

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

INGRID LARISSA GOMES OLIVEIRA DE GOUVEIA

**REFLEXÕES SOBRE A EXECUÇÃO DAS MEDIDAS DE SEGURANÇA NO
BRASIL À LUZ DA REFORMA PSIQUIÁTRICA (LEI Nº 10.216/01)**

Maceió -AL

2022

Catálogo na fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central
Divisão de Tratamento Técnico
Bibliotecária: Taciana Sousa dos Santos – CRB-4 – 2062

G719r Gouveia, Ingrid Larissa Gomes Oliveira de.

Reflexões sobre a execução das medidas de segurança no Brasil à luz da reforma psiquiátrica (Lei nº 10.216/01) / Ingrid Larissa Gomes Oliveira de Gouveia. – 2022.
63 f.

Orientadora: Elaine Cristina Pimentel Costa.

Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso em Direito) – Universidade Federal de Alagoas. Faculdade de Direito de Alagoas. Maceió, 2022.

Bibliografia: f. 59-63.

1. Medidas de segurança (Direito penal) - Brasil. 2. Reforma psiquiátria. 3. Brasil [Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001]. 4. Luta antimanicomial. I. Título.

CDU: 343.2: 616.89

AGRADECIMENTOS

A Deus, norte da minha caminhada da vida, que esteve ao meu lado em cada dificuldade e em cada alegria e me deu forças para enfrentar os desafios propostos no curso de Direito, dentre eles este Trabalho de Conclusão de Curso.

Aos meus Pais, Rosângela e Itamar Gouveia, que além de me concederem o dom da vida me ensinaram lições valiosas para trilhar meus passos, sempre me incentivando na vida acadêmica.

À minha irmã, Letícia Gouveia, pelo eterno companheirismo e apoio.

A toda minha família, de sangue e de coração, que me incentivou a todo momento e não permitiu que eu desistisse.

Aos meus amigos, pela força, companheirismo e apoio em momentos de dificuldade.

Ao meu namorado e colega de classe Romeu Alexander Gois, meu maior companheiro em toda essa caminhada do curso e também na produção deste trabalho.

Ao meu amigo Eduardo Soares, pelo apoio e orientação durante a conclusão desta pesquisa.

A todos os pacientes do Centro Psiquiátrico Judiciário Pedro Marinho Suruagy, que me inspiraram a produzir este trabalho, através dos encontros viabilizados pelo projeto de extensão “Reconstruindo Elos”.

Por fim, à minha orientadora, Prof^a. Dr^a. Elaine Cristina Pimentel, minha referência acadêmica, pelas orientações e correções que permitiram a conclusão deste trabalho.

A todos, minha eterna gratidão.

RESUMO

A presente pesquisa aborda a execução das medidas de segurança no Brasil, fazendo um contraponto com a Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei nº 10.216/01), explicitando as incompatibilidades existentes entre o instituto medida de segurança e os direitos e diretrizes preconizados pelo diploma legal. Para tanto, inicialmente, foi feita análise dos dispositivos legais que disciplinam as medidas de segurança, abordando a quem o instituto se destina, seus fundamentos, suas modalidades, dentre outros aspectos. Em seguida, buscou-se analisar a realidade da execução das medidas de segurança no Brasil. Após, foi narrado o histórico do “Movimento Antimanicomial”, explicitando como o movimento culminou na promulgação da Lei nº 10.216/01, e, logo em seguida, foram detalhados os direitos e diretrizes de tratamento das pessoas em sofrimento mental previstos no diploma legal. Posteriormente, foram analisadas as contradições existentes entre o que preconiza a Lei da Reforma Psiquiátrica e a realidade enfrentada pelas pessoas submetidas à medida de segurança no Brasil, momento em que constatou-se que esses indivíduos encontram-se à margem da referida legislação, tendo seus direitos infringidos diuturnamente. Verificou-se a necessidade pungente de reorientação jurídico-legislativa do instituto medida de segurança, de modo a de modo a priorizar efetivo tratamento das patologias e a inserção dos pacientes no convívio social. Por fim, foram analisadas propostas doutrinárias de adequação do instituto medida de segurança às diretrizes da Lei nº 10.216/01, sendo possível concluir que o indivíduo submetido à medida de segurança deve ser direcionado para a rede de comum de saúde, sem distinção em relação as demais pessoas que necessitem de tratamento psiquiátrico, o que já vem ocorrendo em alguns estados do país através de Programas como o PAI-PJ, PAILI e PCIPP, enquanto outros estados continuam seguindo a lógica manicomial legitimada pela legislação penal.

Palavras-chaves: Medidas de Segurança. Lei da Reforma Psiquiátrica. Lei nº 10.216/01. Luta Antimanicomial. Reforma das Medidas de Segurança.

ABSTRACT

This research addresses the implementation of security measures in Brazil, making a counterpoint to the Psychiatric Reform Law (Law nº 10.216/01), explaining the existing incompatibilities between the institute and the rights and guidelines recommended by the legal diploma. To do so, initially, an analysis was made of the legal provisions that govern security measures, addressing who the institute is intended for, its foundations, its modalities, among other aspects. Next, we sought to analyze the reality of the implementation of security measures in Brazil. Afterwards, the history of the “Anti-asylum Movement” was narrated, explaining how the movement culminated in the promulgation of the Law Nº 10,216/01, and, shortly thereafter, the rights and guidelines for the treatment of the mentally handicapped provided for in the legal diploma were detailed. Subsequently, the existing contradictions between what the Psychiatric Reform Law advocates and the reality faced by people submitted to the security measure in Brazil were analyzed, at which time it was found that these individuals are on the fringes of that legislation, having their rights infringed on a daily basis. There was a strong need for a legal-legislative reorientation of the security measure institute, in order to prioritize effective treatment of pathologies and the insertion of patients in social life. Finally, doctrinal proposals for the adequacy of the security measure institute to the guidelines of Law Nº. 10.216/01 were analyzed, and it is possible to conclude that the individual submitted to the security measure must be directed to the common health network, without distinction in relation to other people who need psychiatric treatment, what has already been happening in some states of the country through programs such as the PAI-PJ, PAILI and PCIPP, while other states continue to follow the asylum logic legitimized by criminal legislation.

Keywords: Security Measures. Psychiatric Reform Act. Law Nº. 10,216/01. Anti-Asylum Fight. Reform of Security Measures.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 A EXECUÇÃO DAS MEDIDAS DE SEGURANÇA NO BRASIL	10
2.1 Disposições Legislativas Acerca das Medidas de Segurança	10
2.2 Panorama da Execução das Medidas de Segurança no Brasil	17
3 A REFORMA PSIQUIÁTRICA	25
3.1 O Movimento Antimanicomial	25
3.2 As Diretrizes para o Tratamento da Pessoas Acometidas de Transtorno Mental estabelecidas pela Lei nº 10.216 de 2001	31
4 INCOMPATIBILIDADES ENTRE A EXECUÇÃO DAS MEDIDAS DE SEGURANÇA E A LEI Nº 10.216/01: PROPOSTAS DE ADEQUAÇÃO	36
4.1 Incompatibilidades	36
4.2 Propostas de Alteração da Execução das Medidas de Segurança no Brasil	42
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	55
REFERÊNCIAS	59

1 INTRODUÇÃO

As pessoas em sofrimento mental passaram, ao longo da história, por diversos processos de exclusão e estigmatização. Taxadas como anormais, problemáticas e indesejáveis, foram historicamente relegadas pela sociedade, sendo negado a este grupo o convívio social. Por séculos, a política adotada em relação aos “loucos” era a de envio aos espaços de segregação, dentre eles os manicômios e as prisões, nos quais o enfermo permanecia isolado e, por muitas vezes, submetido a condições desumanas e à tortura.

Após a Segunda Guerra Mundial, consolidou-se a ideia dos Direitos Humanos Fundamentais, momento em que a humanidade passou a dar atenção às atrocidades a que alguns grupos eram submetidos. A partir deste marco, o modelo manicomial tradicional passou a ser duramente criticado por autores como Michel Foucault e Erving Goffman.

O principal crítico ao modelo manicomial tradicional foi o psiquiatra italiano Franco Basaglia (1924-1980) que insurgiu contra o poder psiquiátrico subjugador dos enfermos mentais. Basaglia, considerado o precursor da “Luta Antimanicomial” ou “Movimento Antimanicomial”, revolucionou o modo como os enfermos mentais são tratados e iniciou um processo de desinstitucionalização desses indivíduos na Itália, o que culminou na edição da Lei nº 180 de 1978, conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica Italiana, promovendo uma das primeiras e mais bem sucedidas reformas psiquiátricas da história.

No Brasil, o Movimento Antimanicomial teve como precursora a psiquiatra alagoana Nise da Silveira (1905-1999), veementemente contrária às formas agressivas de tratamento e contenção das pessoas em sofrimento mental. A Luta Antimanicomial foi consagrada no Brasil através da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

A referida legislação representou uma verdadeira quebra de paradigmas, trazendo ao nosso ordenamento jurídico diversos avanços nos direitos das pessoas com transtornos mentais e nas diretrizes para o seu tratamento, dentre eles, o direito de ser tratado em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis (inciso VIII, art. 2º) e a previsão de que o tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio (§ 1º, art. 4º).

Este diploma legal deve ser aplicado para toda e qualquer pessoa em sofrimento mental que necessite de tratamento, visto que o artigo primeiro da referida lei veda qualquer forma de discriminação na aplicação da legislação.

Todavia, os avanços promovidos pela Lei Reforma Psiquiátrica, que já conta com mais de 20 anos de vigência, ainda não alcançaram um grupo específico de indivíduos: as pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei. Esses indivíduos, ao praticarem um ilícito penal, são considerados inimputáveis, nos termos do art. 26 do Código Penal, e são submetidos à medida de segurança.

Como regra geral, o cumprimento das medidas de segurança se dá através da internação nos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, instituições de características asilares e prisionais, que não promovem o efetivo tratamento e reinserção social dos pacientes, condenando-os ao isolamento e segregação, na contramão dos direitos humanos fundamentais e da legislação pátria.

A realidade enfrentada pelas pessoas cumpridoras de medida de segurança no Brasil é preocupante e revela a absoluta desproporcionalidade e inadequação do instituto, o que fica ainda mais evidente diante da análise das incompatibilidades entre a execução das medidas de segurança e as diretrizes de tratamento das pessoas portadoras de transtornos mentais estabelecidas pela Lei 10.216/01.

Assim, esta pesquisa se justifica pela necessidade de rever o modo de execução das medidas de segurança no Brasil, à luz da Lei da Reforma Psiquiátrica, colocando em pauta a realidade vivenciada pelas pessoas cumpridoras de medidas de segurança, em especial aquelas que cumprem a internação em Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, sendo submetidas a um intenso isolamento e medicalização.

Demais, se justifica pelas evidentes incompatibilidades entre a Lei de Reforma Psiquiátrica e a legislação penal reguladora do instituto, que, por exemplo, prevê no Art. 97 do Código Penal a internação em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico como regra geral, enquanto a Lei 10.216/01 prevê, em seu Art. 4º, que a internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

O objetivo do presente trabalho é, portanto, analisar a execução das Medidas de Segurança no Brasil, e as disposições da legislação penal acerca do tema, fazendo um contraponto com as diretrizes de política pública de saúde mental trazidas pela Lei da Reforma Psiquiátrica, explicitando as incompatibilidades existentes entre os diplomas legais e realidade apresentada, e trazendo, ao fim, propostas de adequações e mudanças.

Para tanto, a metodologia utilizada envolve a pesquisa doutrinária, analisando as produções científicas acerca do tema Reforma Psiquiátrica e execução das medidas de segurança do Brasil. Também foi utilizada a metodologia de análise de documental, abordando os diplomas legais, resoluções, e decisões judiciais que tratam sobre o tema, além da análise

dos dados acerca da execução da medida de segurança no Brasil, obtidos, especialmente, através de duas pesquisas: “A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil: censo 2011.”¹ e “Inspeção aos Manicômios Judiciários - Relatório Brasil 2015”² Por fim, o estudo apresenta alternativas que possam promover a legitimação da execução das medidas de segurança no Brasil, garantindo os direitos dos indivíduos que são a elas submetidos.

¹ DINIZ, Debora. **A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil: censo 2011**. Brasília: Letras Livres: Universidade de Brasília, 2013.

² CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Inspeções aos manicômios – Relatório Brasil 2015**. Brasília: CFP, 2015.

2 A EXECUÇÃO DAS MEDIDAS DE SEGURANÇA NO BRASIL

2.1 Disposições Legislativas Acerca das Medidas de Segurança

Antes de adentrar nas disposições acerca da execução das medidas de segurança na legislação penal brasileira, cumpre explicitar a quem tal instituto se destina.

Será submetido à medida de segurança o indivíduo que, acometido por doença mental, praticar ato típico e antijurídico, sendo, ao tempo da ação ou omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.

Ao ato praticado por este indivíduo falta um dos elementos estruturantes do conceito analítico de crime, adotado pelo ordenamento jurídico pátrio: **a culpabilidade**, que pode ser definida, segundo o autor Nestor Alcebiades Ximenes³, como o “juízo de reprovabilidade social acerca de uma conduta (...), no qual o imputável precisa ter potencial consciência da ilicitude, verificando a possibilidade e a exigibilidade de atuar de outro modo”.

Assim, os acometidos por doença mental que pratiquem ato típico e antijurídico, sendo ao tempo da ação ou omissão inteiramente incapazes de entender o caráter ilícito do fato ou determinar-se de acordo com esse entendimento, não cometem crime, em razão da ausência de culpabilidade em sua conduta, sendo tal indivíduo classificado como um **inimputável** por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado.

O Código Penal Brasileiro (Decreto-Lei nº 2.848 de 1940⁴) prevê que será isento de pena o inimputável por doença mental, nos seguintes termos:

Art. 26 - É isento de pena o agente que, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.

Desse modo, reconhecida a inimputabilidade, o autor do ilícito penal deve ser absolvido, através de uma sentença absolutória imprópria. A sentença tem esta denominação por não se tratar de uma absolvição propriamente dita, já que o inimputável será submetido a uma das medidas de segurança previstas na legislação penal. Esclarecendo o tema, Guareschi e Weigert⁵ lecionam:

³ XIMENES, Nestor Alcebiades Mendes. **Medida de Segurança: Humanização e inclusão social das pessoas com sofrimento psíquico em conflito com a lei**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2020.

⁴ BRASIL. Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. **Código Penal, 1940**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm . Acesso em: 22 fev. 2022.

⁵ GUARESCHI, Neuza Maria de Fátima; WEIGERT, Mariana de Assis Brasil. A execução das medidas de segurança e a lei da reforma psiquiátrica no Brasil contemporâneo. **Revista Eletrônica do Curso de Direito UFSM**, Santa Maria/RS, v. 10, n. 2, p. 768/787, 2015, p. 770.

Em razão de a inimizabilidade ser uma causa de exclusão da culpabilidade – e esta um dos elementos do crime –, a conduta praticada pelo autor não pode ser adjetivada como crime, inexistindo, conseqüentemente, possibilidade de aplicação de pena. Não por outra razão, reconhecida a inimizabilidade, o Código de Processo Penal determina seja o réu absolvido. Trata-se, em realidade, na linguagem do processo penal, de uma absolvição *sui generis* ou imprópria, pois apesar de absolvido o sujeito é submetido à medida de segurança, permanecendo, portanto, sob a tutela do Estado penal.

Além da inimizabilidade, há a hipótese da semi-inimizabilidade, que se caracteriza quando o indivíduo é **parcialmente** incapaz de compreender o caráter ilícito da conduta ou de determinar-se de acordo com esse entendimento. Segundo Guareschi e Weigert, a semi-inimizabilidade representa uma zona intermediária entre a imimizabilidade, plenitude de responsabilidade penal, e a inimizabilidade, ausência de responsabilidade penal ⁶.

Conforme o Código Penal pátrio, sendo o caso de semi-inimizabilidade, deve o autor do fato ser submetido à pena, sendo esta reduzida de um a dois terços. É o que dispõe o parágrafo único do art. 26 do Código Penal:

Art. 26 (...)

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

Todavia, se for verificada a necessidade de tratamento curativo para o semi-imputável condenado ao cumprimento de pena, esta poderá ser substituída por medida de segurança, nos termos do art. 98 do Código Penal, *in verbis*:

Art. 98 - Na hipótese do parágrafo único do art. 26 deste Código e **necessitando o condenado de especial tratamento curativo, a pena privativa de liberdade pode ser substituída pela internação, ou tratamento ambulatorial**, pelo prazo mínimo de 1 (um) a 3 (três) anos, nos termos do artigo anterior e respectivos §§ 1º a 4º.

Desse modo, a medida de segurança também se destina ao semi-imputável, nos casos em que este necessitar de especial tratamento curativo.

Cumpramos ressaltar que, após a reforma da parte geral do Código Penal, a partir da Lei nº 7.209/1984, não é mais possível a imposição cumulativa ou sucessiva de pena e medida de segurança ao semi-imputável, tendo o legislador adotado expressamente o sistema vicariante (ou unitário).

Antes da referida reforma, vigorava o sistema duplo binário, no qual era possível determinar a imposição de pena e medida de segurança quando o condenado era considerado

⁶ GUARESCHI, Neuza Maria de Fátima; WEIGERT, Mariana de Assis Brasil. A execução das medidas de segurança e a lei da reforma psiquiátrica no Brasil contemporâneo. **Revista Eletrônica do Curso de Direito UFSM**, Santa Maria/RS, v. 10, n. 2, p. 768/787, 2015, p. 770.

periculoso, assim, era aplicada a pena e em seguida o apenado era submetido a uma medida de segurança. Atualmente, considerando a adoção do sistema vicariante no Código Penal pátrio, o juiz pode determinar ao semi-imputável a imposição de pena reduzida de um a dois terços **ou** a medida de segurança, caso seja constatada a necessidade de especial tratamento curativo, jamais as duas.

Esclarecendo esta questão, a Exposição de Motivos do Código Penal vigente (Exposição de Motivos nº 211, de 9 de maio de 1983, feita pelo então Ministro de Justiça Ibrahim Abi-Ackel⁷) dispõe:

87. Extingue o Projeto a medida de segurança para o imputável e institui o sistema vicariante para os fronteiriços. 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.

Por fim, a medida de segurança também pode ser aplicada no caso de superveniência de doença mental em condenados ao cumprimento de pena. Neste caso, o condenado ingressou no sistema penal como imputável, sendo imposta a este uma pena. Todavia, sobrevém uma doença mental, o que possibilita que este seja recolhido a hospital de custódia ou submetido a tratamento ambulatorial, conforme o caso indicar. É o que dispõem o art. 41 do Código Penal e o art. 183 da Lei de Execução Penal (Lei 7.210/1984⁸):

Art. 41 - O condenado a quem sobrevém doença mental deve ser recolhido a hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou, à falta, a outro estabelecimento adequado.
Art. 183. Quando, no curso da execução da pena privativa de liberdade, sobrevier doença mental ou perturbação da saúde mental, o Juiz, de ofício, a requerimento do Ministério Público, da Defensoria Pública ou da autoridade administrativa, poderá determinar a substituição da pena por medida de segurança.

