederam a lei 10.216/2001 não criaram nada de novo. O que cada um desses documentos fez foi reforçar a necessidade de reformulação da aplicação e execução das medidas de segurança em face das novas diretrizes, como defende Jacobina:

No atual estágio do direito brasileiro, **não se pode defender que internar alguém coativamente** (ou mesmo submetê-lo a um tratamento ambulatorial coativo), por ordem judicial de um juiz criminal, **com base numa presunção de periculosidade** (decorrente da prática de um ato criminal por alguém que foi reconhecido pelo direito como portador de transtorno mental incapacitante das faculdades cognitivas ou volitivas) **seja considerado cientificamente como medida terapêutica**. Tampouco se pode admitir que, no âmbito do direito sanitário, se possa reconhecer a validade desse procedimento como clinicamente eficaz. **A reforma psiquiátrica — e sua projeção no mundo jurídico — descaracterizaram absolutamente a abordagem coativa, manicomial, unidisciplinar, repressora**, como uma abordagem clinicamente eficaz.¹⁸²

Há muito caminho a ser trilhado, muitos obstáculos a serem ultrapassados e muitas barreiras a serem derrubadas para que a aplicação da lei antimanicomial aconteça plenamente. Há de se vencer a “herança maldita da periculosidade como fundamento de aplicação das medidas de segurança”¹⁸³ e para além disso, tem-se que considerar que é necessário, apesar de complexo,

A reestruturação da Rede de Atenção à Saúde Mental que faz parte do Sistema Único de Saúde (SUS) é fundamental para que haja viabilidade na associação do cumprimento de medida de segurança com os princípios da reforma psiquiátrica. O

¹⁸¹ CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. Resolução n. 487, de 15 de fevereiro de 2023. Institui a Política Antimanicomial do Poder Judiciário e estabelece procedimentos e diretrizes para implementar a Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência e a Lei n. 10.216/2001, no âmbito do processo penal e da execução das medidas de segurança. *Portal CNJ*. Brasília, 2023, destacamos.

¹⁸² JACOBINA, Paulo Vasconcelos. Direito penal da loucura: Medida de Segurança e Reforma Psiquiátrica. *Revista de Direito Sanitário*, vol. 5, n. 1, p. 67-85, março de 2004, p. 82, grifos nossos.

¹⁸³ BRANCO, Thaynara Castelo. *A (des)legitimação das medidas de segurança no Brasil* – 2. ed., ver. e ampl. – Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2018, p. 195.

desafio não é apenas desinternar, mas também fortalecer essa rede para que possa acompanhar o egresso do Hospital de Custódia.¹⁸⁴

A necessidade de alteração da legislação penal é urgente, mas após mais de 20 anos de vigência da lei da reforma psiquiátrica, as mudanças ainda não ocorreram. Entretanto, na prática, “definitivamente não é da esfera legal que se obterá a conscientização e a mudança sociocultural necessária para a superação das raízes do extermínio penal-psiquiátrico”.¹⁸⁵ São nos novos modelos alternativos de cuidado, que são exemplos no nosso país, em que se é possível ver o impacto do movimento antimanicomial e o cumprimento da Lei 10.216/2001, ainda que em parte.

O próximo tópico deste capítulo será dedicado a falar sobre o Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário Portador de Sofrimento Mental (PAI-PJ) em Minas Gerais, o Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI), no estado de Goiás e o Programa de Cuidado Integral do Paciente Psiquiátrico (PCIPP) criado no Piauí. Esses programas redimensionaram a aplicação e a execução da medida de segurança, visando a garantir direitos, entre eles a liberdade da pessoa com transtornos mentais, o que já significa grande passo para a extinção completa da institucionalização da loucura.

4.2 Modelos alternativos aos manicômios judiciários - PAI-PJ (MG), PAILI (GO) e PCIPP (PI): lições da Lei da Reforma psiquiátrica.

Na ótica de Virgílio de Mattos, a realidade do tratamento ao portador de sofrimento mental no Brasil só mudará quando a medida de segurança for banida. O autor alerta para a necessidade da desconstrução das medidas de segurança, calcadas na absurda ideia de periculosidade e munida de um caráter pseudocientífico. Por isso, em sua obra¹⁸⁶ o pesquisador faz menção aos modelos que são diametralmente opostos ao modelo segregacionista que insiste em ser realidade no sistema penal brasileiro.

Nesse ínterim, em 2001, o Tribunal de Justiça de Minas Gerais (TJMG) criou, através da Portaria-Conjunta nº 25, o Programa de Atenção Integral ao Portador de Sofrimento Mental Infrator (PAI-PJ), visando a promover a mediação entre o tratamento e o processo jurídico, até o tempo da inserção social das pessoas. O PAI-PJ foi o primeiro programa brasileiro que se ocupou em prestar assistência a pessoas em sofrimento psíquico que estavam

¹⁸⁴ PRADO, Alessandra Mascarenhas e SHINDLER, Danilo. A medida de segurança na contramão da Lei de Reforma Psiquiátrica: sobre a dificuldade de garantia do direito à liberdade a pacientes judiciários. **Revista Direito GV**. 2017, v. 13, n. 2, pp. 628-652, p. 637.

¹⁸⁵ BRANCO, Thaynara Castelo. **A (des)legitimação das medidas de segurança no Brasil** – 2. ed., ver. e ampl. – Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2018, p. 201.

¹⁸⁶ MATTOS, Virgílio de. **Crime e psiquiatria**: uma saída: preliminares para a desconstrução das medidas de segurança – Rio de Janeiro: Revan, 2006.

submetidas ao Sistema de Justiça Criminal. Inicialmente, o programa foi inaugurado na capital mineira, Belo Horizonte, mas, em razão de seus bons resultados, foi expandido para outras cidades do estado.¹⁸⁷

O Município de Belo Horizonte desenvolveu uma das melhores redes de assistência em saúde mental do Estado brasileiro. **Foi articulando as ações dos Juízes com essa rede assistencial e social**, sempre em torno do paciente judiciário, que o PAI-PJ introduziu, dentro do TJMG, o paradigma da intersetorialidade e interdisciplinaridade, articulando as ações do juiz às ações dos outros atores da assistência e da sociedade de forma geral.¹⁸⁸