Explicitado a quem as medidas de segurança se destinam, seguimos para explanação acerca do fundamento jurídico das mesmas.

Conforme consignado pelo trecho da exposição de motivos do Código Penal acima transcrito, enquanto a imposição de pena tem como fundamento a culpabilidade do agente, **a imposição de medida de segurança tem como fundamento a sua periculosidade.** Este fundamento está ancorado na ideia de “defesa social”, demonstrando a intenção da ordem

⁷ BRASIL. Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. **Código Penal, 1940.** Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-2848-7-dezembro-1940-412868-exposicaodemotivos-148972-pe.html> . Acesso em : 22 fev. 2022.

⁸ BRASIL. Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984. **Institui a Lei de Execução Penal, 1984.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/17210.htm . Acesso em : 22 fev. 2022.

jurídica de afastar o indivíduo tido como “periculoso” do convívio em sociedade, considerando a possibilidade de futuras práticas delitivas.

Importante ressaltar que, para que seja aplicada uma das medidas de segurança, é necessário não só a averiguação da periculosidade do indivíduo, mas também a prática de uma conduta ilícita e típica pelo inimputável por doença mental. Assim, a periculosidade é, ao mesmo tempo, fundamento da medida de segurança, como também pressuposto, ao lado da prática de um injusto penal não culpável em decorrência da inimputabilidade por enfermidade mental do agente.

Guareschi e Weigert⁹, tratando sobre a periculosidade, lecionam:

O sujeito perigoso, ou dotado de periculosidade, é aquele que diferentemente do culpável/imputável não possui condições de discernir a situação em que está envolvido, sendo impossível avaliar a ilicitude do seu ato e, conseqüentemente, atuar conforme as expectativas jurídicas.

Helena Fragoso¹⁰ conceitua a periculosidade nos seguintes termos:

(...) um juízo de probabilidade de que novos crimes sejam praticados. Um juízo sobre o comportamento futuro do agente, constituindo-se uma verdadeira “ficção jurídica”, posto que não existe fórmula positiva ou científica para determinar a periculosidade de um indivíduo.

Assim, a periculosidade representa um juízo prospectivo, baseado na ideia de que os doentes mentais provavelmente irão praticar novos atos ilícitos, movidos por seus “impulsos” irracionais, sendo a medida de segurança um modo de afastar tais indivíduos do convívio social, buscando neutralizá-los.

Tecendo sua crítica ao uso do conceito de periculosidade, Virgílio de Mattos¹¹ leciona:

“(...) o conceito de periculosidade não possui nenhum fundamento científico, sendo fruto muito mais de um preconceito oracular sobre o futuro comportamento problemático (‘desviante’, ‘criminoso’) do cidadão problemático (seja criança, adolescente, adulto ou idoso) do que propriamente de uma situação concreta”

A periculosidade, ao representar o fundamento para a imposição da medida de segurança, também representa critério para o encerramento da medida, visto que a liberação do paciente submetido à medida de segurança é condicionada à cessação da sua periculosidade. É o que se extrai do § 1º do art. 97 do Código Penal, que dispõe: “A internação, ou tratamento

⁹ GUARESCHI, Neuza Maria de Fátima; WEIGERT, Mariana de Assis Brasil. A execução das medidas de segurança e a lei da reforma psiquiátrica no Brasil contemporâneo. **Revista Eletrônica do Curso de Direito UFSM**, Santa Maria/RS, v. 10, n. 2, 2015, p. 771.

¹⁰ FRAGOSO, Helena Cláudio. **Sistema do duplo binário: vida e morte**. In: Studi in memoria di Giacomo Delitala: volume 3. Milano: Dott. A. Giuffrè, p.1907-1930. 1984

¹¹ MATTOS, Virgílio de. **Crime e Psiquiatria: Uma Saída: Preliminares para a Desconstrução das Medidas de Segurança**. Rio de Janeiro: Revan, 2006, p.176.

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”.

O referido dispositivo trouxe diversas discussões acerca da sua constitucionalidade, visto que a possibilidade de aplicação da medida de segurança por tempo indeterminado infringe os princípios norteadores do Estado Democrático de Direito, estabelecidos na Constituição Federal, dentre eles a vedação da aplicação de penas de caráter perpétuo, prevista no art. 5º, inciso XLVII, alínea “b” da Carta Magna.

Demais, a discussão quanto ao referido dispositivo legal leva em consideração os princípios da proporcionalidade e isonomia, afinal não é proporcional impor ao indivíduo uma restrição de liberdade demasiadamente longa quanto este cometeu um crime punível com uma pena abstrata baixa, assim como desrespeita o princípio da isonomia se o inimputável permanece sob custódia do Estado por mais tempo que o imputável que tiver cometido o mesmo ilícito penal.

Diante dessas questões, visando sanar a referida inconstitucionalidade, o Superior Tribunal de Justiça publicou, em maio de 2015, a Súmula 527: O tempo de duração da medida de segurança não deve ultrapassar o limite máximo da pena abstratamente cominada ao delito praticado (Súmula 527, TERCEIRA SEÇÃO, julgado em 13/05/2015, DJe 18/05/2015)¹². Desse modo, a partir da publicação da referida Súmula, a duração da medida de segurança é limitada pelo máximo da pena abstratamente cominada ao delito praticado.

Feita explanação acerca da periculosidade e da duração das medidas de segurança, seguimos para a análise das disposições da legislação penal nacional sobre a medida de segurança e suas espécies.

A medida de segurança tem natureza jurídica controversa. Alguns autores, como Guilherme de Souza Nucci, defendem que se trata de uma forma de sanção penal, com caráter preventivo e curativo¹³, enquanto outros, como Zaffaroni e Pierangelli, defendem que trata-se de medida materialmente administrativa e formalmente penal, e que juridicamente não pode ser denominada de “sanção”¹⁴.

¹² 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, DJe 18/05/2015. Disponível em: < https://www.coad.com.br/busca/detalhe_16/2491 > Acesso em: 31 maio 2022.

¹³ NUCCI, Guilherme de Souza. **Código Penal Comentado**. 7 ed. São Paulo: Revistas dos Tribunais, 2007, p. 479.

¹⁴ ZAFFARONI, Eugenio Raúl e PIERANGELLI, José Henrique. **Manual de Direito Penal Brasileiro: Parte Geral**. 11 ed., São Paulo: Revistas dos Tribunais, 2015, p.118.

Segundo Aníbal Bruno, as “Medidas de segurança são “meios jurídicos-penais de que serve o Estado para remover ou inocular o potencial de criminalidade do homem perigoso. Seu fim não é punir, mas corrigir ou segregar”¹⁵.

O Código Penal Pátrio não traz um conceito para medida de segurança, nem esclarece sua natureza jurídica, abordando apenas as suas espécies. São duas as modalidades de medida de segurança: a internação hospitalar, considerada detentiva, e o tratamento ambulatorial, considerado restritivo. Sobre as referidas espécies, dispõe o art. 96 do Código Penal, *in verbis*:

Art. 96. As medidas de segurança são:

I - **Internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico** ou, à falta, em outro estabelecimento adequado;

II - sujeição a **tratamento ambulatorial**.

Parágrafo único - Extinta a punibilidade, não se impõe medida de segurança nem subsiste a que tenha sido imposta.

Quanto às referidas espécies, a Exposição de Motivos do Código Penal¹⁶ vigente esclarece:

89. Duas espécies de medida de segurança o Projeto: a detentiva e a restritiva. **A detentiva consiste na internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico**, fixando-se o prazo mínimo de internação entre um e três anos. Esse prazo tornar-se-á indeterminado, perdurando a medida enquanto não for verificada a cessação da periculosidade por perícia médica. A perícia deve efetuar-se ao término do prazo mínimo prescrito e repetir-se anualmente.

90. O Projeto consagra significativa inovação ao prever a **medida de segurança restritiva, consistente na sujeição do agente a tratamento ambulatorial, cumprindo-lhe comparecer ao hospital nos dias que lhe forem determinados pelo médico, a fim de ser submetido à modalidade terapêutica prescrita**.

91. Corresponde a inovação às atuais tendências de "desinstitucionalização", sem o exagero de eliminar a internação. Pelo contrário, o Projeto estabelece limitações estritas para a hipótese de tratamento ambulatorial, apenas admitido quando o ato praticado for previsto como crime punível com detenção.

Sobre o tema, Azevedo e Capra expõem¹⁷:

Em relação a tais modalidades, a distinção básica é que, **enquanto a internação pressupõe o abrigo em hospital de custódia, o tratamento ambulatorial não obriga a permanência em instituição de tal natureza, mas tão somente o comparecimento a hospital para receber o atendimento**.

Resta evidente que a internação hospitalar é modalidade mais gravosa de intervenção, impondo maior restrição à liberdade ao indivíduo, enquanto o tratamento ambulatorial permite que ele permaneça em convívio com a sociedade, apenas comparecendo ao hospital nos dias designados para receber tratamento.

¹⁵ BRUNO, Aníbal. **Perigosidade Criminal e Medidas de Segurança**. Rio de Janeiro. Editora Rio. 1977

¹⁶ BRASIL. Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. **Código Penal, 1940**. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-2848-7-dezembro-1940-412868-exposicaodemotivos-148972-pe.html> . Acesso em : 22 fev. 2022.

¹⁷ AZEVEDO, Rodrigo Ghiringhelli de; CAPRA, Luiz Antônio Alves. Lógica manicomial e invisibilidade: estudo sobre os internos do Instituto Psiquiátrico Forense Doutor Maurício Cardoso – IPF-RS. **Revista Brasileira de Ciências Criminais**. vol. 144. ano 26. p. 125-158. São Paulo: Ed. RT, junho de 2018, p. 5.

Quanto ao critério para escolha de qual espécie de medida de segurança deve ser aplicada no caso concreto, a legislação penal dispõe que o tratamento ambulatorial pode ser aplicado para aqueles inimputáveis que cometeram crimes punidos com detenção, enquanto aqueles que praticaram delitos puníveis com reclusão devem ser submetidos à internação hospitalar. É o que se extrai do disposto no Art. 97 “caput” do Código Penal:

.Art. 97 - Se o agente for inimputável, o juiz determinará sua internação (art. 26). Se, todavia, o fato previsto como crime for punível com detenção, poderá o juiz submetê-lo a tratamento ambulatorial.

O referido critério de escolha demonstra que o Código Penal não atribui como fator determinante da modalidade de medida de segurança a ser aplicada a necessidade de tratamento do inimputável, mas sim a gravidade do delito, seguindo a ideia de proporcionalidade aplicada na imposição da pena, aproximando os dois institutos.

O artigo 184 da Lei de Execução Penal prevê expressamente que “o tratamento ambulatorial poderá ser convertido em internação se o agente revelar incompatibilidade com a medida”.

Não há previsão legal que assegure a conversão da internação em tratamento ambulatorial, a exemplo do modelo de “desinternação progressiva” adotada por alguns países. Todavia, não há impedimento para que o juiz proceda com essa conversão, ainda que não haja previsão legal, possibilitando ao paciente a submissão a um tratamento menos restritivo.

A respeito do encerramento da medida de segurança, o §1º do art. 97 do Código Penal dispõe: “A internação, ou tratamento ambulatorial, será por tempo indeterminado, perdurando enquanto não for averiguada, mediante perícia médica, a cessação de periculosidade.” Ainda no mesmo parágrafo, prevê o Código Penal que, o prazo mínimo de duração da medida de segurança é de 1 (um) a 3 (três) anos. Assim, a medida de segurança é encerrada quando houver perícia médica que ateste a cessação da periculosidade do agente.

A perícia médica destinada a averiguar a cessação periculosidade do indivíduo submetido à medida de segurança deve ser realizada ao termo do prazo mínimo da medida, fixado pelo juiz dentro do parâmetro estabelecido pelo § 1º do art. 97, devendo ser repetida de ano em ano, ou a qualquer tempo, se o juiz da execução determinar, nos termos do § 2º do art. 97: “§ 2º - A perícia médica realizar-se-á ao termo do prazo mínimo fixado e deverá ser repetida de ano em ano, ou a qualquer tempo, se o determinar o juiz da execução.”

O procedimento de constatação da cessação da periculosidade é disciplinado pelos artigos 175 a 179 da Lei de Execução Penal. Averiguada a cessação da periculosidade do agente, será promovida sua desinternação (da internação hospitalar) ou liberação (do tratamento

ambulatorial), todavia, tal liberdade será sempre condicional, sendo restabelecida a medida anterior se, antes do decurso de um ano, o ex-paciente pratica fato indicativo da persistência de sua periculosidade, é o que prevê o § 3º do Art. 97 do CP, *in verbis*:

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

Cumprido destacar que não se trata de prática de novo injusto penal, mas de “fato indicativo da persistência de sua periculosidade”, conceito vago que dá ao juiz da execução amplos poderes para determinar o retorno do inimputável ao sistema penal.

Por fim, ao abordar os direitos do internado, o Código Penal Pátrio dispõe em seu art. 99 que “O internado será recolhido a estabelecimento dotado de características hospitalares e será submetido a tratamento.”

2.2 Panorama da Execução das Medidas de Segurança no Brasil

Embora às medidas de segurança não possuam natureza jurídica de pena, de caráter retributivo, mas sim, no plano ideal, natureza jurídica de tratamento, de caráter preventivo e, especialmente, assistencial, ao analisar a realidade brasileira da execução das medidas de segurança, resta evidente que se trata de verdadeiras penas, de caráter punitivo, tendo os Hospitais de Custódia condições e características extremamente similares às dos presídios brasileiros, por vezes até piores.

Sobre o tema, Azevedo e Capra¹⁸ expõem: “as medidas de segurança, não obstante os traços que as diferenciam das penas, são, em sua essência, uma pena, com características próprias, e, na maior parte das vezes, muito mais gravosas.”

Este sub tópico tem como objetivo trazer um panorama acerca das características da execução das medidas de segurança no Brasil, através de dados de pesquisas e inspeções realizadas nos últimos anos.

Neste ponto, importante destacar a escassez de estudos acadêmicos e pesquisas que tratem da execução das medidas de segurança no Brasil o que escancara a invisibilidade do referido tema. Sobre esta questão, os pesquisadores Thaynara Castelo Branco, Gustavo Noronha de Ávila e Érika Mendes de Carvalho expõem¹⁹:

¹⁸ AZEVEDO, Rodrigo Ghiringhelli de; CAPRA, Luiz Antônio Alves. Lógica manicomial e invisibilidade: estudo sobre os internos do Instituto Psiquiátrico Forense Doutor Maurício Cardoso – IPF-RS.

Revista Brasileira de Ciências Criminais. vol. 144. ano 26. p. 125-158. São Paulo: Ed. RT, junho de 2018, p. 9.

¹⁹ BRANCO, Thayanara Castelo; CARVALHO, Érika Mendes de; ÁVILA, Gustavo Noronha de. A (in)visibilidade das Medidas de Segurança no Brasil: Um estudo empírico das publicações em revistas brasileiras

Conforme a pesquisa realizada, foi demonstrado que os dois dos mais relevantes periódicos na área das ciências criminais diminuíram progressivamente o espaço reservado ao tema medida de segurança e, no ano de 2017, sequer um artigo a respeito foi publicado. Dados como os aqui expostos revelam a invisibilidade do tema nos estudos acadêmicos na área das ciências criminais nos últimos anos.

No Brasil, o primeiro Hospital de Custódia foi inaugurado no início da década de 20 no estado do Rio de Janeiro. Todavia, foi apenas no ano de 2011 que foi realizado o primeiro censo de âmbito nacional para a contagem e análise dos pacientes submetidos à medida de segurança. A referida pesquisa foi orquestrada pela alagoana Débora Diniz e se chama “A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil: censo 2011.”²⁰

Conforme as informações do censo, em 2011 existiam 26 Estabelecimentos de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (ECTP), sendo 23 hospitais de custódia e 3 Alas de Tratamento Psiquiátrico localizadas em penitenciárias²¹.

Quanto a criação dos estabelecimentos, cumpre ressaltar que 6 deles, que correspondem a 23% do total, foram instaurados após o advento da Lei nº 10.216/2001 (Lei da Reforma Psiquiátrica), que tem como objetivo afastar a lógica institucionalizante e promover um tratamento fora de estabelecimentos com características asilares. Os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico instaurados após a publicação da lei foram:

(...) o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico II de Franco da Rocha, São Paulo, em 2001; o Centro de Apoio Médico e Pericial de Ribeirão das Neves, em 2002; a Ala de Tratamento Psiquiátrico Unidade de Saúde Mental II de Mato Grosso, em 2003; o Hospital Penitenciário Valter Alencar do Piauí, em 2004; a Enfermaria da Unidade Prisional da Capital Ênio Pinheiro, de Rondônia, em 2006; e o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico do Pará, em 2007²².

A instauração desses estabelecimentos, por si só, já evidencia o desrespeito aos dispositivos da Lei nº 10.216/2001, que serão melhor abordados no próximo capítulo.

Consoante os dados da pesquisa, dentro dos 26 ECTPs existentes no Brasil em 2011, viviam 3.989 pessoas, sendo 92% (3.684) homens e 7% (291) mulheres²³.

Dentro desse universo, pelo menos 25% (741) dos indivíduos não deveriam estar internados, por já possuírem laudo de cessação de periculosidade, por terem sentença de

sobre ciências criminais. **Revista Brasileira de Ciências Criminais**, [s. l.], v. vol. 152/2019, p. 499-530, fev. 2022..

²⁰ DINIZ, Debora. **A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil: censo 2011**. Brasília: Letras Livres: Universidade de Brasília., 2013.

²¹ DINIZ, Debora. **A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil: censo 2011**. Brasília: Letras Livres: Universidade de Brasília., 2013, p.20.

²² DINIZ, Debora. **A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil: censo 2011**. Brasília: Letras Livres: Universidade de Brasília, 2013, p. 22.

²³ DINIZ, Debora. **A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil: censo 2011**. Brasília: Letras Livres: Universidade de Brasília, 2013, p.35.

desinternação proferida, por terem a medida de segurança extinta ou internação sem processo judicial, ou ainda por terem recebido o benefício judicial da alta ou desinternação progressiva²⁴.

Demais, se forem considerados os pacientes que estavam, no período do censo, com laudo psiquiátrico ou exame de cessação de periculosidade em atraso, eram 1.194 indivíduos submetidos à medida de segurança sem que houvesse justificativa legal para tanto, o que evidencia a inércia e o descaso do modelo psiquiátrico-penal no Brasil. Sobre este ponto, a pesquisadora Débora Diniz²⁵ aduz:

(...) se considerarmos os indivíduos internados com laudos psiquiátricos ou exames de cessação de periculosidade em atraso, **são 1.194 pessoas em situação temporária ou em medida de segurança que não sabemos se deveriam estar internadas**. As razões da permanência são desconhecidas para nós, mas podem ser especuladas como parte de um extenso descaso com a combinação entre pobreza e sofrimento mental no Brasil.

Os dados são reveladores do que classifico como “estrutura inercial” do modelo psiquiátrico-penal no Brasil: 41% dos exames de cessação de periculosidade estão em atraso, o tempo médio de permanência à espera de um laudo psiquiátrico é de dez meses (o artigo 150, § 1º do Código de Processo Penal determina 45 dias) e o de espera para o exame de cessação de periculosidade é de 32 meses, 7% dos indivíduos possuem sentença de desinternação e se mantêm em regime de internação.(...). Estamos diante de um grupo de indivíduos cuja precariedade da vida é acentuada pela loucura e pela pobreza, mas também diante de vidas precarizadas pela desatenção das políticas públicas às necessidades individuais e aos direitos fundamentais.

Quanto à escolaridade da população submetida à medida de segurança nos ECTPs, 23% eram analfabetos, 43% tinham o ensino fundamental incompleto e 13% tinham o ensino fundamental completo, enquanto apenas 6% tinham ensino médio e 0,8% ensino superior, o que revela o baixo nível escolaridade desse grupo, o que também foi demonstrado através da predominância de profissões que exigem pouca ou nenhuma qualificação técnica ou profissional²⁶.

No Centro Psiquiátrico Judiciário Pedro Marinho Suruagy, localizado em Maceió, Alagoas, o nível de escolaridade dos internos é ainda mais baixo. Segundo os dados da pesquisadora Karinny Viera²⁷, colhidos em 2017, 43% dos internos possuíam o ensino fundamental incompleto e 33% eram analfabetos.

²⁴ DINIZ, Debora. **A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil: censo 2011**. Brasília: Letras Livres: Universidade de Brasília, 2013, p.35.

²⁵ DINIZ, Debora. **A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil: censo 2011**. Brasília: Letras Livres: Universidade de Brasília, 2013, p. 17.

²⁶ DINIZ, Debora. **A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil: censo 2011**. Brasília: Letras Livres: Universidade de Brasília, 2013, p.39;

²⁷VIERA, Karinny Guedes de Melo. **Cemitério dos Esquecidos**: uma metáfora que questiona a noção de periculosidade a partir da experiência do Centro Psiquiátrico Judiciário. 2018. 246 f. Dissertação (Mestrado em Direito). Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2018.

Outra importante fonte de dados acerca da execução das medidas de segurança no Brasil é Inspeção aos Manicômios Judiciário - Relatório Brasil 2015²⁸, realizada pelo Conselho Federal de Psicologia em conjunto com a Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) e a Associação Nacional do Ministério Público em Defesa da Saúde (AMPASA), entre os meses de abril e junho de 2015.

As inspeções foram realizadas em 17 estados do país e no Distrito Federal, contabilizando 18 instituições inspecionadas. Sobre os objetivos da citada pesquisa:

Buscou-se, nesta ampla articulação e definição dos objetivos, evidenciar os impasses encontradas nestas instituições, o desrespeito aos direitos humanos, a falta de tratamento, as condições físicas, técnicas e de trabalho (sempre muito ruins), a ineficácia do dispositivo hospitalar/manicomial (um híbrido do “pior da prisão com o pior do hospital”), o instituto da Medida de Segurança enquanto pena perpétua, o mito da periculosidade presumida (nos exames de cessação de periculosidade, ainda que a presunção de periculosidade tenha sido varrida legalmente desde 1984) e, sobretudo, o descompasso entre as novas formas de abordagem, tratamento e responsabilização do louco infrator, amparadas nos pressupostos da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial, e outras legislações, portarias, etc (...) ²⁹

Os dados da pesquisa demonstram a total deficiência e precariedade da execução das medidas de segurança no Brasil. As péssimas condições de higiene, a ausência de um quantitativo adequado de profissionais especializados em saúde mental e a ausência de atividades terapêuticas ou medidas de promoção da inclusão social-familiar dos pacientes, dentre outras aspectos, demonstram o total descaso do Estado para com estes indivíduos que estão sob sua tutela.

O referido relatório atestou que, de modo geral, todas as instalações foram consideradas inadequadas para acomodar seres humanos:

Quanto à estrutura física podemos fazer um resumo em apenas uma palavra: precariedade. Chuveiros insuficientes e com apenas água fria, os presos/pacientes não têm acesso sequer à válvula de descarga dos banheiros. As celas de isolamento possuem um vaso sanitário, mas sem válvula de descarga. Foi-nos informado que, externamente, um funcionário dava descarga três vezes ao dia (por segurança – sic), regra geral “fossa turca” (buraco no chão, como nas cadeias). Além das péssimas condições de limpeza (mesmo quando “preparados” para a inspeção), **o cheiro é repugnante em todas as unidades visitadas, não há equipe específica para limpeza, os banheiros e alojamentos são imundos, os pacientes também sofrem com as vestes muito sujas da instituição, pouco dadas a lavagem periódica.** ³⁰

Com o objetivo de analisar as condições físicas nos ECTPs, o Conselho Federal de Psicologia utilizou 8 itens de avaliação, que foram: iluminação, ventilação, temperatura,

²⁸ CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Inspeções aos manicômios – Relatório Brasil 2015**. Brasília: CFP, 2015.

²⁹ CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Inspeções aos manicômios – Relatório Brasil 2015**. Brasília: CFP, 2015, p.15.

³⁰ CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Inspeções aos manicômios – Relatório Brasil 2015**. Brasília: CFP, 2015, p.18.

dormitório, limpeza geral, conservação do edifício, mobiliário e banheiro. Para cada item avaliado positivamente, atribui-se o valor positivo (+1), para os itens avaliados negativamente atribui-se o valor negativo (-1). Seguindo esses parâmetros, apenas 2 dos 18 manicômios judiciais inspecionados alcançaram uma pontuação acima de 0, enquanto 4 estabelecimentos obtiveram nota - 8³¹, o que demonstra o nível de extrema precariedade do ambiente ao qual os pacientes são submetidos.

Sobre a lotação dos referidos estabelecimentos, a pesquisa aponta que 8 dos 18 os ECTPs inspecionados estão abrigando pacientes acima da sua capacidade de lotação, sendo a média geral de lotação dos estabelecimentos 125,39%, se destacando o Hospital Nina Rodrigues, localizado no estado do Maranhão, que estava, no período da inspeção, com 410% de ocupação³². Diante disso, verifica-se um problema generalizado de superlotação.

Os aspectos acima trazidos tornam cristalina a infringência diária à dignidade da pessoa humana dentro dessas instituições, bem como trazem à tona o seguinte questionamento: É possível promover um efetivo tratamento das enfermidades mentais dos pacientes em ambientes com as condições acima relatadas? Sobre este ponto, a pesquisa esclarece:

Supondo-se que pudéssemos nutrir qualquer crença na possibilidade de conjugar tratamento com punição, ou cuidado com segregação, certamente isso não seria viabilizado em um ambiente onde a regra é a violação dos direitos fundamentais, como é o caso de todos os estabelecimentos inspecionados. Evidenciando total descaso com a preservação da dignidade e condição humana dos pacientes, a maioria destas instituições segue mantendo os pacientes em celas geralmente coletivas com uma média de 8 pacientes em cada, com conservação precária, ou sem nenhuma conservação, com ventilação e iluminação insuficientes e sem a menor higiene.³³

Demais, não só as péssimas condições dos estabelecimentos se mostram como impeditivo para o efetivo tratamento das enfermidades mentais dos pacientes, como também o quantitativo insuficiente de profissionais de saúde, principalmente aqueles especializados em saúde mental, além da ausência, em boa parte dos estabelecimentos, da realização de projeto terapêutico individual.

Segundo os dados da pesquisa, a média geral de internos por psicólogo nos ECTPs analisados é 64, assim, em regra, os psicólogos que prestam serviços nos referidos estabelecimentos precisam lidar com um grande número de pacientes, o que impossibilita um atendimento adequado. Em alguns Hospitais de Custódia, dentre eles o Centro Psiquiátrico

³¹ CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Inspeções aos manicômios – Relatório Brasil 2015**. Brasília: CFP, 2015, p.98.

³² CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Inspeções aos manicômios – Relatório Brasil 2015**. Brasília: CFP, 2015, p.95.

³³ CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Inspeções aos manicômios – Relatório Brasil 2015**. Brasília: CFP, 2015, p.134-135.

Judiciário Marinho Suruagy do Estado de Alagoas, há uma proporção de mais de 100 pacientes por psicólogo³⁴.

Quanto ao projeto terapêutico individual para os pacientes, 70% das instituições afirmaram não realizar³⁵. Demais, apenas 23% dos ECTPs afirmam desenvolver programas, projetos ou trabalho desenvolvidos para as famílias dos internos³⁶, aspecto de extrema importância para o tratamento do paciente e para promoção do seu retorno ao convívio sócio-familiar.

As características acima mencionadas denotam que a execução das medidas de segurança no Brasil não têm como objetivo o efetivo tratamento dos internos, mas apenas sua “contenção” dentro de um estabelecimento de características asilares e prisionais.

Tal afirmação se confirma pelo fato de que, através da inspeção, constatou-se um número bem maior de agentes penitenciários do que de profissionais de saúde:

[...]em todos os casos o quantitativo de profissionais de saúde se mostrou insuficiente para dar conta do cuidado de todos os pacientes e em desconformidade com a Portaria GM 251/2002, que estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar. Além disso, **se evidenciou um número bem maior de agentes penitenciários (611) do que de psicólogos (43), psiquiatras (77) enfermeiros (90) e auxiliares e técnicos de enfermagem (246), o que permitiu, mais uma vez, confirmar a direção do trabalho adotado nas instituições vistoriadas. Também não pareceu haver uma razoável regularidade no atendimento aos pacientes;**³⁷

O maior número de agentes penitenciários em relação ao número de profissionais de saúde, em especial profissionais especializados em saúde mental, além dos demais dados acima expostos, como a ausência de planos terapêuticos, evidenciam que os estabelecimentos em que se dá a execução das medidas de segurança, mais se assemelham às prisões do que aos hospitais, já que não é prioridade, nos ECTPs, a efetiva cura ou amenização dos sintomas dos pacientes, sendo a medida de segurança uma verdadeira pena travestida de tratamento.

Outra questão deficitária na execução das medidas de segurança é a periodicidade dos exames de periculosidade. Conforme preconizam os artigos 97, § 1º e 2º do Código Penal e 175 da Lei de Execução Penal, o exame de periculosidade deve ser realizado ao fim do prazo mínimo fixado pelo juiz, sendo de 1 (um) a 3 (três) anos, devendo ser

³⁴ CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Inspeções aos manicômios – Relatório Brasil 2015**. Brasília: CFP, 2015, p.121.

³⁵ CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Inspeções aos manicômios – Relatório Brasil 2015**. Brasília: CFP, 2015, p.115.

³⁶ CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Inspeções aos manicômios – Relatório Brasil 2015**. Brasília: CFP, 2015, p.126.

³⁷ CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Inspeções aos manicômios – Relatório Brasil 2015**. Brasília: CFP, 2015, p. 133/134.

repetido anualmente. Ocorre que apenas 17,65%³⁸ das instituições investigadas declaram cumprir essa periodicidade mínima dos exames. Sobre esse ponto, os pesquisadores expõem:

Dos estabelecimentos examinados, apenas 17,65% declaram cumprir os prazos de regularidade, mas encontramos 35,29% que declararam não cumprir os prazos e 47,06% deles que nem possuem essa informação ou não quiseram responder. Ou seja, **em 82,35% dos HCTPs ou em instituições similares não há ou não se pode saber se há respeito aos prazos para realização de exames.** Tal quadro é preocupante, uma vez que sabemos todos que quanto mais tempo o indivíduo permanece internado, mais frequente e amplo torna-se o fenômeno de institucionalização, tão bem analisado por E. Goffman, que fragiliza o paciente ao forçar sua adaptação às normas oficiais e informais vigentes na instituição total e, consequentemente, dificultando ou mesmo impossibilitando sua reinserção na ordem social exterior.³⁹

A referida irregularidade é grave, pois possibilita que o paciente permaneça com sua liberdade restringida por mais tempo que o legalmente justificável, tornando esse indivíduo cada vez mais institucionalizado, dificultando o seu processo de reinserção na sociedade.

O quadro geral da execução das medidas de segurança no Brasil é preocupante, com evidentes infringências aos princípios constitucionais. Observamos de maneira ainda mais cristalina a infringência desses princípios quando analisamos casos concretos de indivíduos que vivem dentro dos ECTPs.

Azevedo e Capra, em pesquisa denominada “Lógica Manicomial e Invisibilidade: Estudo sobre os internos do Instituto Psiquiátrico Forense Doutor Maurício Cardoso - IPF-RS⁴⁰”, publicada em 2018, constataram que havia, na referida instituição, um paciente que se encontrava em isolamento há um ano, sendo impossibilitado de circular pelo estabelecimento, isto porque estava sendo abusado sexualmente por outros internos.

Além da referida instituição não adotar medidas para evitar que o paciente sofresse os citados abusos, escolheu como solução o seu isolamento durante o desmedido prazo de um ano, infringindo sua dignidade como ser humano. Sobre o caso, os autores relatam:

Estamos falando de um paciente cujos relatos, no laudo que se prestou para embasar a imposição da medida de segurança, já indicavam não apenas o prematuro consumo de cocaína com a idade de dez anos, mas que a obtenção da droga dependia da prática de sexo oral em homens. **Os laudos realizados durante a execução da medida de segurança, no entanto, indicam que não houve qualquer cuidado a fim de evitar que viesse a sofrer abusos sexuais na instituição, sendo relatado, em laudo datado de 23.09.2014, que não apenas tinha dificuldades para sentar em razão dos referidos abusos, mas que “estava com escoriações labiais e assaduras orofaciais ocasionadas por sexo oral”. Constata-se, ainda, que a solução encontrada para tal situação foi a de colocar o paciente em isolamento, pelo período de um ano,**

³⁸ CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Inspecções aos manicômios – Relatório Brasil 2015.** Brasília: CFP, 2015, 120.

³⁹ CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Inspecções aos manicômios – Relatório Brasil 2015.** Brasília: CFP, 2015, 140.

⁴⁰ AZEVEDO, Rodrigo Ghiringhelli de; CAPRA, Luiz Antônio Alves. Lógica manicomial e invisibilidade: estudo sobre os internos do Instituto Psiquiátrico Forense Doutor Maurício Cardoso – IPF-RS. **Revista Brasileira de Ciências Criminais.** vol. 144. ano 26. p. 125-158. São Paulo: Ed. RT, junho de 2018.

circunstância que foi constatada pelo Juiz da Execução, quando da realização de inspeção no local, concluindo que a situação configuraria tortura.⁴¹

Relatos como o acima narrado, assim como os demais dados trazidos neste capítulo, expõem o estado de inconstitucionalidade execução das medidas de segurança no Brasil, bem como total desrespeito ao modelo assistencial de saúde mental preconizado pela Reforma Psiquiátrica, através da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, objeto do próximo capítulo.

⁴¹ AZEVEDO, Rodrigo Ghiringhelli de; CAPRA, Luiz Antônio Alves. Lógica manicomial e invisibilidade: estudo sobre os internos do Instituto Psiquiátrico Forense Doutor Maurício Cardoso – IPF-RS. **Revista Brasileira de Ciências Criminais**. vol. 144. ano 26. p. 125-158. São Paulo: Ed. RT, junho de 2018, p. 152.

3 A REFORMA PSIQUIÁTRICA

3.1 O Movimento Antimanicomial

As pessoas acometidas por patologias mentais, taxadas como anormais e indesejáveis, foram historicamente excluídas pela sociedade, sendo negado a este grupo o convívio social. Esta exclusão se deu, principalmente, através do internamento em manicômios/hospitais psiquiátricos, estabelecimentos, em regra afastados dos centros urbanos, nos quais o enfermo permanecia isolado e, por muitas vezes, submetido à condições desumanas e à tortura.

Michel Foucault (1926-1984), em sua importante obra “A História da Loucura” narra como a lepra deu lugar ao fenômeno denominado “loucura”. Com a erradicação da doença, os loucos passaram a ser vistos como os leprosos, sendo moralmente excluídos e internados em manicômios. Segue trecho da obra do autor:

Fato curioso a constatar: é sob a influência do modo de internamento, tal como ele se constituiu no século XVII, que a doença venérea se isolou, numa certa medida, de seu contexto médico e se integrou, ao lado da loucura, num espaço moral de exclusão. De fato, a verdadeira herança da lepra não é aí que deve ser buscada, mas sim num fenômeno bastante complexo, do qual a medicina demorará para se apropriar. Esse fenômeno é a loucura. Mas será necessário um longo momento de latência, quase dois séculos, para que esse novo espantalho, que sucede à lepra nos medos seculares, suscite como ela reações de divisão, de exclusão, de purificação que no entanto lhe são aparentadas de uma maneira bem evidente. Antes de a loucura ser dominada, por volta da metade do século XVII, antes que se ressuscitem, em seu favor, velhos ritos, ela tinha estado ligada, obstinadamente, a todas as experiências maiores da Renascença.⁴²

O século XIX é considerado o “século dos manicômios”, pois neste período houve uma grande expansão na criação dos referidos estabelecimentos, instituições totais onde eram despejados os indivíduos indesejáveis, que, por diversas razões, não se encaixavam no convívio social. O autor Nestor Alcebíades M. Ximenes leciona: “Os manicômios eram o destino de tudo que era considerado ‘diferente’ naquela época, e, por isso, acabava sendo visto como o ‘depósito dos indesejáveis’, já que ali estavam todos aqueles que não tinham um lugar na sociedade.”⁴³

Sobre o fenômeno da loucura e seu controle através do manicômio, os autores Jeferson Rodrigues e Lígia Helena Hahn Luchmann refletem:

[...] Transformada, pelos saberes médicos, em doença, alienação, desajuste, irracionalidade e perversão, a loucura carrega um conjunto de práticas, concepções e saberes que, ancorados em uma moralidade ditada pelos bons costumes, pela ordem e pelo trabalho produtivo, faz desligar, de forma explicitamente violenta, os diferentes laços de construção e pertencimento humanos [...]. O manicômio é a tradução mais

⁴² FOUCAULT, Michel. **História da Loucura**. São Paulo: Perspectiva, 2004, p. 12.