Dessa forma, o PAI-PJ, além de auxiliar a autoridade judicial na individualização da aplicação e execução das medidas de segurança, tem possibilitado o acesso do portador de sofrimento mental aos direitos fundamentais e sociais previstos na Constituição da República, já demasiadamente mencionados ao longo desse trabalho. O programa funciona através de determinação judicial e possui o auxílio de uma equipe multidisciplinar, tendo autonomia para tomar decisões acerca da medida judicial a ser aplicada, unindo, para tal, inserção social, responsabilidade e tratamento, privilegiando assim o acompanhamento de cada participante para que a execução da sentença se dê maneira a considerar os pacientes como sujeitos de direitos.¹⁸⁹

A psicóloga idealizadora do projeto, Fernanda Otoni, explica que

O programa, em resumo, tem por função a oferta do **acompanhamento integral ao paciente judiciário portador de sofrimento mental em todas as fases do processo criminal**. Ocorre de modo intersetorial, através da parceria do Judiciário com o Executivo e com a comunidade, de forma geral, promovendo o acesso à Rede Pública de Saúde e à Rede de Assistência Social, de acordo com as políticas públicas vigentes, na atenção integral ao portador de sofrimento mental.¹⁹⁰

A psicóloga ainda esclarece que o programa se orienta nos princípios da reforma psiquiátrica elencados pela Lei 10.216/2001 de forma a promover o acesso ao tratamento em saúde mental na rede que substitui o modelo manicomial. O programa funciona da seguinte maneira:

Os casos são encaminhados por meio de ofício dos juízes criminais, determinando que sejam acompanhados pelo programa. Chegam, também, encaminhados por familiares, estabelecimentos prisionais, instituições de tratamento em saúde mental e outros parceiros. Se a pessoa encaminhada não possuir sentença de medida de segurança, ou se não houver o incidente de sanidade mental instaurado no processo, realiza-se uma avaliação jurídica, clínica e social do caso e solicita-se ao juiz

¹⁸⁷ BRANCO, Thaynara Castelo. **A (des)legitimação das medidas de segurança no Brasil** – 2. ed., ver. e ampl. – Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2018, p. 206.

¹⁸⁸ CARNEIRO, Hebert José Almeida. A dignidade dos cidadãos inimputáveis. **Responsabilidades**: Revista interdisciplinar do Programa de Atenção ao Paciente Judiciário, Belo Horizonte, v. 1, n. 1, p.23-36, mar. 2011, p. 28, grifamos.

¹⁸⁹ BRANCO, Thaynara Castelo. **A (des)legitimação das medidas de segurança no Brasil** – 2. ed., ver. e ampl. – Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2018.

¹⁹⁰ BARROS-BRISSET, Fernanda Otoni de. **Por uma política de atenção integral ao louco infrator** - Belo Horizonte: Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais, 2010, p. 28, destacamos.

criminal autorização para o acompanhamento do caso. Sendo autorizado, este é encaminhado à Rede Pública de Saúde Mental, se ainda não estiver em tratamento. **Junto com a rede, construir-se-á o projeto terapêutico e social para o paciente, o qual será constantemente revisto e reconstruído**, de acordo com as indicações do próprio sujeito. **O acompanhamento ocorre durante o processo criminal até a finalização da execução penal.**¹⁹¹

A equipe interdisciplinar é formada por psicólogos, assistentes jurídicos, assistentes sociais e estagiários em psicologia. Os assistentes sociais realizam um estudo de caso e logo após apresentam um plano de reinserção social do paciente judiciário, sempre assegurando seus direitos e garantias fundamentais. Aos psicólogos, por sua vez, cabe o acompanhamento dos pacientes de forma sistemática, de forma que seja avaliado o que funciona para cada um particularmente possibilitando assim, que eles sejam encaminhados para a rede de apoio mais adequada à ampliação dos recursos de tratamento.¹⁹²

O PAI-PJ, através desta equipe multidisciplinar – psicólogos, assistentes sociais judiciais e assistentes jurídicos –, funciona também como um **serviço auxiliar do juiz**, subsidiando a decisão judicial e conectando aos autos os relatórios cujo material foi tecido no trabalho com os diversos parceiros fora do sistema jurídico: trabalhadores da saúde mental, de organizações e entidades sociais, familiares, entre outros.¹⁹³

Assim, através do PAI-PJ a autoridade judiciária tem à sua disposição uma rede maior de atenção ao paciente judiciário, conseguindo integrar a sua ação de decisão com as equipes do programa. O resultado disso é que a autoridade cumpre, de forma efetiva, a sua função jurisdicional de acompanhamento da sentença aplicada, ao mesmo tempo em que concede os meios para que o paciente judiciário possa acessar os recursos sociais, de tratamento e até mesmo jurídicos que são necessários à sua reinserção social.¹⁹⁴

Ao falar sobre as inovações a partir da experiência do PAI-PJ, a psicóloga frisa

O que realmente se tornou inovador foi a **possibilidade inédita de colocar no centro dessa rede de atenção e cuidados o sujeito, acompanhando sua trajetória e secretariando-o de perto** como mais um recurso do qual ele pode se servir e ao qual pode se conectar para se desembarçar dos embaraços que a sua singular diferença pode lhe apresentar nas suas relações de convivência.¹⁹⁵

Segundo Otoni, a intenção do projeto era tratar a crise existente entre o Sistema de Saúde e a Justiça Criminal, mas o que ocorreu “foi a possibilidade inédita de dispensar o

¹⁹¹ BARROS-BRISSET, Fernanda Otoni de. **Por uma política de atenção integral ao louco infrator** - Belo Horizonte: Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais, 2010, p. 28-29, grifos nossos.

¹⁹² BARROS-BRISSET, Fernanda Otoni de. **Por uma política de atenção integral ao louco infrator** - Belo Horizonte: Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais, 2010, p. 29.

¹⁹³ BARROS-BRISSET, Fernanda Otoni de. **Por uma política de atenção integral ao louco infrator** - Belo Horizonte: Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais, 2010, p. 29, grifamos.

¹⁹⁴ BARROS-BRISSET, Fernanda Otoni de. **Por uma política de atenção integral ao louco infrator** - Belo Horizonte: Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais, 2010, p. 29.

¹⁹⁵ BARROS-BRISSET, Fernanda Otoni de. **Por uma política de atenção integral ao louco infrator** - Belo Horizonte: Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais, 2010, p. 30, destacamos.

manicômio judiciário como lugar para os loucos infratores”¹⁹⁶. A política trazida pelo PAI-PJ se integra às diretrizes trazidas pela reforma psiquiátrica através da lei 10.216/2001, aos princípios constitucionais e aos direitos humanos e, mais primordialmente, traz de volta a humanidade do portador de sofrimento mental infrator. Para a psicóloga, a presunção de periculosidade é um absurdo que deve desaparecer dos textos normativos, juntamente com a indeterminação das medidas de segurança e, conseqüentemente, a própria lógica que rege as medidas atualmente.