⁴³ XIMENES, Nestor Alcebíades Mendes. **Medida de Segurança: Humanização e inclusão social das pessoas com sofrimento psíquico em conflito com a lei**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2020, p. 62.

completa dessa exclusão, controle e violência. Seus muros escondem a violência (física e simbólica) através de uma roupagem protetora que desculpabiliza a sociedade e descontextualiza os processos sócio-históricos da produção e reprodução da loucura.⁴⁴

O primeiro hospital psiquiátrico inaugurado no Brasil foi o Asilo Pedro II, em 1853, no estado do Rio de Janeiro, tendo como objetivo inserir uma população que passa a ser vista como desviante aos olhos da medicina social nascente⁴⁵. Nos anos seguintes foram criadas diversas outras instituições com a finalidade de “abrigar” os alienados mentais em vários estados do país, essencialmente marcadas pelo isolamento dos internos, que permaneciam em situação de abandono e vulnerabilidade, sendo ainda submetidos a práticas violentas como eletrochoques e lobotomia.

Impossível falar sobre a história dos manicômios no Brasil sem citar o livro “Holocausto Brasileiro”⁴⁶ da jornalista Daniela Arbex, publicado no ano de 2013, que expõe, através de relatos de ex-funcionários e sobreviventes, as atrocidades que ocorreram em parte do século XX no Hospital Colônia da cidade de Barbacena, interior de Minas Gerais.

O livro descreve a submissão dos pacientes à diversas condições desumanas como ausência de leitos, higiene precária, exposição ao frio, subalimentação, espancamentos, estupros, eletrochoques, etc, o que ocasionou o número alarmante de 60 mil pacientes mortos, um verdadeiro holocausto que perdurou por décadas.

Os corpos dos pacientes mortos eram vendidos para faculdades de medicina, quando não era possível vender os corpos estes eram dissolvidos em ácido para que fossem vendidos os ossos, trazendo lucro aos administradores do estabelecimento, numa verdadeira “indústria da loucura”.

Muitos dos pacientes enviados ao Hospital Colônia de Barbacena não possuíam diagnóstico de doença mental, mas, por algum motivo, eram considerados indesejáveis e enviados para instituição, o que sabidamente representava uma sentença de condenação perpétua aos maus-tratos. Segue trecho do Prefácio da obra:

Neste livro Daniela Arbex devolve nome, história e identidade àqueles que, até então, eram registrados como "Ignorados de Tal". Eram um não ser. Pela narrativa, eles retornam, como Maria de Jesus, internada porque se sentia triste, Antônio Gomes da Silva, sem diagnóstico, que ficou vinte dos trinta e quatro anos de internação mudo porque ninguém se lembrou de perguntar se ele falava. São sobreviventes de um

⁴⁴ LÜCHMANN, Lígia Helena Hahn; RODRIGUES, Jefferson. O movimento antimanicomial no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 122, p. 339-407, 2007, p.402.

⁴⁵ XIMENES, Nestor Alcebíades Mendes. **Medida de Segurança: Humanização e inclusão social das pessoas com sofrimento psíquico em conflito com a lei**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2020, p. 64.

⁴⁶ ARBEX, Daniela. **Holocausto Brasileiro: vida, genocídio e 60 mil mortes no maior hospício do Brasil**. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

holocausto que atravessou parte do Século XX, vivido no Colônia, como é chamado o maior hospício do Brasil, na cidade mineira de Barbacena [...]

Os pacientes do Colônia morriam de frio, de fome, de doença. Morriam também de choque. Em alguns dias os eletrochoques eram tão fortes, que a sobrecarga derrubava a rede do município. Nos períodos de maior lotação, dezesseis pessoas morriam a cada dia. Morriam de tudo - e também de invisibilidade. Ao morrer davam lucro. Entre 1969 e 1980, 1.853 corpos de pacientes do manicômio foram vendidos para dezessete faculdades de medicina no país. Sem que ninguém questionasse. Quando houve excesso de cadáveres e o mercado encolheu, os corpos foram decompostos em ácido, no pátio do Colônia, na frente dos pacientes, para que as ossadas pudessem ser comercializadas. Nada se perdia, exceto a vida.⁴⁷

Após a Segunda Guerra Mundial, o modelo manicomial tradicional passou a ser duramente criticado em diversas áreas do saber por suas práticas desumanas e institucionalizantes.

Erving Goffman (1922 - 1982), cientista social, antropólogo e sociólogo, em sua obra “Manicômios, Prisões e Conventos”⁴⁸, traz sua crítica às instituições totais, dentre elas os manicômios, nas quais há constante restrição às identidades dos indivíduos a elas submetidas, diante da padronização da rotina dos internos, da exclusão do mundo exterior e da castração das expressões de individualidade (ex: despojamento de bens pessoais), processo denominado pelo autor como “mortificação do eu”.

O filósofo francês Michel Foucault (1926-1984), também trouxe sua crítica aos manicômios e à psiquiatria tradicional, em obras como “A História de Loucura”⁴⁹ e “O Poder Psiquiátrico”⁵⁰.

O principal crítico ao modelo manicomial tradicional, e o que efetivamente revolucionou o modo como os doentes mentais são tratados, foi o psiquiatra italiano Franco Basaglia (1924-1980), que insurgiu contra o poder psiquiátrico subjugar dos enfermos mentais e iniciou um processo de desinstitucionalização desses indivíduos, o que impulsionou a edição da Lei nº 180 de 1978, conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica Italiana, promovendo uma das primeiras e mais bem sucedidas reformas psiquiátricas da história.⁵¹

Basaglia desaprovava a forma como a psiquiatria tradicional tratava o enfermo mental, apenas como um objeto de intervenção médica, defendendo um tratamento humanizado para esses indivíduos, sem sua segregação nos hospitais psiquiátricos.

⁴⁷ ARBEX, Daniela. **Holocausto Brasileiro: vida, genocídio e 60 mil mortes no maior hospício do Brasil**. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

⁴⁸ GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 2001.

⁴⁹ FOUCAULT, Michel. **História da Loucura**. São Paulo: Perspectiva, 2004.

⁵⁰ FOUCAULT, Michel. **O poder psiquiátrico**. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

⁵¹ E WEIGERT, Mariana de Assis Brasil. **Medida de Segurança e Reforma Psiquiátrica: Silêncios e invisibilidades nos manicômios judiciais brasileiros**. 1 ed. Florianópolis: Empório do Direito, 2017, p. 148.

Em sua luta pelos direitos das pessoas em sofrimento mental, Franco Basaglia veio ao Brasil em 1970 e denunciou as péssimas condições a que eram submetidos os usuários dos serviços psiquiátricos. Em 1979, Franco retornou ao Brasil para realizar uma visita no Hospital Colônia de Barbacena e comparou o estabelecimento visitado aos campos de concentração nazistas.⁵²

No Brasil, a Luta Antimanicomial teve como precursora a psiquiatra alagoana Nise da Silveira, veementemente contrária às formas agressivas de tratamento e contenção dos doentes mentais, como o eletrochoque. Nise foi pioneira na terapia ocupacional na década de 40, se destacando por usar a arte como forma de expressão para dar voz aos acometidos por patologias mentais⁵³.

Os ideais preconizados por Franco Basaglia e Nise da Silveira, juntamente com a insatisfação dos trabalhadores da saúde e dos familiares dos enfermos mentais em relação ao modelo manicomial tradicional, essencialmente institucionalizante e castrador das individualidades, serviram como ponto de partida do movimento social brasileiro denominado “Movimento Antimanicomial”. Sobre o Movimento, os autores Guilherme Correa Barbosa, Tatiana Garcia da Costa e Vânia Moreno expressam:

O movimento da luta antimanicomial compõe o cenário nacional de luta em prol dos direitos dos usuários e familiares a uma atenção digna dos serviços de saúde, através de ações que se multiplicam e pautam pela criatividade dos protagonistas, que buscam mudar o imaginário social sobre a loucura.⁵⁴

Em 1978, no contexto de abertura do regime militar, surge o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), composto por trabalhadores do movimento sanitário, associações de familiares e membros de associações profissionais, além de pessoas com histórico de internações psiquiátricas⁵⁵.

O referido movimento vem criticar a cronificação do manicômio e uso de práticas violentas, buscando melhores condições de assistência aos indivíduos acometidos por doenças mentais, com a humanização dos serviços prestados, além da reivindicação por melhores

⁵² XIMENES, Nestor Alcebiades Mendes. **Medida de Segurança: Humanização e inclusão social das pessoas com sofrimento psíquico em conflito com a lei**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2020, p. 214.

⁵³ Nise da Silveira: a mulher que revolucionou o tratamento mental por meio da arte. Disponível em: <<https://www.brasilefato.com.br/2018/02/15/nise-da-silveira-a-mulher-que-revolucionou-o-tratamento-da-loucura-por-meio-da-arte/>>. Acesso em :06 mar. 2022.

⁵⁴ BARBOSA, G.C.; COSTA, T.G.; MORENO, V. Movimento da luta antimanicomial: trajetória, avanços e desafios. **Cad. Bras. Saúde Mental**. Rio de Janeiro, v. 4, n. 8, p. 45-50, jan./jun. 2012, p. 46.

⁵⁵ BRASIL.Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

salários para os trabalhadores da área. O movimento deu início a uma greve, que teve oito meses de duração e alcançou grande repercussão na imprensa nacional⁵⁶.

No ano seguinte, foi realizado em São Paulo o I Encontro Nacional do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, que teve como ponto central de discussão a promoção de um estreitamento mais articulado com outros movimentos sociais. No mesmo ano, também foi realizado, em Belo Horizonte, o III Congresso Mineiro de Psiquiatria, que, afinado com o MTSM, trouxe propostas de intervenções psiquiátricas alternativas à internação em manicômios.

Em 1987 foram realizados dois eventos de grande importância para a evolução do movimento, a I Conferência Nacional de Saúde Mental e o II Congresso Nacional do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM). Este Congresso, realizado em Bauru, São Paulo, adotou o lema “Por uma sociedade sem manicômios” e ensejou na criação do **Manifesto do Bauru**, considerado como documento de fundação do movimento antimanicomial, marcando a “afirmação do laço social entre os profissionais com a sociedade para o enfrentamento da questão da loucura e suas formas de tratamento”⁵⁷, firmando-se enquanto movimento social e sindical na defesa da reforma sanitária.

No ano de 1989 ocorreu a entrada no Congresso Nacional do Projeto de Lei do Deputado Paulo Delgado (PT/MG), que tinha como proposta a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios, iniciando a luta do Movimento Antimanicomial no campo legislativo.

Diante dos reflexos da Luta Antimanicomial no Brasil e no mundo, em 1990 a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e a Organização Mundial da Saúde (OMS) realizaram na capital Venezuelana, Caracas, a **Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica**, que culminou na elaboração da **Declaração de Caracas**⁵⁸, documento que marca as reformas na atenção à saúde mental nas Américas, declarando o seguinte:

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;

⁵⁶ LÜCHMANN, Lígia Helena Hahn; RODRIGUES, Jefferson. O movimento antimanicomial no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 122, p. 339-407, 2007, p.402.

⁵⁷ LÜCHMANN, Lígia Helena Hahn; RODRIGUES, Jefferson. O movimento antimanicomial no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 122, p. 339-407, 2007, p.403.

⁵⁸ ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Declaração de Caracas**. 1990. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_caracas.pdf>. Acesso em 06 mar. 2022.

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;**
3. **Que os recursos, cuidados e tratamentos dados devem:**
 - a) **salvaguardar, invariavelmente, a dignidade pessoal e os direitos humanos e civis;**
 - b) **estar baseados em critérios racionais e tecnicamente adequados;**
 - c) **propiciar a permanência do enfermo em seu meio comunitário;**
4. **Que as legislações dos países devem ajustar-se de modo que:**
 - a) **asseguem o respeito aos direitos humanos e civis dos doentes mentais;**
 - b) **promovam a organização de serviços comunitários de saúde mental que garantam seu cumprimento;**
5. **Que a capacitação dos recursos humanos em Saúde Mental e Psiquiatria deve fazer-se apontando para um modelo, cujo eixo passa pelo serviço de saúde comunitária e propicia a internação psiquiátrica nos hospitais gerais, de acordo com os princípios que regem e fundamentam essa reestruturação;**
6. **Que as organizações, associações e demais participantes desta Conferência se comprometam solidariamente a advogar e desenvolver, em seus países, programas que promovam a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica e a vigilância e defesa dos direitos humanos dos doentes mentais, de acordo com as legislações nacionais e respectivos compromissos internacionais.**

Refletindo as determinações da Declaração de Caracas, em 2001, após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, o Projeto de Lei do Deputado Paulo Delgado foi sancionado, sendo publicada a Lei Federal 10.216⁵⁹, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, representando uma grande conquista do Movimento Antimanicomial.

A Luta Antimanicomial não se encerrou com a promulgação da lei, pelo contrário, a legislação deu novo impulso para o movimento, que seguiu na busca da efetivação das diretrizes preconizadas pelo diploma legal e da extinção dos manicômios. Após a publicação da lei, foram realizados diversos eventos, atos e conferências, bem como criadas Frentes Parlamentares em Defesa da Reforma Psiquiátrica em diversos estados do país, como no Rio de Janeiro, criada em 18 de maio de 2016, e no Rio Grande do Sul, reativada no ano de 2021 diante da alta demanda em saúde mental provocada pela pandemia do vírus COVID-19.

Cumprе ressaltar que a luta antimanicomial não tem como objetivo apenas a extermínio dos manicômios e a promoção da dignidade no tratamento, mas também afastar os estigmas impostos aos portadores de transtornos mentais, quase sempre socialmente excluídos. Sobre este ponto, Nestor Alcebíades M. Ximenes leciona:

[...] o Movimento Antimanicomial não se atém somente ao fechamento dos hospitais psiquiátricos e manicômios, visa também buscar mecanismos contra o preconceito social, afastando o mito do louco incurável e irrecuperável. Manifesta-se também pela luta na construção de relações de igualdade e respeito à subjetividade de cada um,

⁵⁹ BRASIL. **Lei nº 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. PLANALTO. Brasília, 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm>. Acesso em: 17 mar. 2022.

superando as estruturas psiquiátricas segregantes, impedindo o paciente de sofrer lesões físicas e morais ⁶⁰

3.2 As diretrizes para o tratamento das pessoas acometidas de transtorno mental estabelecidas pela Lei nº 10.216 de 2001

A Lei Federal nº 10.216 de 2001⁶¹, também conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, consagrou o Movimento Antimanicomial no campo legislativo, trazendo diversos avanços quanto aos direitos dos portadores de doenças mentais, privilegiando o tratamento em serviços de base comunitária.

Dispõe a Lei 10.216/01 em seu artigo primeiro:

Art. 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

O referido dispositivo, que abre a legislação analisada, afasta a possibilidade de qualquer forma de discriminação no tratamento das pessoas acometidas por transtornos mentais. Desse modo, os direitos assegurados pela Lei da Reforma Psiquiátrica são intrínsecos a todo indivíduo que, em razão de enfermidade mental, necessite de submissão à tratamento, inclusive aqueles que tenham cometido ilícitos penais e estejam cumprindo medida de segurança. Nesse sentido, a pesquisadora Karinny Viera aduz:

[...] com o advento da referida lei, os doentes mentais passaram a ser colocados – ao menos no âmbito teórico – na posição de verdadeiros sujeitos de direitos. **Esta lei deveria ser aplicada, inclusive, aos doentes mentais que são submetidos às medidas de segurança, posto que o artigo 1º da Lei veda qualquer forma de discriminação.** No entanto, pelo fato de tal instituto jurídico se basear na noção de periculosidade, seus pacientes ainda são colocados à margem desta legislação.⁶²

Demais, o Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária, publicou em 04 de maio de 2004, a Resolução nº 05/04, que dispõe sobre as diretrizes para cumprimento das Medidas de Segurança, adequando-as à Lei nº 10.216/01, desse modo, não há controvérsias

⁶⁰ XIMENES, Nestor Alcebiades Mendes. **Medida de Segurança: Humanização e inclusão social das pessoas com sofrimento psíquico em conflito com a lei**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2020, p. 221.

⁶¹ BRASIL. **Lei nº 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. PLANALTO. Brasília, 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/10216.htm>. Acesso em: 17 mar. 2022.

⁶² VIERA, Karinny Guedes de Melo. **Cemitério dos Esquecidos**: uma metáfora que questiona a noção de periculosidade a partir da experiência do Centro Psiquiátrico Judiciário. 2018.246f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Direito, Faculdade de Direito de Alagoas, Universidade Federal de Alagoas. Alagoas, 2018, p.67.

quanto a obrigatoriedade do respeito à Lei da Reforma Psiquiátrica (LRP) no cumprimento das Medidas de Segurança.

O artigo segundo da LRP enumera os direitos da pessoa portadora de transtorno mental e impõe a cientificação do paciente e de seus familiares quanto aos referidos direitos:

Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. **São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:**

I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;

II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;

III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;

IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;

V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;

VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;

VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;

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

Apenas pela leitura do artigo acima transcrito é possível observar que a execução das medidas de segurança no Brasil, descrita através de dados de várias pesquisas no primeiro capítulo deste trabalho, infringe diretamente diversos, se não todos, os direitos assegurados aos portadores de transtorno mental, o que será melhor destrinchado no próximo capítulo.

O artigo terceiro da Lei nº 10.216/01 dispõe sobre a responsabilidade do Estado em promover assistência aos portadores de transtornos mentais, assegurando a participação da sociedade e da família:

Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

O *caput* do artigo 4º da Lei da Reforma Psiquiátrica é de suma importância para o redirecionamento da assistência psiquiátrica, visto que determina que a internação deve se dar de maneira subsidiária, apenas quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes: “Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.”

Com este dispositivo, que também deve ser aplicado na execução das medidas de segurança, o Movimento Antimanicomial dá mais um passo em direção à extinção dos manicômios, colocando a internação dos pacientes como última alternativa, privilegiando os

tratamentos menos invasivos e institucionalizantes, visto que a segregação do enfermo mental apenas dificulta o processo de cura/melhora:

[...] a prática em manter segregado o paciente de doença mental não traz benefícios clínicos, apenas dificultando o tratamento, conforme diversos estudos psiquiátricos já realizados, permitida a internação momentânea somente em casos de surto ou crise, mas proporcionando todos os direitos necessários ao desenvolvimento saudável dos pacientes. Portanto, **privar de liberdade o doente mental é violar, além de sua saúde mental, liberdade, dignidade e todos os direitos personalíssimos inerentes a todo ser humano.** ⁶³

Os parágrafos do art. 4º também trazem diretrizes de basilar importância para o redirecionamento da assistência aos enfermos mentais no Brasil, como a finalidade permanente de reinserção social, a inclusão de serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer e outros e a vedação de internação em estabelecimentos com características asilares:

Art 4 [...]

§ 1º **O tratamento visarà, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.**

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3º **É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares,** ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º.