Criaram-se as condições necessárias para que o paciente judiciário receba seu tratamento em saúde mental e tenha um acompanhamento jurisdicional de modo individualizado, particular, na medida de sua possibilidade, capacidade e responsabilidade. Apresentamos como fundamental a abertura para um trabalho intersetorial, multidisciplinar, em condições de **dispensar o véu da periculosidade** que encobriu, por mais de um século, as possibilidades inéditas do sujeito louco infrator, que desde sempre deveria ter sido considerado como um sujeito de direitos.¹⁹⁷

Há poucos dados estatísticos acerca da aplicação do projeto, mas de acordo com o site oficial do programa, em 2010, haviam 799 processos, dentre eles 246 ativos e outros 553 arquivados. Em março desse mesmo ano, considerando o número total de casos atendidos pelo programa, em 70% deles, os pacientes estavam cumprindo a medida de segurança em casa, 23% deles estavam submetidos à medida de segurança interventiva e 7% estavam internados em rede pública de saúde. Constatou-se que em menos de 2% dos casos a reincidência aconteceu. De toda forma, em todos os casos, nenhum se tratava de crime hediondo e sim de menor potencial ofensivo.¹⁹⁸

Herbert Carneiro exerceu o cargo de juiz da Vara de Execução Criminal (VEC) de Belo Horizonte, e sendo fiel apoiador e executor do PAI-PJ, menciona que enquanto magistrado passou a dar espaço às soluções individualizadas que os relatórios da equipe interdisciplinar indicavam como cabíveis à particularidade que cada caso possuía. Segundo ele, os portadores de sofrimento mental são detentores de direitos e escutar as necessidades deles é dever de toda autoridade judicial competente. Acrescenta ainda que toda essa mudança de tratamento em relação ao portador de sofrimento mental tem sido possível através do PAI-

¹⁹⁶ BARROS-BRISSET, Fernanda Otoni de. **Por uma política de atenção integral ao louco infrator** - Belo Horizonte: Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais, 2010, p.30.

¹⁹⁷ BARROS-BRISSET, Fernanda Otoni de. **Por uma política de atenção integral ao louco infrator** - Belo Horizonte: Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais, 2010, p. 30, grifos nossos.

¹⁹⁸ BRANCO, Thaynara Castelo. **A (des)legitimação das medidas de segurança no Brasil** – 2. ed., ver. e ampl. – Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2018, p. 209.

PJ porque a “relação entre juiz e o cidadão/paciente ficou mais próxima, bem como sua relação com a sociedade”.¹⁹⁹ Entretanto, na mesma ocasião assevera que

O ideal é que haja uma ação permanente dos poderes públicos (Executivo, Legislativo e Judiciário) com a sociedade civil, no sentido da **substituição integral do modelo manicomial de cumprimento de medida de segurança para o modelo antimanicomial**, com base em programa específico de atenção ao paciente judiciário. Em Minas Gerais, esse tem sido nosso esforço, caminhamos com o modelo do PAIPJ rumo a esse belo horizonte.²⁰⁰

O outro modelo que merece ser mencionado é o Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI) criado em 2006 no estado de Goiás. Trata-se de mais um projeto fundamentado nas diretrizes da lei 10.216/2001 e que mantém vínculo com a Secretaria de Saúde do Estado. É composto por advogados, assistentes sociais, psicólogos, acompanhantes terapêuticos, médicos psiquiatras e auxiliares administrativos, todos vinculados a referida secretaria.

O PAILI supervisiona o tratamento dispensado ao paciente na rede de atenção em saúde mental, o que compreende os CAPS (Centros de Atenção Psicossocial), leitos psiquiátricos em hospitais gerais, clínicas psiquiátricas conveniadas ao SUS, serviços residenciais terapêuticos e, ao mesmo tempo, **faz a mediação entre o paciente e o juiz, em canal direto de comunicação que favorece, simplifica e desburocratiza o acesso permanente à Justiça**.²⁰¹

Detendo de autonomia para tal, as equipes psicossociais dos CAPS ou das unidades de internação colocam em prática a melhor terapêutica possível, acompanhando de perto cada paciente integrante do programa. Essa liberdade de atuação possibilita a quebra de resistências existentes em relação ao projeto, uma vez que não “permanecem na dependência de decisões judiciais para encaminhamentos importantes, como, por exemplo, nos casos de desinternação e encaminhamento do paciente para a família ou para uma residência terapêutica”.²⁰²

O PAILI, assim como o PAI-PJ, estuda cada caso sob o olhar clínico, psicossocial e jurídico elaborando um plano de ação individualizado de acordo com as particularidades de cada paciente. Todo o processo é informado à autoridade judiciária bem como é notificada a evolução do paciente. Quando há a execução da medida de segurança, consistente que em tratamento psiquiátrico compulsório, conforme reza o art. 4º, §1º da lei 10.216/2001, o

¹⁹⁹ CARNEIRO, Hebert José Almeida. A dignidade dos cidadãos inimputáveis. **Responsabilidades**: Revista interdisciplinar do Programa de Atenção ao Paciente Judiciário, Belo Horizonte, v. 1, n. 1, p.23-36, mar. 2011, p. 31.

²⁰⁰ CARNEIRO, Hebert José Almeida. A dignidade dos cidadãos inimputáveis. **Responsabilidades**: Revista interdisciplinar do Programa de Atenção ao Paciente Judiciário, Belo Horizonte, v. 1, n. 1, p.23-36, mar. 2011, p. 32, destaques nossos.

²⁰¹ PAILI, **Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator** / Haroldo Caetano da Silva (coord.) 3. ed. – Goiânia: MP/GO, 2013. 60p., p. 25, grifamos.