O paciente deve ser submetido ao tratamento sem ser afastado do convívio social e as intervenções médicas devem buscar retorno do enfermo ao seu meio, o que essencialmente não pode ser feito em **instituições totais**, conceito desenvolvido pelo autor Erving Goffman em sua obra *Manicômios, Prisões e Conventos*:

[...] Quando resenhamos as diferentes instituições de nossa sociedade ocidental, verificamos que algumas são muito mais “fechadas” do que outras. Seu “fechamento” ou seu caráter total é simbolizado pela barreira à relação social com o mundo externo e por proibições à saída que muitas vezes estão incluídas no esquema físico - por exemplo, portas fechadas, paredes altas, arame farpado, fossos, água, florestas ou pântanos. A tais estabelecimentos dou o nome de instituições totais.⁶⁴

Nas instituições totais, dentre elas os manicômios, conforme teoriza Goffman, se dá o processo de mortificação do eu, no qual a pessoa inserida na instituição passa a perder sua individualidade, se tornando apenas uma peça dentro da engrenagem da instituição.

⁶³ XIMENES, Nestor Alcebíades Mendes. **Medida de Segurança: Humanização e inclusão social das pessoas com sofrimento psíquico em conflito com a lei.** Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2020, p. 219.

⁶⁴ GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos.** São Paulo: Perspectiva, 2001, p 16.

O art. 5º da Lei nº 10.216/01 vem tratar especialmente do caso de pacientes que permaneçam hospitalizados por um longo período, caracterizando situação de grave dependência institucional, muito comum nos manicômios judiciais. Conforme dispõe o artigo, este paciente não pode permanecer institucionalizado, devendo ser objeto de política específica de reabilitação:

Art. 5º O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário.

Este dispositivo vem retirar do Estado a velha justificativa de que o paciente não tem condições de ser desinternado, por isto, permanece internado, seja por seu quadro clínico ou por ausência de suporte social, impondo a obrigação de adoção de medidas específicas direcionadas à reabilitação psicossocial do paciente.

O art. 6º da Lei impõe a necessidade de laudo médico circunstanciado para a internação do paciente, bem como traz as espécies de internações psiquiátricas:

Art. 6º **A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.**

Parágrafo único. São considerados os seguintes **tipos de internação psiquiátrica:**

I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;

II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e

III - **internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.**

A medida de segurança é imposta pelo poder judiciário através da sentença absolutória imprópria, proferida ao final da ação penal a que é submetido o inimputável que pratica ilícito penal. Assim, a medida de segurança é classificada como internação compulsória, já que é determinada pela justiça.

Os artigos 7º e 8º da Lei nº 10.216/01 trazem determinações acerca das internações voluntárias e involuntárias, que não são objeto de estudo do presente trabalho.

O Art. 9º impõe que a internação compulsória deve ser determinada pelo juiz competente, levando em conta as condições de segurança do estabelecimento:

Art. 9º A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.

O artigo 10 demanda a obrigação de comunicação, no prazo de 24 horas, à família ou representante legal do paciente, bem como à autoridade sanitária, no caso de intercorrências com o paciente:

Art. 10. Evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento serão comunicados pela direção do estabelecimento de saúde mental aos familiares, ou ao representante legal do paciente, bem como à autoridade sanitária responsável, no prazo máximo de vinte e quatro horas da data da ocorrência.

O artigo 11 trata sobre a necessidade de consentimento do paciente ou do seu representante legal para realização de pesquisas científicas, além da comunicação aos conselhos profissionais competentes e ao Conselho Nacional de Saúde:

Art. 11. Pesquisas científicas para fins diagnósticos ou terapêuticos não poderão ser realizadas sem o consentimento expreso do paciente, ou de seu representante legal, e sem a devida comunicação aos conselhos profissionais competentes e ao Conselho Nacional de Saúde.

Por fim, o artigo 12 determina a criação, pelo Conselho Nacional de Saúde, de uma comissão nacional para acompanhar a implementação da Lei nº 10.216/01, enquanto o artigo 13, último artigo do diploma legal, determina sua vigência na data de publicação.

Após a análise da Lei da Reforma Psiquiátrica, resta evidente que o modelo manicomial imposto pela legislação penal ao tratar sobre as medidas de segurança é essencialmente incompatível com as diretrizes de tratamento para os enfermos mentais, o que será melhor exposto no capítulo seguinte. Sobre este ponto, o autor Nestor Alcebíades Mendes Ximenes aduz:

Nota-se, com evidência, a incompatibilidade do modelo de medida de segurança estabelecido no Código Penal e na Lei de Execução Penal com a Lei da Reforma Psiquiátrica - LRP (Lei nº 10.216/2001), pois esta traz uma série de direitos das pessoas com transtorno mental, que são incompatíveis com o modelo manicomial imposto pela lei penal.⁶⁵

⁶⁵ XIMENES, Nestor Alcebíades Mendes. **Medida de Segurança: Humanização e inclusão social das pessoas com sofrimento psíquico em conflito com a lei**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2020, p. 175.

4 INCOMPATIBILIDADES ENTRE A EXECUÇÃO DAS MEDIDAS DE SEGURANÇA E A LEI Nº 10.216/01: PROPOSTAS DE ADEQUAÇÃO

4.1 Incompatibilidades

Segunda a autora Michele Cia, a realidade enfrentada pelas pessoas cumpridoras de medida de segurança no Brasil é preocupante e revela a absoluta desproporcionalidade e desnecessidade das medidas adotadas⁶⁶, o que fica ainda mais evidente diante da análise das contrariedades existentes entre a execução das medidas de segurança e as diretrizes de tratamento dos doentes mentais estabelecidas pela Lei 10.216 de 2001.

A Lei da Reforma Psiquiátrica (LRP), conforme exposto no capítulo anterior, prevê diversos direitos dos portadores de doenças mentais e diretrizes para o seu tratamento, que são essencialmente incompatíveis com a legislação penal reguladora das medidas de segurança, incompatibilidade esta que se torna ainda mais manifesta quando analisamos a realidade dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico do Brasil, demonstrada no primeiro capítulo deste trabalho.

Embora o Conselho Nacional de Política Criminal tenha publicado a Resolução nº 05/04, traçando diretrizes com o objetivo de adequar o cumprimento das medidas de segurança às disposições da Lei nº 10.216/01, verifica-se que a referida resolução não tem sido capaz de efetivamente alterar a execução das medidas de segurança no país, já que a maioria dos estados da federação ainda executam a medida de segurança nos moldes manicomial e institucionalizantes legitimados pela lei penal.

Sobre o conflito existente entre a Lei 10.216 de 2001 e o modelo manicomial consagrado pela legislação penal, Alessandra Mascarenhas Prado e Danilo Schindler expõem:

É importante, portanto, refletir sobre as características da medida de segurança cumprida em um Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, que a legislação penal formalmente ainda legitima como busca do ideal de defesa social contra ato ilícito cometido pelo louco infrator, para que se possa analisar a distância que a separa da aplicação da Lei de Reforma Psiquiátrica, e o conflito existente entre essa prática encarceradora e a garantia de direitos das pessoas com transtorno mental.⁶⁷

Uma incompatibilidade gritante pode ser vista ao analisar o artigo 97 do Código Penal, que prevê a internação em Hospital de Custódia como regra, podendo ser aplicado o tratamento ambulatorial apenas no caso de crime punível com detenção:

⁶⁶CIA, Michele. **Medidas de Segurança no Direito Penal brasileiro: A desinternação progressiva sob uma perspectiva político-criminal**. 1 ed. São Paulo: Editora Unesp, 2011, p. 17

⁶⁷PRADO, Alessandra Mascarenhas; SHINDLER, Danilo. A medida de segurança na contramão da Lei de Reforma Psiquiátrica: sobre a dificuldade de garantia do direito à liberdade de pacientes judiciários. **Revista Direito GV**. São Paulo, V. 13 N. 2, 628-652, MAIO-AGO, 2017, p. 630.

Art. 97 - Se o agente for inimputável, o juiz determinará sua internação (art. 26). Se, todavia, o fato previsto como crime for punível com detenção, poderá o juiz submetê-lo a tratamento ambulatorial.

O referido dispositivo legal vai de encontro a diversas determinações da Lei da Reforma Psiquiátrica, dentre elas o direito ser tratado em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis (art. 2, inciso VIII), o direito de ser tratado, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental (art. 2, inciso IX), e, especialmente, de encontro ao art. 4º da LRP, que dispõe que a internação em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

Assim, o supracitado artigo do Código Penal é essencialmente incompatível com a Lei de Reforma Psiquiátrica, já que ele traz a internação como regra geral para o cumprimento de medida de segurança, enquanto a LRP prevê que a internação só deve ser imposta quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes para o caso, como uma *ultima ratio*, o que exige urgente reforma da legislação penal neste ponto.

Importante ressaltar que este dispositivo legal tem reflexos no quadro fático da execução das medidas de segurança, visto que a prática da internação como primeira opção transparece através dos dados da Inspeção aos Manicômios Judiciários - Relatório Brasil 2015, realizada pelo Conselho Federal de Psicologia:

Considerando a lei 1.0216/2001, de 6 de abril de 2001, que “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” para realização de tratamento em meio aberto, mas especificamente nas RAPS, **a internação deveria ocorrer apenas em casos de exceção, após terem sido esgotadas todas as outras alternativas de tratamento. Porém, os dados apresentados nos itens cinco e seis do instrumento, revelam outra realidade, ainda bem distante desses marcos legais. A prática da internação como primeira opção aparece bastante forte nas estatísticas apresentadas.** Encontramos uma média 58,87 de pessoas, em cumprimento de medida de segurança, nos 18 estabelecimentos pesquisados e com exemplos mais significativos como os HCTP de Recife, com população de 211 internos em cumprimento de medida de segurança, seguido dos HCTPS de Florianópolis e de Sergipe com 104 cada um.⁶⁸

Sobre a legitimação da cultura do encarceramento e a aproximação da medida de segurança da pena, promovidos pelo artigo 97 do Código Penal, Alessandra Mascarenhas Prado e Danilo Schindler lecionam:

O referido dispositivo legal (art. 97, CP) torna legítima, na prática jurídica, a cultura do encarceramento para solução de problemas relacionados ao cometimento de atos ilícitos, mesmo por aqueles que sofrem de transtornos mentais. Ao mesmo tempo, reforça a exclusão social dessas pessoas, porque, assim como a pena privativa de liberdade, a internação compulsória em instituições totais não favorece mudanças positivas em relação ao indivíduo nem em relação ao contexto que o rodeia [...]

⁶⁸ CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Inspeções aos manicômios – Relatório Brasil 2015**. Brasília: CFP, 2015, p.137.

Percebe-se que o critério determinante para definir o tipo de medida de segurança nunca foi a necessidade do doente mental, e sim a gravidade do delito, seguindo a mesma proporcionalidade que deveria reger a previsão e aplicação da pena. Assim, aproximam-se os dois institutos, ignorando a necessidade de se verificar, no caso concreto, qual seria o tratamento adequado para o controle do transtorno mental.⁶⁹

O inciso I do parágrafo único do art. 2º da LRP prevê, como primeiro direito dos portadores de transtornos mentais, embora não haja hierarquia entre os direitos estabelecidos pela legislação, “ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades”.

É evidente que o referido dispositivo é diariamente desrespeitado nos Hospitais de Custódia do Brasil, visto que, conforme exposto no primeiro capítulo deste trabalho, 70% das instituições afirmaram não ter um projeto terapêutico individualizado⁷⁰. Demais, o quantitativo de profissionais de saúde nos referidos estabelecimentos é insuficiente, sendo a média geral 64 pacientes por psicólogo, chegando a 104 pacientes por psicólogo no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Sergipe⁷¹, o que impede um tratamento de qualidade.

As pessoas em sofrimento mental cumpridoras de medida de segurança não têm acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, observando suas necessidades. Pelo contrário, são submetidos a um péssimo tratamento, muitas vezes generalizado e com uso indiscriminado de fortes medicações, prestado por um baixo efetivo de profissionais da saúde, que, por vezes, não recebem qualificação específica para atender pacientes com transtornos mentais.

Além disso, os ECTP's (Estabelecimentos de Custódia e Tratamento Psiquiátrico) não oferecem assistência integral ao paciente, com serviços médicos, ocupacionais, de lazer etc. o que infringe a determinação do art. 4º, § 2º da LRP:

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

O art. 2º, parágrafo único, inciso II prevê que é direito da pessoa portadora de transtorno mental “ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade”.

⁶⁹ PRADO, Alessandra Mascarenhas; 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**. São Paulo, V. 13 N. 2, 628-652, MAIO-AGO, 2017, p. 633/634. .

⁷⁰ CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Inspeções aos manicômios – Relatório Brasil 2015**. Brasília: CFP, 2015, p.115.

⁷¹ CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Inspeções aos manicômios – Relatório Brasil 2015**. Brasília: CFP, 2015, p.121.

Conforme exposto no primeiro capítulo, a execução das medidas de segurança legitimada pela legislação penal, não prioriza o tratamento do enfermo mental, mas sua contenção em um estabelecimento com características prisionais, no qual “humanidade” e “respeito” são aspectos em falta, o que pode ser constatado pelas péssimas condições estruturais e de higiene dos Manicômios Judiciários.

Demais, a “recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade” também é um direito violado na execução das medidas de segurança, já que o inimputável submetido à internação é isolado no Hospital de Custódia, tendo pouco ou nenhum contato com o mundo externo.

Sobre este ponto, cumpre retomar dado trazido no primeiro capítulo: apenas 23% dos ECTPs afirmam desenvolver programas, projetos ou trabalho desenvolvidos para as famílias dos internos⁷², medida de extrema importância para o tratamento do paciente e para promoção do seu retorno ao convívio sócio-familiar, deficiência que, além de ferir o art. 2º, parágrafo único, inc. II, desrespeita o art. 3º da LRP que prevê que “É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família”.

O §1º do art. 4º da Lei 10.216/01 dispõe que “O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio”, todavia, a legislação penal pátria, ao tratar da medida de segurança, não prevê nenhum sistema de desinternação progressiva, a fim de atingir esta finalidade, ao contrário do que ocorre com as penas privativas de liberdade, cuja a execução é pautada em um sistema progressivo de regimes - regime fechado, regime semiaberto e regime aberto de cumprimento da pena.

A inexistência de um processo de desinternação progressiva para o cumprimento da medida de segurança, além de desrespeitar a finalidade permanente de reinserção social preconizada pela Lei da Reforma Psiquiátrica, representa uma restrição de direito ao qual o inimputável é submetido, já que a progressão de regime é uma garantia no cumprimento de pena pelos imputáveis.

O art. 2º, parágrafo único, inciso III, prevê que é direito da pessoa portadora de transtorno mental ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração, garantia também violada dentro dos Manicômios Judiciários.

Um exemplo de grave abuso ocorrido em um ECTP foi constatado através da pesquisa denominada “Lógica Manicomial e Invisibilidade: Estudo sobre os internos do Instituto

⁷² CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Inspeções aos manicômios – Relatório Brasil 2015**. Brasília: CFP, 2015, p.126.

Psiquiátrico Forense Doutor Maurício Cardoso - IPF-RS”, de Azevedo e Capra⁷³, citada no primeiro capítulo deste trabalho. Os pesquisadores averiguaram que no referido Hospital de Custódia, localizado no Rio Grande do Sul, havia um paciente que estava em isolamento há um ano, sendo impossibilitado de circular pelo estabelecimento, isto porque estava sendo abusado sexualmente por outros internos, tendo a administração adotado a referida medida como forma de “proteger” o paciente. O Juiz da Vara de Execução, ao tomar ciência do caso, concluiu, inclusive, que a situação configurava tortura⁷⁴, em escrachada violação não só à Lei da Reforma Psiquiátrica, como também à Constituição Federal.

Ainda sobre situações de abuso, a pesquisa Inspeção aos Manicômios Judiciários - Relatório Brasil 2015, realizada pelo Conselho Federal de Psicologia, revela:

Quanto às informações sobre as violações, embora em muitos estabelecimentos não tenha sido possível circular sem ser seguido pelos funcionários, nem conversar de forma reservada com os pacientes, **chegaram a ser informadas graves agressões e ameaças, além das condições desumanas e degradantes verificadas e a violação de todos os direitos mencionados no artigo 2º da Lei 10.216/2001 [...]**

Por sua vez, **entre as graves ameaças e agressões mencionadas acima, foi citado, em duas unidades, o uso de taser com pacientes em crise; sendo que, em um desses estabelecimentos, foi encontrado um paciente que já estaria isolado há cerca de três meses, período em que sua cela só teria sido limpa duas vezes, em que o paciente teria se queixado de problemas de saúde sem ter sido conduzido a um médico. Ainda nesse estabelecimento houve relatos explícitos de maus tratos por parte dos agentes penitenciários e de ameaça por parte de um dos psiquiatras**, que segundo denúncia de pacientes teria dito que se eles continuassem perguntando sobre seu tempo nesta unidade, ou os deixaria ainda mais um ano, ou os deixaria no isolamento.⁷⁵

O art. 2º, parágrafo único, inciso IV, dispõe que é direito da pessoa portadora de transtorno mental “ter garantia de sigilo nas informações prestadas”. Este direito, garantido pela LRP, é essencialmente incompatível com a intervenção penal no tratamento das pessoas em sofrimento mental que cometem ilícito penal, isto porque o atual modelo leva o profissional de saúde a se tornar uma espécie “delator”, expondo informações do paciente, que em tese são sigilosas, ao Poder Judiciário. Sobre este ponto a Profª Maria Lúcia Karam traz importantes reflexões:

O tratamento de qualquer transtorno mental não é compatível com o caráter punitivo, que está indissolivelmente ligado à sua determinação por parte de órgãos da justiça criminal. Não bastasse o comprometimento do tratamento – como esperar que um paciente confie e se abra com um terapeuta, que age, ao mesmo tempo, como uma

⁷³ AZEVEDO, Rodrigo Ghiringhelli de; CAPRA, Luiz Antônio Alves. Lógica manicomial e invisibilidade: estudo sobre os internos do Instituto Psiquiátrico Forense Doutor Maurício Cardoso – IPF-RS. **Revista Brasileira de Ciências Criminais**. vol. 144. ano 26. p. 125-158. São Paulo: Ed. RT, junho, 2018.

⁷⁴ AZEVEDO, Rodrigo Ghiringhelli de; CAPRA, Luiz Antônio Alves. Lógica manicomial e invisibilidade: estudo sobre os internos do Instituto Psiquiátrico Forense Doutor Maurício Cardoso – IPF-RS. **Revista Brasileira de Ciências Criminais**. vol. 144. ano 26. p. 125-158. São Paulo: Ed. RT, junho 2018. p. 152.

⁷⁵ CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Inspeções aos manicômios – Relatório Brasil 2015**. Brasília: CFP, 2015, p.135/136.

espécie de informante? – sua integração ao sistema penal implica o rompimento com a ética que deve presidir as relações entre terapeuta e paciente.

Baseando-se na confiança e no sigilo, voltados para a proteção do paciente, esta ética é necessariamente violada, quando o profissional da saúde, encarregado do tratamento, violando a intimidade daquele que está sendo tratado, violando o dever de sigilo inerente à sua profissão, relata – ou, talvez seja mais apropriado dizer, delata – , para um órgão de controle, comportamentos do paciente, que poderão atuar contra ele, piorando sua situação jurídica.

O dever do profissional da saúde sempre há de ser a saúde de seus pacientes e não os interesses do sistema penal ou de uma pretensa “defesa social”; suas avaliações deverão se basear nas necessidades dos pacientes, prevalecendo sobre qualquer outra questão não médica.⁷⁶

O inciso V do parágrafo único do art. 2º da LRP, dispõe que é direito da pessoa em sofrimento mental a presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária, enquanto o inciso VII prevê que é direito do paciente receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento. Entretanto, a falta de assistência médica é uma realidade nos Hospitais de Custódia, o baixo efetivo de médicos, aliado ao descaso da administração dos estabelecimentos, impede que direitos preconizados no art. 2º, § único, incisos V e VII sejam efetivados.

O art. 5º da Lei da Reforma Psiquiátrica prevê:

Art. 5º O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário.

O supracitado artigo trata dos casos de pacientes que permaneçam hospitalizados por um longo período, caracterizando situação de grave dependência institucional, impondo que seja criada e aplicada política específica de reabilitação para esses indivíduos. Não há na legislação penal reguladora da medida segurança nenhuma previsão de desenvolvimento dessa política específica, sendo muito comum pacientes psiquiátricos submetidos à medida de segurança permanecerem por longos anos internados nos ECTP's. Assim, o artigo 5º da LRP também vem sendo desrespeitado na execução das medidas de segurança no Brasil.

Diante do que foi apresentado até aqui, constatam-se os evidentes descompassos existentes entre a legislação penal reguladora das medidas de segurança e às diretrizes da Lei da Reforma Psiquiátrica, razão pela qual o Movimento Antimanicomial ainda está na luta pela reforma do instituto, de modo a tornar legítima e humana a forma que o Direito Penal lida com

⁷⁶ KARAM, Maria Lúcia. A Reforma das Medidas de Segurança. **Emerj**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 60, p. 108-114, ago-dez. 2012, p. 112/113.

as pessoas em sofrimento mental em conflito com a lei, priorizando o efetivo tratamento das patologias e a inserção dos pacientes no convívio em sociedade.

4.2 Propostas de Alteração da Execução das Medidas de Segurança no Brasil

Expostas as incompatibilidades existentes entre as diretrizes de tratamento de enfermos mentais, preconizadas pela Lei da Reforma Psiquiátrica, e o atual modo de execução das medidas de segurança no Brasil, forçoso reconhecer a pungente necessidade de reforma do instituto. Sobre necessidade de reorientação jurídico-legislativa da execução das medidas de segurança, expõe Ludmila Cerqueira Correia, Ana Valeska de Figueirêdo Malheiro e Olívia Maria de Almeida:

Entende-se como necessária a reorientação jurídico-legislativa para a efetiva aplicação da Lei 10.216/2001, para que haja atenção jurídica e psicossocial de forma integral às pessoas em sofrimento mental autoras de delito. As projeções trazidas pela Reforma Psiquiátrica para dentro do mundo jurídico apontam para a ineficácia absoluta da abordagem coativa, manicomial e repressora adotada no trato às pessoas em sofrimento mental autoras de delito. Os avanços da Reforma Psiquiátrica devem, portanto, ser incorporados nas práticas do sistema penal de forma a repensar o tratamento destinado a essas pessoas, reconhecendo-as como detentoras de direitos e deveres.⁷⁷

Embora a produção científica acerca das medidas de segurança seja escassa, considerando a invisibilidade da referida temática, alguns doutrinadores trazem relevantes sugestões de mudanças no modo de execução das medidas de segurança no Brasil.

Um ponto que impõe reforma urgente, ressaltado por diversos autores, é a criação de um sistema legal de **desinternação progressiva** para a medida de segurança. Eduardo Reale Ferrari, autor do livro “Medidas de Segurança e Direito Penal no Estado Democrático de Direito”⁷⁸, traz na seção 7 do seu livro, chamada “Propostas para aplicação das medidas de segurança criminais no Direito Penal brasileiro”, a desinternação progressiva como primeiro ponto de reforma.

De início, o autor menciona o *caput* do art. 5^a da Constituição, que prevê que todos são iguais perante a lei, bem como menciona o inciso XLVI do mesmo artigo, que impõe a necessidade de individualização de qualquer sanção, concluindo que os supracitados dispositivos levam à afirmação indubitável de que todos os direitos existentes para os

⁷⁷ ALMEIDA, Olívia Maria de; CORREIA, Ludmila Cerqueira; MALHEIRO, Ana Valeska de Figueirêdo. Romper o silêncio para a garantia dos direitos das mulheres em sofrimento mental autoras de delito. **Revista Brasileira de Ciências Criminais**. São Paulo. Vol 123. Setembro, 2016.

⁷⁸ FERRARI, Eduardo Reale. **Medidas de segurança e direito penal no estado democrático de direito**. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2001.

imputáveis devem ser estendidos aos inimputáveis. Diante desta afirmação, o autor sustenta que deve ser instituído um sistema de desinternação progressiva para os inimputáveis, em paralelo à progressão de regimes prevista para os imputáveis:

Reintegração comunitária significa possibilidade de integração social, exteriorizada pela progressividade na execução de qualquer espécie de sanção-penal, estendendo-se também àqueles suscetíveis às medidas de tratamento criminal.

Permitida a progressão em relação a inimputáveis e semi-imputáveis, possíveis serão as transferências de um regime de tratamento mais rigoroso a um menos rigoroso, resgatando sua autodeterminação e dignidade, auxiliando na efetiva, gradativa e futura convivência sócio-familiar.⁷⁹

Eduardo Reale também expõe que, embora não haja previsão de um sistema de desinternação progressiva na legislação pátria, tal mecanismo já constitui uma realidade em alguns HCTP's do Brasil. Sobre a experiência do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Franco da Rocha, no estado de São Paulo, autor relata:

No período de 1981 a 1984 o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Franco da Rocha iniciou visitas experimentais, admitindo que os pacientes-delinquentes passassem os fins-de-semana junto a seus familiares, resultando em concretos ganhos terapêuticos. Tal ensaio, todavia, foi suspenso judicialmente sob alegação de ausência de amparo legal.

[...]

O apego ao formalismo jurídico, contudo, não venceu a imaginação e resistência dos bem intencionados, inaugurando-se em 1989, em Franco da Rocha, um pavilhão destinado ao implemento de uma progressividade na execução da medida de segurança de internamento, constituindo-se num modelo transitório entre a situação de hospitalização em regime fechado e o retorno ao meio social mais amplo. Instituiu-se, assim, uma progressividade à medida de internamento, proporcionando aos indivíduos, que aos poucos melhorassem, um momento de liberdade, retornando ao convívio social.⁸⁰

A autora Michele Cia, em seu livro “A Medida de Segurança no Direito Penal Brasileiro - A desinternação progressiva sob uma perspectiva político-criminal” narra o histórico da desinternação progressiva no Brasil, expondo que a iniciativa da sua criação não se deu no meio jurídico, mas sim no meio médico, tendo como denominação inicial “alta progressiva”⁸¹. Segundo a autora, foi em 1989 que a desinternação progressiva foi consolidada no estado de São Paulo, contando com o apoio do Poder Judiciário, que passou a autorizar a progressão do tratamento nos casos concretos:

Pode-se perceber, com efeito, que o mérito da instituição da desinternação progressiva é dos próprios funcionários que atuavam no hospital, sobretudo dos médicos psiquiatras, que, convém ressaltar, sempre pediam autorização do Poder Judiciário para aplicar a medida. Essa questão não é importante apenas do ponto de vista histórico, mas é fundamental porque projeta consequências para a própria dinâmica

⁷⁹ FERRARI, Eduardo Reale. **Medidas de segurança e direito penal no estado democrático de direito**. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2001, p. 168.

⁸⁰ FERRARI, Eduardo Reale. **Medidas de segurança e direito penal no estado democrático de direito**. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2001, p. 169.

⁸¹ CIA, Michele. **Medidas de Segurança no Direito Penal brasileiro: A desinternação progressiva sob uma perspectiva político-criminal**. São Paulo: Editora Unesp, 2011, p.118.

atual da desinternação progressiva, caracterizada por um forte viés médico e terapêutico.⁸²

Em 2001, o Poder Executivo do Estado de São Paulo, através do Decreto Estadual nº 46.046⁸³, criou um estabelecimento destinado exclusivamente à desinternação progressiva, o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico II de Franco da Rocha (HCTP II), o que, conforme expõe a autora, demonstra o apoio dado pelo poder público à prática da desinternação progressiva.

Ações como as supracitadas demonstram que o poder executivo e judiciário de alguns estados da federação estão avançando dentro da temática da desinternação progressiva, embora o poder legislativo ainda não tenha legalmente instituído a referida prática, o que retira dos pacientes internados em estados que não adotam o mecanismo a oportunidade de serem reinseridos gradativamente no seu meio social, já que não há previsão legal que obrigue os entes. Sobre a legitimidade da desinternação progressiva e a necessidade de regulação legislativa federal, Michele Cia expõe:

Muito embora não haja previsão expressa da medida em nosso ordenamento, é forçoso reconhecer que ela se alinha aos ditames constitucionais, principalmente na medida em que procura respeitar a dignidade da pessoa humana, fundamento de nosso estado Democrático e Social de Direito Material. Teoricamente, portanto, **não há entrave algum para a legitimidade da desinternação progressiva em nosso sistema jurídico. Tudo para dizer que não se trata de estratégia ilegal, mas que se coaduna com nosso modelo de estado e seu ordenamento jurídico.** Essa constatação, no entanto, não faz mais do que reconhecer legitimidade à experiência em curso no estado de São Paulo, assim como àquelas que lhe são assemelhadas. Não institui, no âmbito das medidas de segurança, a obrigação do estado em fornecer essa estratégia político-criminal àqueles internos para os quais for adequada, em âmbito nacional. claro que sua efetivação – desde que bem aplicada – em todos os estados brasileiros seria altamente recomendável, por todos os motivos já expostos neste trabalho. No entanto, **essa ainda não é uma obrigação exigível do estado, justamente por falta de legislação a respeito. É nesse contexto que seria importante uma reforma legislativa que estabelecesse a desinternação progressiva como uma etapa possível a todo indivíduo submetido à medida de segurança no Brasil.**⁸⁴

Gilberto Giacoia e Letícia Gabriella Almeida também militam pela inserção da desinternação progressiva na legislação penal reguladora das medidas de segurança, visto que a falta de lei federal disciplinadora apresenta-se como impedimento para a concretização do instituto:

⁸² CIA, Michele. **Medidas de Segurança no Direito Penal brasileiro**: A desinternação progressiva sob uma perspectiva político-criminal. São Paulo: Editora Unesp, 2011, p.117.

⁸³ SÃO PAULO (Estado). **Decreto Nº 46.046, 23 de agosto de 2011**. Cria e organiza, na Secretaria da Administração Penitenciária, o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico II de Franco da Rocha. Disponível em: <https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/decreto/2001/decreto-46046-23.08.2001.html>. Acesso em: 25 abr. 2022.

⁸⁴ CIA, Michele. **Medidas de Segurança no Direito Penal brasileiro**: A desinternação progressiva sob uma perspectiva político-criminal. São Paulo: Editora Unesp, 2011, p.124/125.

A ausência de lei federal que discipline a desinternação progressiva acaba por obstar o fornecimento de mais recursos para sua execução. A atual estrutura dos hospitais de custódia, a carência de diagnósticos concretos e de um acompanhamento profissional adequado impede que esse instituto se consagre de forma efetiva, impossibilitando sua extensão aos demais hospitais de custódia e seu aperfeiçoamento naqueles que já o aplicam.⁸⁵

Diante de todo o exposto no presente trabalho, inevitável concluir que a desinternação progressiva é um mecanismo que precisa urgentemente ser legitimado e regulado legalmente, a fim de garantir a todo indivíduo submetido à medida de segurança uma progressão no seu tratamento, com a sua reinserção gradual na sociedade, em respeito não só às diretrizes da Lei nº 10.216/01, como também ao princípio da isonomia consagrado no texto constitucional.

Por fim, sobre a importância da desinternação progressiva para o tratamento do enfermo mental, segue trecho da obra de Eduardo Reale:

A desinternação progressiva consiste num método terapêutico que agiliza e aprimora a compreensão, o manejo e a efetivação do tratamento, restando claro que o regime de contenção se aplica a poucos internos. [...]

Enquanto no internamento fechado o paciente adquire hábitos condutores ao hospitalismo, ao mimetismo, agravando a patologia, cronificando a doença, originando um estado de dependência contínua do ambiente hospitalar, intensificando o distanciamento do meio sócio-familiar, na desinternação progressiva visa-se à integração gradativa entre o paciente e o meio-social, oferecendo-lhe formas terapêuticas alternativas [...]. Na desinternação progressiva adota-se não um mero tratamento psicofarmacológico, mas psico e sócio-terapêutico [...].⁸⁶

Outro ponto de reforma defendido pelo autor Eduardo Reale, que coaduna com as diretrizes da Lei da Reforma Psiquiátrica, dentre elas o tratamento pelos meios menos invasivos possíveis e preferencialmente em serviços comunitários de saúde mental, é a priorização da medida de segurança na modalidade tratamento ambulatorial, na qual há menor restrição de liberdade do paciente.

Atualmente, o Código Penal pátrio prevê, em seu art. 97, que o inimputável poderá ser submetido à tratamento ambulatorial apenas no caso de delito punível com detenção. Além disso, o Código Penal prevê somente a possibilidade de conversão do tratamento ambulatorial em internação, (§4º, art. 97), não havendo qualquer dispositivo que permita a conversão da internação em tratamento ambulatorial.

A imposição de tratamento ambulatorial, mesmo em crimes puníveis com reclusão, bem como a substituição da internação por tratamento ambulatorial, embora não autorizadas

⁸⁵ ALMEIDA, Letícia Gabriella. GIACOIA, Gilberto. Processo Penal e Medida de Segurança: Um estudo da desinternação progressiva como instrumento de reinserção social. **Revista de Direito Penal, Processo Penal e Constituição**. Curitiba/PR. V. 2. N.2. e-ISSN: 2526-020.p. 481-501. Jul/Dez. 2016.

⁸⁶ FERRARI, Eduardo Reale. **Medidas de segurança e direito penal no estado democrático de direito**. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2001, p. 171.

legalmente, já vêm sendo adotadas pelos tribunais pátrios, em observância aos ditames constitucionais e às diretrizes da LRP. Nesse sentido, decidiram Supremo Tribunal Federal e o Superior Tribunal de Justiça, este em julgamento de Embargos de Divergência:

AÇÃO PENAL. Execução. Condenação à pena de reclusão, em regime aberto. Semi-imputabilidade. Medida de segurança. Internação. Alteração para tratamento ambulatorial. Possibilidade. Recomendação do laudo médico. Inteligência do art. 26, § 1º do Código Penal. Necessidade de consideração do propósito terapêutico da medida no contexto da reforma psiquiátrica. Ordem concedida. Em casos excepcionais, admite-se a substituição da internação por medida de tratamento ambulatorial quando a pena estabelecida para o tipo é a reclusão, notadamente quando manifesta a desnecessidade da internação (STF - HC: 85401 RS, Relator: Min. CEZAR PELUSO, Data de Julgamento: 4/12/2009, Segunda Turma, Data de Publicação: DJe-027 DIVULG 11-02-2010 PUBLIC 12-02-2010 EMENT VOL-02389-01 PP-00051)⁸⁷

PENAL. EMBARGOS DE DIVERGÊNCIA EM RECURSO ESPECIAL. PARADIGMA EM HABEAS CORPUS. IMPOSSIBILIDADE. ATENTADO VIOLENTO AO PUDOR. INIMPUTABILIDADE DO RÉU. SENTENÇA ABSOLUTÓRIA IMPRÓPRIA. MEDIDA DE SEGURANÇA. INTERNAÇÃO EM MANICÔMIO JUDICIÁRIO. SUBSTITUIÇÃO POR TRATAMENTO AMBULATORIAL. CRIME PUNIDO COM PENA DE RECLUSÃO. ART. 97 DO CP. POSSIBILIDADE. EMBARGOS REJEITADOS. 1. Os embargos de divergência em recurso especial, ao tempo em que solucionam a lide, têm por finalidade possibilitar ao Superior Tribunal de Justiça que resolva a discordância existente entre seus órgãos fracionários na interpretação de lei federal, com objetivo de uniformização da jurisprudência interna corporis.

[...]4. Hipótese em que se verifica posicionamento dissonante entre as Turmas que compõem a Terceira Seção desta Corte quanto ao direito federal aplicável (art. 97 do CP. “Se o agente for inimputável, o juiz determinará sua internação (art. 26). Se, todavia, o fato previsto como crime for punível com detenção, poderá o juiz submetê-lo a tratamento ambulatorial”). 5. **A doutrina brasileira majoritariamente tem se manifestado acerca da injustiça da referida norma, por padronizar a aplicação da sanção penal, impondo ao condenado, independentemente de sua periculosidade, medida de segurança de internação em hospital de custódia, em razão de o fato previsto como crime ser punível com reclusão.** 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. 8. Embargos de divergência rejeitados (EREsp 998.128/MG, Rel. Ministro RIBEIRO DANTAS, TERCEIRA SEÇÃO, julgado em 27/11/2019, DJe 18/12/2019)⁸⁸

⁸⁷ BRASIL. Supremo Tribunal Federal (2. Turma). **AÇÃO PENAL. Execução. Condenação à pena de reclusão, em regime aberto. Semi-imputabilidade. Medida de segurança. Internação. Alteração para tratamento ambulatorial. Possibilidade. Recomendação do laudo médico. Inteligência do art. 26, § 1º do Código Penal. Necessidade de consideração do propósito terapêutico da medida no contexto da reforma psiquiátrica. Ordem concedida. Em casos excepcionais, admite-se a substituição da internação por medida de tratamento ambulatorial quando a pena estabelecida para o tipo é a reclusão, notadamente quando manifesta a desnecessidade da internação.** Habeas Corpus 85401 RS. Márcio Luís Flores de Oliveira, José Francisco Fischinger e Superior Tribunal de Justiça. Relator: Min. Cezar Peluso. DJ, 04 dez. 2009. Acórdão. Disponível em: <<https://stf.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/7222350/habeas-corpus-hc-85401-rs>>. Acesso em: 27 maio 2022.