²⁰² PAILI, **Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator** / Haroldo Caetano da Silva (coord.) 3. ed. – Goiânia: MP/GO, 2013. 60p., p. 25.

objetivo permanente deverá ser a reinserção social do paciente em seu meio. Assim, a periculosidade sequer é mencionada, tendo sido esse conceito superado pela reforma psiquiátrica, como já explicado. Em substituição, o que é investigado periodicamente é o processo de reintegração social do sujeito.²⁰³

De tal sorte, **desnecessária a ultrapassada perícia de cessação da periculosidade**, impõe-se agora **outro tipo de análise** no sentido de verificar se aquele novo objetivo – reinserção social do paciente – está sendo alcançado. Trata-se, portanto, de avaliação psicossocial e não mais puramente psiquiátrica e que será materializada mediante relatório da própria equipe técnica do PAILI.²⁰⁴

Ressalta-se que o processo de execução da medida de segurança continua jurisdicionalizado. Porém, não cabe ao juiz diretamente, sob a ótica do programa, determinar diretamente a modalidade do tratamento a ser aplicado ao caso. Dentro do projeto, o profissional habilitado a determinar a necessidade de uma ou outra terapia é o médico, com a fundamental colaboração das equipes psicossociais. A propósito, “é a Lei da Reforma Psiquiátrica que exige, em seu art. 6º, o laudo médico circunstanciado como pressuposto elementar para a internação psiquiátrica”.²⁰⁵

Muitas são as dificuldades encontradas na condução dos dois programas. Há intensa resistência partindo de muitos lados. Cumpre lembrar que o estigma da periculosidade possui raízes profundas. Historicamente, os portadores de sofrimento mental se tornaram indesejáveis, temidos e conseqüentemente excluídos, o que só faz retardar (e tornar extremamente difícil) que a sociedade e os profissionais de saúde se interessem em conceder a eles o mínimo de assistência e humanidade. Por outro lado, há resistência por parte de boa parte dos magistrados em aplicar a Lei 10.216/2001, bem como óbices opostos por clínicas psiquiátricas para aderir a programas como PAI-PJ e o PAILI.

As inovações dos programas alternativos de intervenção não punitiva (PAI-PJ e PAILI), proporcionadas pela Lei n. 10.216/2001, permitem compreender quão fértil é o espaço de atuação criado pela reforma psiquiátrica. Ao mesmo tempo expõem **quão deficitário é o discurso da dogmática penal, que permanece literalmente preso aos conceitos higienistas da psiquiatria do século passado**.²⁰⁶

Por fim, convém ressaltar mais um exemplo de cumprimento e aderência à reforma psiquiátrica realizada pelo Programa de Cuidado Integral do Paciente Psiquiátrico (PCIPP) criado e executado em todo o estado do Piauí a partir de 2016. Foi criado pelo juiz titular da

²⁰³ PAILI, **Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator** / Haroldo Caetano da Silva (coord.) 3. ed. – Goiânia: MP/GO, 2013. 60p., p. 26.

²⁰⁴ PAILI, **Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator** / Haroldo Caetano da Silva (coord.) 3. ed. – Goiânia: MP/GO, 2013. 60p., p. 26, destaques nossos.

²⁰⁵ PAILI, **Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator** / Haroldo Caetano da Silva (coord.) 3. ed. – Goiânia: MP/GO, 2013. 60p., p. 28.

²⁰⁶ CARVALHO, Salo de. **Pena e medidas de segurança no direito penal brasileiro**: fundamentos e aplicação judicial. – São Paulo: Saraiva, 2013, p. 531, grifos nossos.

Vara de Execuções Penais de Teresina, José Vidal de Freitas Filho e possui o viés de que a Lei da Reforma Psiquiátrica revogou as normas do Código Penal e da Lei de Execução Penal, no que tange à aplicação e execução das medidas de segurança. Na cartilha de apresentação do projeto, o Desembargador do Tribunal de Justiça do Piauí, Erivan Lopes, ressalta que a mudança do tratamento indigno ao qual estão submetidos os portadores de sofrimento mental no sistema penal e a adequação do sistema piauiense à Lei Antimanicomial “foi custosa, exigindo grande esforço contra preconceitos e resistências, inclusive de líderes do Setor da Saúde [...]”.²⁰⁷ O desembargador ainda ressalta:

Em resumo, esse entendimento, que sigo, é de que **deve ser dado ao paciente psiquiátrico em conflito com a lei o tratamento necessário e durante o tempo necessário**, desconsiderando-se o crime eventualmente praticado, mas, **tendo em vista, exclusivamente, o cuidado do paciente**, objetivando proporcionar-lhe condições para ter uma vida a mais “normal” possível e, preferencialmente, junto de sua família.²⁰⁸

A logística de funcionamento do programa é parecida com as que ocorrem no PAI-PJ e PAILI. Segundo o provimento nº 09/2016, da Corregedoria Geral de Justiça do Piauí, quando há o conhecimento da ocorrência de crime atribuído a pessoa em sofrimento psíquico, estando o paciente preso, após a decisão sobre manutenção ou não da reclusão, deve ser determinado à Secretaria de Justiça o agendamento do exame de sanidade mental, devendo constar como quesitos aquilo que for específico para identificar o tratamento adequado. Nesses casos, enquanto não realizado o exame, o paciente deve ficar separado, recebendo desde então os devidos cuidados. Caso esteja solto, de igual maneira, há a determinação do exame que, se indicar necessidade de internação, esta deverá ser feita em qualquer unidade de saúde que tenha leito psiquiátrico. A gravidade do delito cometido não importa e nem influencia na atenção direcionada ao paciente. Mesmo nesses casos, caso a internação não seja recomendada, o paciente seguirá para o tratamento ambulatorial, se este for adequado ao seu tratamento, e ocorrerá em hospital, ambulatório ou em Centro de Atenção Psicossocial.²⁰⁹

Os resultados não poderiam ser melhores. O desembargador fala com carinho de um paciente em específico que, depois de 20 anos cumprindo medida de segurança, passou ao tratamento ambulatorial. Narra o Presidente do Tribunal de Justiça do Piauí (TJPI) que os pais do paciente foram localizados e participaram dessa transição, ocasião em que “a mãe deste fez

²⁰⁷ TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO PIAUÍ. **Cartilha do Programa de Cuidado Integral do Paciente Psiquiátrico**. 2016, n.p.

²⁰⁸ TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO PIAUÍ. **Cartilha do Programa de Cuidado Integral do Paciente Psiquiátrico**. 2016, n.p., grifamos.

²⁰⁹ TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO PIAUÍ. **Cartilha do Programa de Cuidado Integral do Paciente Psiquiátrico**. 2016, n.p.

questão de me dar forte abraço, agradecendo a possibilidade de ter seu filho consigo, recebendo o tratamento devido [...]”.²¹⁰ Quando questionado acerca da preocupação com a eventual periculosidade do agente, a cartilha dita que, no âmbito do PCIPP, em consonância com as diretrizes da reforma psiquiátrica, “a preocupação exclusiva é de dar ao paciente o tratamento necessário e durante o tempo necessário”.²¹¹

Sobre a possibilidade de prática de novos delitos e reincidência, a cartilha responde que é do entendimento médico que, quanto aos portadores de sofrimento mental grave que estão em tratamento, de forma adequada, os surtos podem ser controlados, tendo os pacientes a mesma possibilidade de cometimento de crime que as pessoas que não se acham em sofrimento psíquico. Quando o paciente não possui laços familiares, a solução aplicada é a do encaminhamento até uma residência terapêutica, mantido pelo Poder Executivo. Ademais, outro passo importante foi dado, com a extinção de um hospital psiquiátrico que existia desde 1996.