⁸⁸ BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. (Terceira Seção). Penal. Embargos De Divergência Em Recurso Especial. Paradigma em Habeas Corpus. Impossibilidade. Atentado violento ao pudor. Inimputabilidade do Réu,

Necessária, portanto, a alteração legislativa de modo a legalizar a prática já adotada pelo Poder Judiciário, a fim de assegurar ao inimputável submetido à medida de segurança, seja o delito cometido punido com reclusão ou detenção, um tratamento menos invasivo e restritivo. Sobre pungente necessidade da reorientação legislativa, discorre Eduardo Reale:

Urgente, portanto, constitui a reforma legislativo-penal, enunciando dispositivos, quer para a desinternação progressiva, quer à progressão - do internamento para o tratamento ambulatorial - não podendo o nosso Código Penal e a Lei de Execução Penal permanecer estagnados diante da tendência de desinstitucionalização do tratamento, preconizado pela psiquiatria moderna, figurando imprescindível uma imediata adequação legal às novas e salutares modalidades terapêuticas.⁸⁹

Para tanto, o autor sugere a inclusão no Código Penal de dispositivo prevendo a desinternação progressiva e a progressão do internamento para o tratamento ambulatorial, retirando a restrição da imposição do tratamento ambulatorial apenas para crimes puníveis com detenção, adotando a seguinte redação⁹⁰:

Art. 97. O juiz determinará a espécie de medida de segurança adequada, observada a perícia médica.

§ 3º O juiz, após perícia médica, poderá conceder ao paciente que apresentar melhora em seu tratamento a desinternação progressiva, facultando-lhe saída temporária para visita à família ou participação em atividades que concorram para o seu retorno ao convívio social, com a indispensável supervisão da instituição em que estiver internado.

§ 4º Observados os resultados positivos da desinternação progressiva e realizada perícia, com a melhora do quadro clínico do internado, poderá o juiz autorizar a transferência para o tratamento ambulatorial, ouvido o Ministério Público.

Outro aspecto da execução das medidas de segurança que merece reforma diz respeito à ausência de limites máximos e à obrigatoriedade dos limites mínimos de duração. O §1º do Art. 97 do Código Penal dispõe 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.”

Quanto ao limite máximo de duração da medida de segurança, pela redação acima transcrita, não há restrição temporal, podendo a medida de segurança durar por tempo indeterminado, em evidente desrespeito à vedação de penas de caráter perpétuo, consagrada

Sentença Absolutória Imprópria. Medida de segurança. Internação em Manicômio Judiciário. Substituição Por Tratamento Ambulatorial. Crime Punido Com Pena De Reclusão. Art. 97 do CP. Possibilidade. Embargos Rejeitados. Embargos de Divergência em RESP nº 998.128 MG. Ministério Público Federal e R R DOS S. Relator: Min. Ribeiro Dantas. Acórdão. DJ 27/11/2019. Disponível em: <<https://stj.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/860000078/embargos-de-divergencia-em-recurso-especial-eresp-998128-mg-2011-0103968-0/inteiro-teor-860000087?ref=serp>> Acesso em: 27 de maio 2022.

⁸⁹ FERRARI, Eduardo Reale. **Medidas de segurança e direito penal no estado democrático de direito**. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2001, p. 173.

⁹⁰ FERRARI, Eduardo Reale. **Medidas de segurança e direito penal no estado democrático de direito**. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2001, p. 173/174.

pela alínea “b”, inc. XLVII, art. 5º da Constituição Federal. Entretanto, o Superior Tribunal de Justiça, em 2015, pacificou o entendimento, através da Súmula 527, de que “a duração da medida de segurança não deve ultrapassar o limite máximo da pena abstratamente cominada ao delito praticado.”

Embora o entendimento do Superior Tribunal de Justiça esteja sumulado, devendo ser observado o limite máximo de duração para todos os indivíduos cumpridores de medida de segurança, é pertinente a alteração do texto legal, a fim de remover do Código Penal Pátrio a redação reconhecidamente inconstitucional.

Já quanto aos limites obrigatórios mínimos da medida de segurança, a jurisprudência ainda não deu a devida atenção à incoerência imposta pela referida limitação, em desrespeito aos ditames da Lei 10.216/01.

A LRP dispõe que é direito da pessoa portadora de transtorno mental ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, **consentâneo às suas necessidades**, (inc. I, § único, art. 2º) bem como ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis (inc. VIII, § único, art. 2º). Todavia, anacronicamente, o Código Penal dispõe que a medida de segurança, seja ela internamento ou tratamento ambulatorial, deve ter prazo mínimo de duração de 1 (um) a 3 (três) anos, fixado na sentença absolutória imprópria, que deve ser respeitado ainda que cessada a periculosidade do agente, ou ainda que sua necessidade não indique.

Além disso, o art. 175 da Lei de Execução Penal prevê que “a cessação da periculosidade será averiguada no fim do prazo mínimo de duração da medida de segurança, pelo exame das condições pessoais do agente”, o que reafirma a existência do prazo mínimo obrigatório da medida de segurança na legislação penal pátria.

Impor que o indivíduo submetido à medida de segurança permaneça cumprindo a medida ainda que cessada a sua periculosidade e ainda que não seja medicamente indicado, demonstra, mais uma vez, que a prioridade do legislador ao regular a execução das medidas de segurança não é o efetivo tratamento do portador de doença mental, mas sim sua contenção, em observância à prevenção geral positiva. Sobre este ponto, Eduardo Reale leciona:

Quanto aos limites mínimos obrigatórios, indiscutível constitui a permanência de seu caráter aflitivo. Com base nessa característica, maior será a angústia caso o limite mínimo perdure, em especial quando já cessado o estado de perigosidade. As patologias mentais, por constituírem-se em diversos graus, configuram-se condicionadas a fatores pessoais, não se fixando *a priori* prazos mínimos de duração às medidas de segurança.

Em nossa concepção, não faz sentido falar-se na admissibilidade de limites mínimos obrigatórios, quando possível, a qualquer tempo, a cessação da anomalia ao delinquente-doente, figurando inconcebível a existência de limites mínimos obrigatórios em qualquer ilícito-típico praticado pelo enfermo mental.

Atualmente, deve-se prevalecer a inexistência de limites mínimos obrigatórios a quaisquer espécies de medidas de segurança criminais [...] ⁹¹

Seguindo na análise das propostas de alteração, alguns autores, como Alessandra Mascarenhas Prado e Danilo Schindler, defendem que o indivíduo submetido à medida de segurança deve ser direcionado para o sistema de saúde pública, devendo lá receber seu tratamento. Tal medida representaria o fim dos Hospitais de Custódia, já que, imposta a medida de segurança, o inimputável receberia seu tratamento através do Sistema Único de Saúde, com todas as cautelas necessárias, eliminando as mazelas próprias do Sistema Penitenciário. Nesse sentido, sustenta a pesquisadora Karinny Viera:

Defende-se, aqui, o fim dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, para que todos os doentes mentais que precisem de tratamento, mesmo aqueles que venham a cometer injustos penais, sejam recebidos pela rede do Sistema Único de Saúde, a qual deve implementar as redes de atenção psicossocial, nos exatos termos da Lei nº 10.216/2001 e da Portaria nº 3.088/2011 do Ministério da Saúde. As pessoas com doença mental não podem continuar a ter seus direitos violados em decorrência da falência do Estado, que tem se mostrado incapaz de garantir o direito fundamental à saúde.⁹²

Em verdade, essa nova forma de abordagem para tratamento do indivíduo inimputável, inspirada nos ideais da Luta Antimanicomial, já vem sendo desenvolvida em alguns estados do nosso país. O primeiro Projeto foi criado no ano de 2000, no estado de Minas Gerais, sendo conhecido como **Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário (PAI-PJ)**, tendo como principal função o acompanhamento integral ao paciente judiciário portador de sofrimento mental em todas as fases do processo penal, por meio de uma equipe multidisciplinar. Sobre inovação trazida pelo programa, segue trecho de cartilha informativa confeccionada pelo Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais⁹³:

O PAI-PJ rompe com o antigo modelo de execução penal, em que os portadores de sofrimento mental são internados em manicômios judiciários. Orienta-se pelos princípios da luta antimanicomial e da Lei 10.216/2001, que protege os direitos dos portadores de transtornos mentais, sem dispensar sua responsabilidade.

O Programa propicia uma atenção especial ao portador de sofrimento mental infrator no campo de competência do Tribunal de Justiça de Minas Gerais. Sua possibilidade é fruto de uma ação coletiva, envolvendo Poder Judiciário, Poder Executivo, através da rede pública de saúde, e sociedade.

Respeitando limites estruturais, funcionais e circunstâncias existentes em cada instituição parceira, o Programa atua numa perspectiva da responsabilização de todos os envolvidos como instrumento efetivo no processo de inserção social do louco

⁹¹ FERRARI, Eduardo Reale. **Medidas de segurança e direito penal no estado democrático de direito**. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2001, p. 184.

⁹² VIERA, Karinny Guedes de Melo. **Cemitério dos Esquecidos: uma metáfora que questiona a noção de periculosidade a partir da experiência do Centro Psiquiátrico Judiciário**. 2018.246f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Direito, Faculdade de Direito de Alagoas, Universidade Federal de Alagoas. Alagoas, 2018, p.191.

⁹³ TRIBUNAL DE JUSTIÇA DE MINAS GERAIS. PAI-PJ: programa de atenção integral ao paciente judiciário portador de sofrimento mental infrator. Belo Horizonte: . Disponível em: <http://www.crpsp.org.br/interjustica/pdfs/outros/cartilha-pai-pj.pdf>. Acesso em: 13 abr. 2022.

infrator. **Hoje, a rede pública de saúde de Belo Horizonte assume o atendimento dos pacientes judiciários sem distinção.**

Resumidamente, o PAI-PJ tem a seguinte dinâmica de funcionamento: após a determinação do juiz, a equipe de psicólogos realiza a avaliação do paciente, encaminhando-o imediatamente à rede pública de saúde, a fim de que seja construído um projeto clínico individualizado, que pode impor a internação, apenas em situações de crise, em hospital psiquiátrico comum ou centro de referência em saúde mental, ou a adoção de medidas extra-hospitalares, de modo preferencial.

O PAI-PJ obteve grande êxito em sua atuação e a equipe coordenadora do projeto foi convidada para organizar e implementar programa similar no estado de Goiás⁹⁴, surgindo assim, no ano de 2006, o **Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI)**, nos mesmos moldes do projeto mineiro. O PAILI, ao contrário do PAI-PJ, que é vinculado ao Tribunal de Justiça de Minas Gerais, é ligado à Superintendência de Políticas de Atenção Integral à Saúde, da Secretaria da Saúde do Estado de Goiás.

A aplicação da medida de segurança, em ambos os projetos, depende da intervenção penal na prolação da sentença judicial, devendo a medida ser acompanhada pelo juízo da execução. Todavia, o tratamento ao qual será submetido o enfermo mental, através do sistema de saúde, é orquestrado pelo médico responsável em conjunto com a equipe multidisciplinar. Em estudo sobre o PAI-PJ, Fernanda Otoni de Barros-Brisset expõe:

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 desembolar dos embaraços que a sua singular diferença pode lhe apresentar nas suas relações de convivência. **A proposição do projeto pretendeu tratar a crise instalada entre a justiça e a saúde mental; contudo, a novidade que se revelou desse tratamento da crise foi a possibilidade inédita de dispensar o manicômio judiciário como lugar para os loucos infratores.** A resposta encontrada pela crise substituiu a prática reacionária do manicômio pela inclusão dessa população nas políticas públicas de atenção à saúde mental, sem desprezar a importância do tratamento jurídico na solução de cada caso. Essa política inovadora enfim se integra aos princípios constitucionais e fundamentais dos direitos humanos, às diretrizes da reforma psiquiátrica indicadas na lei 10.216/2001 e essencialmente resgata a humanidade do portador de sofrimento mental infrator, conforme orientou Lacan para que nossa prática “corresponda a esperança que palpita em todo ser condenado de se integrar num sentido vivido”⁹⁵

Ambos os programas se tornaram referência no Brasil e no mundo. O PAI-PJ foi apresentado como modelo em eventos na França em 2005, 2006 e 2008, bem como no Fórum

⁹⁴ E WEIGERT, Mariana de Assis Brasil. **Medida de Segurança e Reforma Psiquiátrica: Silêncios e invisibilidades nos manicômios judiciários brasileiros**. 1 ed. Florianópolis: Empório do Direito, 2017, p. 161.

⁹⁵ BARROS-BRISSET, Fernanda Otoni de. Um dispositivo conector - Relato da experiência do PAI-PJ/TJMG, uma política de atenção integral ao louco infrator, em Belo Horizonte. **Rev Bras Crescimento Desenvolvimento Hum.** 20 (1), p. 116/128. 2010, p. 123.

Social Europeu, promovido na Grécia no ano de 2006⁹⁶, o PAILI rendeu ao seu idealizador, o Promotor de Justiça Haroldo Caetano da Silva, o Prêmio Inovare em 2009, consolidando-se como modelo de cuidado ao enfermo mental em conflito com a lei ao abolir definitivamente a figura do Hospital de Custódia.⁹⁷ Ademais, cumpre ressaltar que os referidos programas têm alcançado bons resultados, com baixíssimos índices de reiteração da prática delitiva pelos egressos⁹⁸.

Outro estado que também avançou na adoção de medidas a fim de dar efetividade às diretrizes da Lei da Reforma Psiquiátrica e abolir os anacrônicos Manicômios Judiciários foi o Piauí, que criou o **Programa de Cuidado Integral ao Paciente Psiquiátrico (PCIPP)**, que prevê soluções para um tratamento mais humano para os pacientes submetidos à medida de segurança, recebendo seu tratamento em unidades de saúde comuns. O tratamento desenvolvido tem como único objetivo a melhora e a reinserção social do paciente, sem qualquer relação com o delito cometido. Sobre o Programa, relata Nestor Alcebíades Ximenes:

O Programa de Cuidado Integral do Paciente Psiquiátrico foi criado pelo juiz titular da Vara de Execuções Penais de Teresina, José Vidal de Freitas, e consiste na aplicação das diretrizes da Lei nº 10.216/01 (Lei Antimanicomial), que teria revogado as normas do Código Penal e da Lei de Execução Penal relativas às medidas de segurança, devendo ser dado às pessoas com transtorno mental em conflito com a lei, o tratamento necessário e durante o tempo necessário, sem qualquer vinculação com o crime atribuído, mas, tendo em vista, exclusivamente, o cuidado do paciente, objetivando proporcionar-lhe condições para ter uma vida mais “normal” possível e, preferencialmente, junto de sua família. (TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO PIAUÍ, 2017)⁹⁹

Os procedimentos do PCIPP são regulados pela Corregedoria Geral de Justiça do Estado do Piauí através do Provimento nº 9/2016. O PCIPP abrange também o processo de desinternação, sendo os pacientes encaminhados para o tratamento ambulatorial em unidade de saúde ou nos Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), com o acompanhamento dos seus familiares, quando possível.

Além disso, foi implantado, em 2015, no âmbito da Secretaria de Saúde do Estado do Piauí, o Serviço de Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei, que é realizado através de das “Equipes de Avaliação e Acompanhamento” (EAP’s):

⁹⁶ E WEIGERT, Mariana de Assis Brasil. **Medida de Segurança e Reforma Psiquiátrica: Silêncios e invisibilidades nos manicômios judiciais brasileiros**. 1 ed. Florianópolis: Empório do Direito, 2017, p. 162.

⁹⁷ SILVA, Haroldo Caetano (Coord). **PAILI: Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator**. MP/GO. 3. ed. Goiânia. 2013.

⁹⁸ E WEIGERT, Mariana de Assis Brasil. **Medida de Segurança e Reforma Psiquiátrica: Silêncios e invisibilidades nos manicômios judiciais brasileiros**. 1 ed. Florianópolis: Empório do Direito, 2017, p. 164.

⁹⁹ XIMENES, Nestor Alcebíades Mendes. **Medida de Segurança: Humanização e inclusão social das pessoas com sofrimento psíquico em conflito com a lei**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2020, p. 252.

O Serviço atua a partir da mediação entre as políticas públicas de saúde e de assistência social e instâncias judiciárias, no qual o trabalho das EAPs se utiliza de instrumentos que visam afastar a lógica vigente de exclusão e asilamento, proporcionando a reinserção social a partir de um tratamento comunitário, resgatando a cidadania (SESAPI, 2017).

[...]

O trabalho das EAP's, no estado do Piauí, visa romper com a lógica dominante de exclusão social e abandono, deslocando a atenção do regime hospitalar para o comunitário e contribuindo na sustentação e articulação de uma rede de cuidados fora da perspectiva de reclusão, superando os obstáculos durante o processo de desinstitucionalização dessa população.

[...]

A EAP pode atender a pessoa que, presumidamente ou comprovadamente, apresente transtorno mental e que esteja em conflito com a lei, ainda que esteja com inquérito ou em liberdade; com processo criminal e em cumprimento de pena privativa de liberdade ou prisão provisória ou respondendo em liberdade, e que tenha o incidente de insanidade mental instaurado; em cumprimento de medida de segurança; assim como aquelas com medida de segurança extinta e apresente necessidade expressa pela justiça criminal ou pelo SUS de garantia de sustentabilidade do projeto terapêutico singular (PTS) (SESAPI, 2017)¹⁰⁰.

Diante dos exitosos Programas acima descritos, verifica-se que o processo de desinstitucionalização dos pacientes submetidos à medida de segurança, com o consequente fim dos Manicômios Judiciários, proposto por autores como Alexis Couto de Brito, Michele Cia, Nestor Alcebíades Ximenes e Mariana Weigert, já iniciou em alguns estados do país, enquanto outros ainda seguem a lógica manicomial legitimada pela legislação penal vigente.

Impõe-se, portanto, uma reforma da execução das medidas de segurança, de modo a obrigar legalmente que os entes federativos desenvolvam programas similares aos de Minas Gerais, Goiás e Piauí, a fim de efetivamente compatibilizar, em todo território nacional, a execução das medidas de segurança às diretrizes da Lei 10.216/2001 e, enfim, extinguir os anacrônicos Hospitais de Custódia.

Alguns autores, como Mariana Weigert, vão além, e defendem exclusiva responsabilização jurídica da pessoa com transtorno mental na esfera extrapenal, sobretudo civil:

O novo cenário, em sintonia com a Lei da Reforma, não impediria, p. ex., pensar na exclusiva responsabilização jurídica do portador de sofrimento psíquico na esfera extrapenal, sobretudo civil. Neste espaço afastado do jurídico-penal, a intervenção do juiz seria direcionada ao estabelecimento dos critérios de compensação da vítima pelos danos materiais e morais causados pelo crime, sem qualquer necessidade de ingerência do sistema punitivo.

E nesta hipótese estaria também contemplada a responsabilização jurídica pelo ato praticado, porém ao invés de se tratar de responsabilização oriunda do direito penal, que é em si mesma violenta, adviria de outra área do direito. Deste modo, estaria contemplado o aspecto terapêutico da responsabilização jurídica, evitando-se, contudo, que sofresse a rotulação perpetrada pelo sistema criminal.

¹⁰⁰ XIMENES, Nestor Alcebíades Mendes. **Medida de Segurança: Humanização e inclusão social das pessoas com sofrimento psíquico em conflito com a lei**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2020, p. 255/256.