A Secretaria de Estado da Justiça do Piauí, em cumprimento aos direitos e garantias fundamentais previstos na Constituição Federal e nos termos da Lei 10.216/2001, que trata da Reforma Psiquiátrica no Brasil e em consonância com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade (PNAISP), **extinguiu**, neste ano de 2016, de sua estrutura administrativa, **o Hospital Penitenciário Valter Alencar que, por sua vez, nunca esteve inserido no sistema de saúde SUS**, mas vinha recolhendo as pessoas com transtorno mental do Sistema Prisional do Piauí, desde 1996.²¹²

Externou o então Secretário de Justiça, Daniel Carvalho, que o objetivo foi de fato alinhar as políticas públicas às necessidades das pessoas em sofrimento mental, reconhecendo-se que para isso, deve haver uma mudança do próprio Sistema Penitenciário. O então Secretário de Saúde do estado, Francisco Costa, externa que essas medidas são parte do fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial objetivando a desinstitucionalização e o reforço ao protagonismo dos pacientes, garantindo seus direitos fundamentais bem como a sua reinserção social.

A Secretaria de Estado da Saúde, através de ações junto à Gerência de Saúde Mental, que coordena as ações específicas da área, vem implementando ações como a abertura de duas residências terapêuticas, direcionando para essas unidades 16 pacientes do Hospital Penitenciário Valter Alencar. Essa **expansão dos serviços residenciais terapêuticos do Estado do Piauí traz o retorno do princípio da dignidade humana**, onde estas pessoas, ao longo dos anos, com as diversas internações psiquiátricas, perderam suas histórias e trajetórias individuais, devido ao

²¹⁰ TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO PIAUÍ. **Cartilha do Programa de Cuidado Integral do Paciente Psiquiátrico**. 2016, n.p.

²¹¹ TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO PIAUÍ. **Cartilha do Programa de Cuidado Integral do Paciente Psiquiátrico**. 2016, n.p.

²¹² TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO PIAUÍ. **Cartilha do Programa de Cuidado Integral do Paciente Psiquiátrico**. 2016, n.p., destaques nossos.

abandono nos manicômios, e que se materializam, assim, como personagens do impossível.²¹³

Entretanto, mesmo com tanta relutância, os programas (e a própria reforma psiquiátrica) são a prova de que uma assistência humanizada, pautada no respeito aos princípios e garantias fundamentais aos portadores de sofrimento mental é plenamente possível. Ainda que coexistindo com as medidas de segurança e sua aplicação, os projetos têm quebrado barreiras e feito com que a reforma psiquiátrica seja mais aplicada. Duas décadas se passaram desde a edição da Lei Antimanicomial. Muito já deveria ter sido feito no âmbito nacional. Longe se está do que podemos considerar como completo fechamento das instituições com características asilares, porém, diversos outros métodos alternativos podem começar a ser executados desde já para que se alcance o que a recente Resolução nº 487/2023 do CNJ veio estabelecer: o fechamento completo dos manicômios judiciários.

O avanço proporcionado pelo movimento antimanicomial, pela psicologia social e pela antipsiquiatria na ruptura com as categorias estigmatizadoras do sistema periculosista demonstra que é possível resistir ao punitivismo e encontrar alternativas às formas violentas de imposição de sanções pelo sistema penal.²¹⁴

Exemplos existem. Os programas provaram que, apesar dos desafios institucionais, é possível avançar no tema. Deve-se trabalhar incessantemente a mentalidade de todos aqueles que constituem o ordenamento jurídico e o sistema penal para que haja o abandono por completo da concepção de periculosidade, sendo este um fundamento comprovadamente defasado para justificar a aplicação das medidas de segurança. Estas devem ser completamente reformuladas, por meio da alteração legislativa dos textos penais (CP e LEP), e a posteriori, deverão ser completamente extintas, passando assim, a tutela do portador de sofrimento mental ao sistema de saúde. De igual forma, esta deve ser uma questão de saúde mental, de valoração dos direitos humanos e de fiel cumprimento da legislação mais benéfica, qual seja, a lei 10.216/2001.

²¹³ TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO PIAUÍ. **Cartilha do Programa de Cuidado Integral do Paciente Psiquiátrico**. 2016, destacamos.

²¹⁴ CARVALHO, Salo de. **Pena e medidas de segurança no direito penal brasileiro: fundamentos e aplicação judicial** – São Paulo: Saraiva, 2013, p. 531.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar dos avanços com o advento da Lei da Reforma Psiquiátrica e mesmo demonstrando-se a preponderância desta frente a legislação penal, notou-se que a aplicação da referida legislação tem encontrado muita resistência. Há um choque entre o estigma atribuído ao inimputável, de sujeito perigoso e imprevisível, e o sujeito de direitos, que carece de atenção e ajuda em saúde mental, erguido pela luta antimanicomial.

Portanto, de antemão, deve-se ter em mente que a medida de segurança não pode continuar tendo como elemento legitimador a periculosidade, que se trata de um conceito indefinido e que não pode ser aferido. Não se trata apenas de uma questão de prevenção especial negativa do inimputável e de conseqüente “proteção social”. É imprescindível o reconhecimento dos pacientes judiciários como sujeitos de direitos, ao mesmo tempo em que é necessário ver o modelo manicomial tal qual ele de fato é: uma punição dupla, pelo crime e pela loucura. Na verdade, impõe-se que, a partir do momento em que se reconheça a inimputabilidade de alguém que cometeu injusto penal, de imediato deve haver a extinção da jurisdição penal sobre ele.

Ficou evidenciado que para o sistema penal, os sentenciados às medidas de segurança seguem sendo associados à periculosidade, mesmo que essa atribuição seja comprovadamente indeterminável e incabível juridicamente. Ao passo em que, para a Lei nº 10.216/2001, as pessoas em sofrimento psíquico em conflito com a lei são sujeitos de direitos, dignos da proteção constitucional que os resguarda, principalmente no que diz respeito à dignidade da pessoa humana. Inclusive, comparando-se as diretrizes da Constituição Federal de 1988 e o modo como as medidas de segurança são executadas, vê-se que estas precisam urgentemente serem extintas, começando por seu fundamento. Isso só será possível através da adesão à multidisciplinariedade entre o sistema penal e o sistema de saúde pública. Dessa forma, será viável o reestabelecimento de uma discussão mais crítica e racional acerca desse instituto que da forma como é executado hoje, fere o Estado Democrático de Direito.

Outro ponto evidenciado ao longo do trabalho foi que a noção de periculosidade, que fundamenta a aplicação, manutenção e extinção das medidas de segurança, é uma noção muito questionável e contraditória. Através da análise dos laudos de cessação da periculosidade pode-se perceber que a ausência de cientificidade é evidente. Junto dela, percebeu-se também a arbitrariedade no tange a seleção dos fatores relevantes ou não para detecção da face perigosa do inimputável. Assim, viu-se que, a depender do profissional

responsável pela condução do exame, o resultado pode ser completamente distinto em razão das variantes consideradas por cada um.

Toda a análise da contradição dos laudos só reforça o que, nesse trabalho, está sendo defendido: a periculosidade, por ser indefinível, relativa e sem nenhuma possibilidade de ser mensurada jamais justificará o aprisionamento do portador de sofrimento mental muito menos pode ser elemento legitimador da perpetuação do modelo manicomial. Foi demonstrado que os próprios peritos indicam que não há como estabelecer a cessação de periculosidade de forma irrefutável, pois esse seria um exercício de futurologia. Além disso, em razão da imprecisão do conceito de perigoso, demonstrou-se que muitos pacientes permanecem reclusos por falta de apoio familiar, circunstância essa alheia a pessoa do inimputável, mas que em razão dela, a periculosidade é considerada presente. Isso acontece porque muitos psiquiatras não querem responsabilizar-se pela eventual reincidência do inimputável, então, escolhem mantê-los sob a tutela dos Hospitais de Custódia Psiquiátricos por tempo indeterminado.

Ademais, viu-se que, através dos Programas PAILI, PAI-PJ e PCIPP, o abandono do modelo manicomial vigente no sistema penal brasileiro é possível. Porém, é importante ressaltar que esses programas continuam vinculados à esfera jurisdicional/penal, e o que se defende aqui é que a adesão a esses programas seja uma escada para a entrega completa da tutela do inimputável ao sistema público de saúde mental. Isso porque, é sabido que a deficiência do sistema único de saúde no Brasil retarda o processo de abandono integral do modelo manicomial, mas através dos programas, a mentalidade, tanto do Estado como da sociedade, começa a mudar em relação ao inimputável, inclusive em relação ao afastamento da noção de periculosidade, podendo evidenciar a questão da ressocialização. Assim, por meio de uma permanente atuação conjunta entre dos poderes públicos (Executivo, Legislativo e Judiciário), a sociedade e o sistema de saúde, será possível, a longo prazo, uma transição integral do sistema de cumprimento das medidas de segurança atual para o modelo antimanicomial, tendo por base os programas de assistência integral ao paciente psiquiátrico ultra mencionados.

Foi demonstrado também que a psiquiatria atual não enxerga a loucura como doença a ser curada. Através dos programas de assistência mencionados, ficou evidente que os envolvidos, entre eles psiquiatras e psicólogos, reconhecem que tratar o inimputável agora significa trabalhar junto dele a ressocialização, de modo que haja remissão em seus sintomas. Essa modificação de paradigmas em relação ao portador de sofrimento mental, e também nos

conceitos de doença mental e de indivíduo perigoso, é significativa, mas é extremamente necessária para que o estigma da periculosidade seja superado. Ressalta-se que a alteração legislativa é imprescindível nesse processo, de modo que ao retirar o termo do ordenamento jurídico, a medida de segurança perderá seu fundamento. Assim, mais perto se chegará do objetivo traçado pela recente Resolução 487/2023 do CNJ: completo fechamento de todas as instituições manicomiais do país.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMARANTE, P.; TORRE, E. H. G.. “De volta à cidade, sr. cidadão!” - reforma psiquiátrica e participação social: do isolamento institucional ao movimento antimanicomial. **Revista de Administração Pública**, v. 52, n. 6, p. 1090–1107, nov. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rap/a/VxnVVXZN4bD3bqCTVJwzxBQ/abstract/?lang=pt#>
- ANITUA, Gabriel Ignacio. **Histórias dos pensamentos criminológicos** / Gabriel Ignacio Anitua; Trad. Sérgio Lamarão. – Rio de Janeiro: Revan; Instituto Carioca de Criminologia, 2008.
- BARROS-Brisset, Fernanda Otoni de. **Por uma política de atenção integral ao louco infrator** / Fernanda Oton de Barros-Brisset. - Belo Horizonte: Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais, 2010, 58p. Disponível em: https://www.tjmg.jus.br/data/files/41/A7/51/FD/204636104C5F1436B04E08A8/livreto_pai.pdf
- BERGER, Peter L. **Perspectivas sociológicas**: uma visão humanística. Petrópolis: Vozes, 1986.
- BRANCO, Thaynara Castelo. **A (des)legitimação das medidas de segurança no Brasil** / Thaynara Castelo Branco. – 2. ed., ver. e ampl. – Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2018.
- BRASIL, Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 5 out. 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm
- BRASIL. Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. **Código Penal, 1940**.
- BRASIL. **Lei 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília. 2001.
- BRASIL. Superior Tribunal de Justiça (3ª Seção). **Súmula n. 527**. O tempo de duração da medida de segurança não deve ultrapassar o limite máximo da pena abstratamente cominada ao delito praticado. Julgado em 13/05/2015.
- BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **EREsp 998.128/MG**, Rel. Ministro RIBEIRO DANTAS, TERCEIRA SEÇÃO, julgado em 27/11/2019, DJe 18/12/2019.
- BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **HC 201120**, Rel. Min. Roberto Barroso, 1ª T., julg. 23/8/2021. Disponível em: <https://jurisprudencia.stf.jus.br>
- BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **HC 97.621/RS**, Rel. Min. Cezar Peluso, 2ª T., julg. 2/6/2009. Disponível em: <https://jurisprudencia.stf.jus.br>
- BRASIL. **Lei de execução Penal**. Lei nº 7210 de 11 de julho de 1984.
- CARNEIRO, Hebert José Almeida. A dignidade dos cidadãos inimputáveis. **Responsabilidades**: Revista interdisciplinar do Programa de Atenção ao Paciente Judiciário, Belo Horizonte, v. 1, n. 1, p.23-36, mar. 2011. Disponível em: <https://bd.tjmg.jus.br/server/api/core/bitstreams/38a46d97-5119-4427-8a17-061b6d1bbaca/content>

CARRARA, Sérgio. **Crime e loucura: o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século** – Rio de Janeiro: Ed UERJ; São Paulo: Ed USP, 1998.

CARVALHO, Salo de. **Pena e medidas de segurança no direito penal brasileiro: fundamentos e aplicação judicial.** – São Paulo: Saraiva, 2013.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Louco Infrator e o Estigma da Periculosidade/** Conselho Federal de Psicologia. VENTURINI, Ernesto; DE MATTOS, Virgílio; OLIVEIRA, Rodrigo Tôrres. - Brasília: CFP, 2016. 356p. Disponível em: <http://site.cfp.org.br/publicacao/o-louco-infrator-e-o-estigma-da-periculosidade/>

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. Resolução n. 113, de 20 de abril de 2010. Dispõe sobre o procedimento relativo à execução de pena privativa de liberdade e de medida de segurança, e dá outras providências. **Portal CNJ.** Brasília, 2010. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/136>

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. Resolução n. 487, de 15 de fevereiro de 2023. Institui a Política Antimanicomial do Poder Judiciário e estabelece procedimentos e diretrizes para implementar a Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência e a Lei n. 10.216/2001, no âmbito do processo penal e da execução das medidas de segurança. **Portal CNJ.** Brasília, 2023. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/programas-e-acoes/direitos-humanos/politica-antimanicomial-do-poder-judiciario/>

CONSELHO NACIONAL DE POLÍTICA CRIMINAL E PENITENCIÁRIA. Resolução n. 4, de 30 de julho de 2010. Dispõe sobre as Diretrizes Nacionais de Atenção aos Pacientes Judiciários e Execução da Medida de Segurança. **D.O.U.** Brasília, 2 ago. 2010.

CONSELHO NACIONAL DE POLÍTICA CRIMINAL E PENITENCIÁRIA. Resolução n. 5, de 04 de maio de 2004. Dispõe a respeito das Diretrizes para o cumprimento das Medidas de Segurança, adequando-as à previsão contida na Lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001. **D.O.U.** Brasília, 14 maio. 2004. Disponível em: <https://www.gov.br/senappen/pt-br/pt-br/composicao/cnpcp/resolucoes/2004/resolucao05de04demaiode2004.pdf/view>

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DE SÃO PAULO. **Medida de segurança** – uma questão de saúde e ética. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2013. 256 p.

COSTA, Gabriel Silva. **A periculosidade criminal: uma discussão conceitual em evolução.** 2019. 241 p. Mestrado - Faculdade de Direito. Universidade de São Paulo, São Paulo. 2019. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/2/2136/tde-02072020-152506/pt-br.php>

D' ANDREA, G.; DE BRITO, E. S.; VENTURA, C. A. A. DIREITO À SAÚDE MENTAL E EVOLUÇÃO DA MEDIDA DE SEGURANÇA À LUZ DA REFORMA PSQUIÁTRICA. **Revista Eletrônica da Faculdade de Direito de Franca, [S. l.], v. 7, n. 1,** 2013. Disponível em: <https://revista.direitofranca.br/index.php/refdf/article/view/213>

DE TILIO, Rafael. “A querela dos direitos”: loucos, doentes mentais e portadores de transtornos e sofrimentos mentais. *In: Paidéia (Ribeirão Preto)*, vol. 17, nº 37, Ribeirão Preto: EDUSP, p. 195-206, Mai./Ago. 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/paideia/a/sTG9pZ4kwGpj6W3XkdS59x/>

DINIZ, Debora. **A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil: censo 2011.** Brasília: LetrasLivres: Universidade de Brasília, 2013.

FILHO, Francisco Bissoli. **O estigma da criminalização no sistema penal brasileiro: dos antecedentes à reincidência criminal.** 360f. Dissertação (Mestrado) – Curso de Direito,

Universidade Federal de Santa Catarina. Santa Catarina, 1997. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/77220>

FOUCAULT, M. (1975) Aula de 12 de março de 1975. In **Os anormais**: curso no collège de France 1974-1975. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

FOUCAULT, Michel. **A história da loucura na idade clássica**. 6. ed. São Paulo: Perspectiva, 2002.

FOUCAULT, Michel. **Doença Mental e Psicologia (1954)**. 2. ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1984.

FRAGOSO, Heleno Cláudio. **Sistema do duplo binário**: vida e morte. In: Studi in memoria di Giacomo Delitala: volume 3. Milano: Dott. A. Giuffré, p.1907-1930. 1984.

FREITAS, Sérgio Henriques Zandona e OLIVEIRA, Marcelo Matos de. A medida de segurança e os direitos humanos: a periculosidade à luz da Lei 10.216/2001 e da necessidade de limitação do poder punitivo do Estado. **Revista de Criminologias e Políticas Criminais**. Goiânia. v. 5, n. 1. p. 58 – 78. Jan/Jun. 2019. Disponível em: <<https://www.indexlaw.org/index.php/revistacpc/article/view/5473>>

HUNGRIA, Nelson. **Comentários ao Código Penal**, artigos 75 ao 101. Rio de Janeiro, Forense, vol. III, 1959.

JACOBINA, Paulo Vasconcelos. Direito penal da loucura: Medida de Segurança e Reforma Psiquiátrica. **Revista de Direito Sanitário**, vol. 5, n. 1, p. 67-85, março de 2004. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/80889>

LOMBROSO, Cesare, 1885-1909. **O homem delinqüente** / tradução Sebastião José Roque. - São Paulo: Ícone, 2007.

MATTOS, Virgílio de. **Crime e psiquiatria**: uma saída: preliminares para a desconstrução das medidas de segurança – Rio de Janeiro: Revan, 2006, 238p.

MECLER, Kátia. Periculosidade: Evolução e aplicação do conceito. **Rev. Bras. Crescimento Desenvolvimento. Hum.** 2010; 20(1): 70-82. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v20n1/10.pdf>

MELO, W.; FERREIRA, A. P. Clínica, pesquisa e ensino: Nise da Silveira e as mutações na psiquiatria brasileira. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 16, n. 4, p. 555–569, dez. 2013, p. 560. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlpf/a/5QXgzYzh6yhJsrzjh7j3sG/#>

MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL. Parecer sobre as medidas de segurança e hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico sob a perspectiva da lei nº 10.216/2001. Brasília, 2011. Disponível em: <http://www.mpce.mp.br/wp-content/uploads/2016/03/Parecer-sobre-Medidas-de-Seguranca-e-Hospitais-de-Custodia-e-Tratamento-Psiquiatrico-sob-a-perspectiva-da-Lei-N.-10.216-de-2001.pdf>

MITJAVILA, Myriam Raquel e MATHES, Priscilla Gomes. Doença mental e periculosidade criminal na psiquiatria contemporânea: estratégias discursivas e modelos etiológicos. *Physis*: **Revista de Saúde Coletiva**, pp. 1377-1395, set. 2012, v. 22, n 4. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/CmjYCF7hYgQPLS7BPRBMPH/abstract/?lang=pt>

NAÇÕES UNIDAS. **Princípios das Nações Unidas para a Proteção das Pessoas com Doença Mental e para a Melhoria dos Cuidados de Saúde Mental**. Adaptada pela Resolução 46/119 da Assembleia Geral das Nações Unidas, de 18 de Fevereiro de 1992. Nova Iorque: Nações Unidas; 1992.

OLIVEIRA, Flávio Antônio de. Reflexo derogatório da sistematização da Medida de Segurança detentiva do Código Penal sob a vigência da Lei Antimanicomial à luz dos princípios constitucionais e da prevalência dos direitos humanos. **Revista Eletrônica Direito e Política**, Programa de Pós- Graduação Stricto Sensu em Ciência Jurídica da UNIVALI, Itajaí, v.12, n.2, 2º quadrimestre de 2017. Disponível em: www.univali.br/direitoepolitica

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Declaração de Caracas**. Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina no Contexto dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS). Caracas, Venezuela, 14 nov. 1990. Organização Mundial da Saúde, 1990.

PAILI, Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator / Haroldo Caetano da Silva (coord.) 3. ed. – Goiânia: MP/GO, 2013. 60p. Disponível em: http://www.mpgop.mp.br/portal/arquivos/2013/08/19/15_33_20_501_mioloPAILI_Layout.pdf

PEREIRA, Mário Eduardo Costa. Pinel — a mania, o tratamento moral e os inícios da psiquiatria contemporânea. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**. 2004, pp. 113-116, v. 7, n. 3. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlpf/a/rXNVvsX6rzFsX3wpVYdB4Lj/?lang=pt>

PERES, M. F. T. e NERY FILHO, A.: A doença mental no direito penal brasileiro: inimputabilidade, irresponsabilidade, periculosidade e medida de segurança. **História, Ciências, Saúde**. Manguinhos, Rio de Janeiro, vol. 9(2):335-55, maio-ago. 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/Kd7b5QmLDPGkZwJMQ4wPCpP/>

PESSOTTI, Isaias. **O século dos manicômios** / Isaias Pessotti. – São Paulo: Ed. 34, 1996.

PESSOTTI, Isaias. Sobre a teoria da loucura no século XX. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 2, p. 113-123, dez. 2006. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2006000200002

PRADO, Alessandra Mascarenhas e SHINDLER, Danilo. A medida de segurança na contramão da Lei de Reforma Psiquiátrica: sobre a dificuldade de garantia do direito à liberdade a pacientes judiciários. **Revista Direito GV**. 2017, v. 13, n. 2, pp. 628-652. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rdgv/a/KGgqPYqS3hJqswcJK6PgzvD/abstract/?lang=pt>

RAUTER, Cristina. **Criminologia e subjetividade no Brasil** – Rio de Janeiro: Revan, 2003.

RIBEIRO, R. L. MEDIDA DE SEGURANÇA E GARANTISMO PENAL: SECURITY MEASURE AND CRIMINAL GARANTISM. **Delictae Revista de Estudos Interdisciplinares sobre o Delito**, [S. l.], v. 3, n. 5, p. 177–200, 2018. Disponível em: <https://delictae.com.br/index.php/revista/article/view/82>

ROVINSKI, Sonia Liane Reichert. **Fundamentos da perícia psicológica forense** / Sonia Liane Reichert Rovinski.- 23 ed. São Paulo: Vetor, 2007.

SANTOS, A. L. G. DOS.; FARIAS, F. R. DE. Criação e extinção do primeiro Manicômio Judiciário do Brasil. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 17, n. 3, p. 515–527, set. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlpf/a/v68Pd7jdRJRjXF5fQQNdwcCNH/>

SILVA, L. F. da; SANTOS, H. L. R. Análise Histórico-Crítica da Construção de Discursos nos Diagnósticos Psiquiátricos de Mulheres no Manicômio Judiciário de Alagoas. **Direito Público**, [S. l.], v. 18, n. 98, 2021, p. 47. Disponível em: <https://www.portaldeperiodicos.idp.edu.br/direitopublico/article/view/5186>

SILVA, T. G. EXAME CRIMINOLÓGICO NA FASE DA EXECUÇÃO PENAL: DIAGNÓSTICOS E PROGNÓSTICOS. **Revista Transgressões**, [S. l.], v. 3, n. 1, p. 270–292, 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/transgressoes/article/view/7206>

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO PIAUÍ. **Cartilha do Programa de Cuidado Integral do Paciente Psiquiátrico**. 2016, n.p. Disponível em: <https://www.tjpi.jus.br/portaltjpi/vep/vep-publicacoes/cartilha-do-programa-de-cuidado-integral-do-paciente-psi-quiatrico-pcipp/>

TRISTÃO, Adalto Dias. **Sentença criminal: prática de aplicação de pena e medida de segurança** / Adalto Dias Tristão. 5 ed. rev. atual e ampl. – Belo Horizonte: Del Rey, 2001.

VALENÇA, A. M.; MORAES, T. M. DE. Relação entre homicídio e transtornos mentais. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 28, p. s62–s68, out. 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/7v5jJmfdtC7CggBQDCxVc6m/#>

VIEIRA, Karinny Guedes de Melo. **Cemitério dos esquecidos: uma metáfora que questiona a noção de periculosidade a partir da experiência do Centro Psiquiátrico Judiciário** / Karinny Guedes de Melo Vieira. – 2018. Disponível em: <https://www.repositorio.ufal.br/handle/riufal/3285>

YAROCHEWSKY, Leonardo Isaac; COELHO, Thalita da Silva. Periculosidade Criminal: conceito, tratamento e consequências. **Percursos Acadêmicos**, Belo Horizonte, v. 3, n. 5, p.22–34, jan./jun. 2013. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/percursoacademico/article/view/6255>