Em outras palavras, se processo penal é, em si mesmo, uma cerimônia degradante, e se a Lei da Reforma Psiquiátrica impõe formas de desinternação, não há motivo para manter o considerado louco infrator em contato com este âmbito jurídico.

Nestor Alcebiádes M. Ximenes sustenta que, além de ser promovido o tratamento do enfermo mental em conflito com a lei sem qualquer distinção em relação aos demais usuários dos serviços psiquiátricos, o termo de “medida de segurança” deve ser substituído pelo termo “medida terapêutica”:

A sugestão mais plausível é modificar o termo “medida de segurança”, pois a periculosidade presumida há muito foi desconstruída, pelo termo “medida terapêutica”, sendo aplicada a qualquer pessoa que possuam algum problema de ordem psíquica ou mental, submetendo-a a um tratamento humanizado e não encarcerador, independente da verificação do estado de inconsciência ao tempo da conduta praticada, pois o que importa é a recuperação da saúde mental de alguém que está atualmente com suas faculdades psíquicas em desordem, buscando a sua inclusão social e familiar para prestigiar o verdadeiro espírito de solidariedade humana, da qual não podemos perder referência.

Já Maria Lúcia Karam, ao constatar que a imposição de medida de segurança para o inimputável viola frontalmente o princípio da culpabilidade e as normas garantidoras da dignidade do indivíduo propõe a abolição total das medidas de segurança:

No campo dos transtornos mentais, não pode haver espaço para qualquer intervenção do sistema penal. Único efeito do eventual reconhecimento da inimputabilidade, e consequentemente da inexistência de crime por ausência de culpabilidade, há de ser pura e simplesmente a proclamação da absolvição do réu, aí se esgotando a atuação do juízo criminal.

Medidas de segurança não estão a requerer reformas. Medidas de segurança devem ser pura e simplesmente abolidas.

No campo dos transtornos mentais, a atuação do Poder Judiciário, em sua função maior de garantidor dos direitos fundamentais do indivíduo, há de se dar no juízo cível, destinando-se unicamente a controlar a legalidade de eventuais restrições à prática de atos da vida civil, como em hipóteses de pedidos de interdição (artigo 1767 e seguintes do Código Civil) e/ou de tratamentos compulsórios, requeridos por familiares, pelo Ministério Público, ou determinados por profissionais da saúde, observados os limites dados pela Lei 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.¹⁰¹

Por fim, cumpre mencionar que alguns autores adotam posições divergentes das mencionadas acima, a exemplo, Virgílio de Mattos, ao propor que:

todos os cidadãos devem ser considerados imputáveis, para fins de julgamento penal, com todas as garantias a ele atinentes. Direito ao processo como reconstrução dos eventos que nele culminaram. Direito ao contraditório e à ampla defesa, com manejo de todos os instrumentos a ela inerentes. Em havendo condenação, imposição de pena com limites fixos – dentro dos intervalos de mínimo e máximo previstos –, possibilitando-se a detração, a progressão de regime, o livramento condicional e, em sendo o caso, a transação penal, a suspensão condicional do processo e a extinção da punibilidade, pela prescrição.¹⁰²

¹⁰¹ KARAM, Maria Lúcia. A Reforma das Medidas de Segurança. *Emerj*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 60, p. 108-114, ago-dez. 2012, p. 113.

¹⁰² MATTOS, Virgílio de. *Crime e psiquiatria: uma saída: preliminares para a desconstrução das medidas de segurança*. Rio de Janeiro: Revan, 2006, p. 184.

Ante o exposto, seja alterando a denominação medida de segurança para “medida terapêutica” como sugere Nestor Alcebíades M. Ximenes, seja através da exclusiva responsabilização jurídica das pessoas com transtorno mental na esfera extrapenal, como sustentam Mariana Weigert, Maria Lúcia Karam, o que se verifica é a pungente a necessidade de renovação do modo como a justiça lida com as pessoas em sofrimento mental em conflito com a lei, de modo observar as diretrizes da Lei 10.216/01.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Movimento Social Antimanicomial teve início no final da década de 70, inspirado pelos ideais de Franco Basaglia e Nise da Silveira, com a finalidade de criticar a cronificação dos manicômios e buscar melhores condições de assistência para os indivíduos acometidos por deficiências mentais, trazendo dignidade para esta população, secularmente excluída e estigmatizada.

A luta travada pelo movimento culminou na publicação, em 2001, da Lei Federal 10.216/01, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, que trouxe ao nosso ordenamento jurídico grande avanço nos direitos das pessoas em sofrimento mental e nas diretrizes para o seu tratamento, representando uma verdadeira quebra de paradigmas.

Com o advento da Lei 10.216/01, foi rechaçado o modelo manicomial tradicional, devendo o enfermo mental ser tratado pelos meios menos invasivos possíveis, sendo a internação imposta apenas quando os métodos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes. Demais, são assegurados direitos como: ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, ser tratado com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde e ser protegido contra qualquer forma de abuso e exploração.

Todavia, ao analisar a execução das medidas de segurança no Brasil, verificamos que as pessoas com transtorno mental em conflito com a lei estão, em quase todos os estados da federação, submetidas a um tratamento oposto ao preconizado pela Lei Reforma Psiquiátrica, mesmo após 20 anos de vigência do diploma legal. Isto se dá, pois, a legislação penal pátria permanece anacrônica, legitimando a segregação dos inimputáveis nos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico e contendo dispositivos essencialmente incompatíveis com a Lei 10.216/01.

São exemplos de dispositivos incompatíveis: o art. 97 do Código Penal, que prevê a imposição da internação em HCTP como regra geral, e seu § 1º, que, em clara afronta à Constituição Federal, dispõe que a medida de segurança permanecerá por tempo indeterminado enquanto não cessada a periculosidade, além de prever um prazo mínimo obrigatório de duração da medida de segurança, que deve ser respeitado ainda que não seja indicado para o tratamento do paciente.

A própria determinação de imposição de internação em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, por si só, é incompatível com a Lei da Reforma Psiquiátrica, já que a lei é expressa ao proibir qualquer forma de tratamento manicomial, vedação que inclui as

internações compulsórias, quais sejam, aquelas determinadas pela justiça, nos termos do art. 6º, inciso III da LRP, dentre elas, a medida de segurança.

Diante das reflexões trazidas neste trabalho, é possível constatar que a medida de segurança, legitimada pela legislação penal pátria, não só desrespeita diretamente a Lei 10.216/01, como também viola flagrantemente diversos dispositivos da Constituição Federal, a exemplo, o princípio da dignidade da pessoa humana (art. 1º, III), o objetivo fundamental da promoção do bem de todos e erradicação da discriminação (art. 3º, IV), a garantia da não submissão a tortura ou qualquer tratamento desumano ou degradante (art. 5º, III) e a proibição de penas de caráter perpétuo ou cruéis (art. 5º, XLVIII).

Em verdade, os inimputáveis, que deveriam gozar de *status* jurídico privilegiado, por vezes, sofrem mais restrição de direitos que os imputáveis, a exemplo, a ausência de previsão legal de um sistema de desinternação progressiva, enquanto a progressão de regime é um direito de todo indivíduo no cumprimento de pena, nos termos do art. 33, § 2º do Código Penal.

Além disso, os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, mais se assemelham às prisões do que aos hospitais, o que pode ser visto através dos dados trazidos no primeiro capítulo deste trabalho. Péssimas condições estruturais e de higiene, baixo quantitativo de profissionais especializados em saúde mental em contraste com a expressiva presença de agentes penitenciários, o isolamento dos pacientes, a ausência de planos terapêuticos individualizados, dentre outros aspectos, levam a concluir que os Manicômios Judiciários são, em verdade, prisões para pessoas doentes.

Outro problema é o não cumprimento da periodicidade mínima na realização do exame de periculosidade no Hospitais de Custódia, fazendo com que os indivíduos permaneçam institucionalizados por mais tempo do que o legalmente justificável, demonstrando a estrutura inercial do modelo-psiquiátrico penal.

Os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico são verdadeiras instituições totais, no conceito do sociólogo Erving Goffman, nas quais há o processo de “mortificação do eu”, através da padronização de rotinas, isolamento e castração de expressões de individualidade, tornando o paciente dependente da instituição. Desse modo, prolongar a estadia do paciente no HCTP pelo não cumprimento da periodicidade do exame de periculosidade é grave e representa o descaso do Estado para com essa população.

Malgrado o Conselho Nacional de Política Criminal tenha publicado a Resolução nº 05/04, traçando diretrizes com o objetivo de adequar o cumprimento das medidas de segurança às disposições da Lei nº 10.216/01, verifica-se que a referida resolução não é capaz de efetivamente alterar a realidade execução das medidas de segurança no país.

Assim, as pessoas em sofrimento mental em conflito com a lei permanecem sendo duplamente estigmatizadas: pela loucura e pelo crime, sendo negligenciados pelo sistema penal, já que estes têm direitos restringidos em relação aos imputáveis, e pelo sistema de saúde, já que não são abarcados pelo sistema comum de tratamento, na maioria dos estados da federação, permanecendo isolados nos HCTPs.

Necessário reconhecer que não há razão que justifique o tratamento diferenciado entre os usuários comuns dos serviços psiquiátricos e os usuários que praticaram ilícitos penais e necessitem do mesmo tratamento. A "periculosidade", conceito utilizado para fundamentar a imposição da medida de segurança, carece de precisão científica, sendo apenas uma presunção, um juízo prognóstico sobre um futuro comportamento do enfermo, fundado no preconceito e no medo.

Os direitos fundamentais das pessoas em sofrimento mental submetidas a medida de segurança são diuturnamente violados, representando um verdadeiro estado de coisas inconstitucional, sendo pungente a necessidade de reforma das medidas de segurança, com a imprescindível extinção dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, devendo ser determinado o tratamento do inimputável na rede de saúde comum.

Tal afirmação pode parecer revolucionária a olhos mais conservadores, todavia, o referido ideal, além de ser preconizado através da Lei 10.216/01, já é uma realidade em alguns estados do país. Os projetos Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário (PAI-PJ), de Minas Gerais, Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI), de Goiás e Programa de Cuidado Integral ao Paciente Psiquiátrico (PCIPP), do Piauí, promovem o tratamento do enfermo mental em conflito com a lei em unidades de saúde comuns, sem distinção em relação aos demais usuários dos serviços de saúde mental, observando as diretrizes da Reforma Psiquiátrica e dispensando os anacrônicos HCTPs.

Defende-se, neste trabalho, que a intervenção penal nos casos de pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei deve permanecer apenas para, durante o processo de conhecimento, esclarecer os fatos em questão, sendo garantidos a ampla defesa e o contraditório, e, após a prolação da sentença absolutória imprópria, ser realizado o acompanhamento do tratamento pelo juízo da execução penal, com a finalidade de garantir a legalidade da medida e assegurar a liberação do paciente quando ultrapassado o limite máximo da pena em abstrato prevista para o delito praticado ou cessada a necessidade de tratamento.

Assim, atestada a inimputabilidade através da sentença absolutória imprópria, ou mesmo no decorrer da ação penal, caso seja verificada a necessidade de tratamento, o indivíduo

deve ser direcionado para a rede de saúde pública, sem distinção em relação aos usuários comuns do serviço, o que já vem ocorrendo nos Programas PAI-PJ, PAILI e PCIPP.

Impõe-se, portanto, a alteração legislativa do Código Penal e da Lei de Execução Penal de modo a extirpar do nosso ordenamento jurídico os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico e criar um Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário unificado em todo país, inspirado nos projetos já existentes, que deve ser vinculado à Secretaria de Saúde de cada estado, e não à Secretaria de Segurança Pública, que atualmente gerencia os HCTP's na maioria dos estados.

O referido programa unificado deve ser instaurado a fim de garantir um tratamento uniforme no país, pois não é adequado que o indivíduo submetido a tratamento em estado que desenvolva programa antimanicomial tenha os direitos previstos na Lei 10.216/01 garantidos, enquanto o indivíduo submetido a tratamento em estado que não desenvolva este tipo de programa permanece à margem da referida legislação.

Não podemos aguardar a boa vontade dos gestores públicos em implantar projetos que visem o cumprimento das diretrizes da Lei 10.216/01 na execução da medida de segurança. É necessária reforma legislativa, em âmbito federal, de modo a obrigar todos estados a implantarem os referidos programas, extirpando a danosa intervenção penal no tratamento das pessoas em sofrimento mental em conflito com a lei, priorizando o efetivo tratamento das patologias e a inserção dos pacientes no convívio social, abandonando as práticas de isolamento e punição desses indivíduos.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Letícia Gabriella. GIACOIA, Gilberto. Processo Penal e Medida de Segurança: Um estudo da desinternação progressiva como instrumento de reinserção social. **Revista de Direito Penal, Processo Penal e Constituição**. Curitiba/PR. V. 2. N.2. e-ISSN: 2526-020.p. 481-501. Jul/Dez. 2016.
- ALMEIDA, Olívia Maria de; CORREIA, Ludmila Cerqueira; MALHEIRO, Ana Valeska de Figueirêdo. Romper o silêncio para a garantia dos direitos das mulheres em sofrimento mental autoras de delito. **Revista Brasileira de Ciências Criminais**. São Paulo. Vol 123. Setembro, 2016.
- AUGUSTO, Cristiane Brandão; ORTEGA, Francisco. Nina Rodrigues e a Patologização do Crime no Brasil. **Revista Direito Gv**, São Paulo, n. 71, p. 221-236, jan/jun 2011.
- ARBEX, Daniela. **Holocausto Brasileiro: vida, genocídio e 60 mil mortes no maior hospício do Brasil**. São Paulo: Geração Editorial, 2013.
- AZEVEDO, Rodrigo Ghiringhelli de; CAPRA, Luiz Antônio Alves. Lógica manicomial e invisibilidade: estudo sobre os internos do Instituto Psiquiátrico Forense Doutor Maurício Cardoso – IPF-RS. **Revista Brasileira de Ciências Criminais**. vol. 144. ano 26. p. 125-158. São Paulo: Ed. RT, junho de 2018.
- BARBOSA, G.C.; COSTA, T.G.; MORENO, V. Movimento da luta antimanicomial: trajetória, avanços e desafios. **Cad. Bras. Saúde Mental**. Rio de Janeiro, v. 4, n. 8, p. 45-50, jan./jun. 2012.
- BARROS-BRISSET, Fernanda Otoni de. Um dispositivo conector - Relato da experiência do PAI-PJ/TJMG, uma política de atenção integral ao louco infrator, em Belo Horizonte. **Rev Bras Crescimento Desenvolvimento Hum**. 20 (1), p. 116/128. 2010.
- BRANCO, Thayara Castelo. **A (des)legitimação das medidas de segurança no Brasil**. 2 ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2019.
- BRANCO, Thayanara Castelo; CARVALHO, Érika Mendes de; ÁVILA, Gustavo Noronha de. A (in)visibilidade das Medidas de Segurança no Brasil: Um estudo empírico das publicações em revistas brasileiras sobre ciências criminais. **Revista Brasileira de Ciências Criminais**, [s. l.], v. vol. 152/2019, p. 499-530, fev. 2022.
- BRASIL. Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária. **Resolução nº 05, de 04 de maio de 2004**. Dispõe a respeito das Diretrizes para o cumprimento das Medidas de Segurança, adequando-as à previsão contida na Lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001. Disponível em: <<https://www.gov.br/depen/pt-br/composicao/cnppc/resolucoes/2004/resolucao05de04demaio2004.pdf>> Acesso em: 09 maio 2022.
- 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>. Acesso em: 06 jan. 2022.

BRASIL, Decreto-Lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 7 set.1940. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm>. Acesso em: 09 maio 2022.

BRASIL. Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984. Institui a Lei de Execução Penal. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 11 jul. 1984. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7210.htm . Acesso em : 22 fev. 2022.

BRASIL. Lei nº 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. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 6 abr. 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>. Acesso em: 17 mar. 2022.

BRASIL.Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. (3. Seção). Penal. Embargos De Divergência Em Recurso Especial. Paradigma em Habeas Corpus. Impossibilidade. Atentado violento ao pudor. Inimputabilidade do Réu, Sentença Absolutória Imprópria. Medida de segurança. Internação em Manicômio Judiciário. Substituição Por Tratamento Ambulatorial. Crime Punido Com Pena De Reclusão. Art. 97 do CP. Possibilidade. Embargos Rejeitados.Embargos de Divergência em RESP nº 998.128 MG. Ministério Público Federal e R R DOS S. Relator: Min. Ribeiro Dantas. Acórdão. DJ 27/11/2019. Disponível em: <<https://stj.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/860000078/embargos-de-divergencia-em-recurso-especial-eresp-998128-mg-2011-0103968-0/inteiro-teor-860000087?ref=serp>> Acesso em: 27 de maio 2022.

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, DJe 18/05/2015. Disponível em: <https://www.coad.com.br/busca/detalhe_16/2491 > Acesso em: 31 maio 2022.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal (2. Turma). AÇÃO PENAL. Execução. Condenação à pena de reclusão, em regime aberto. Semi-imputabilidade. Medida de segurança. Internação. Alteração para tratamento ambulatorial. Possibilidade. Recomendação do laudo médico. Inteligência do art. 26, § 1º do Código Penal. Necessidade de consideração do propósito terapêutico da medida no contexto da reforma psiquiátrica. Ordem concedida. Em casos excepcionais, admite-se a substituição da internação por medida de tratamento ambulatorial quando a pena estabelecida para o tipo é a reclusão, notadamente quando manifesta a desnecessidade da internação. Habeas Corpus 85401 RS. Márcio Luís Flores de Oliveira, José Francisco Fischinger e Superior Tribunal de Justiça. Relator: Min. Cezar Peluso. DJ, 04 dez.

2009. Acórdão. Disponível em: <<https://stf.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/7222350/habeas-corpus-hc-85401-rs>>. Acesso em: 27 maio 2022.

BRAVO, OSMAR A. Prisões da loucura, a loucura das prisões. **Psicologia & Sociedade**. Recife, 19 (2), p.34-41, 2007.

BRITO, Alexis Couto de. **Execução Penal**. 5 ed. São Paulo: Saraiva Educação, 2019.

BRUNO, Anibal. **Perigosidade Criminal e Medidas de Segurança**. Rio de Janeiro. Editora Rio. 1977.

CARRARA, Sérgio. **Crime e Loucura: O aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século**. Rio de Janeiro: EdUERJ. São Paulo : EdUSP, 1998.

CIA, Michele. **Medidas de Segurança no Direito Penal brasileiro: A desinternação progressiva sob uma perspectiva político-criminal**. 1 ed. São Paulo: Editora Unesp, 2011.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Inspeções aos manicômios – Relatório Brasil 2015**. Brasília: CFP, 2015.

CORREIA, Ludmila Cerqueira; LIMA, Isabel Maria Sampaio Oliveira; ALVES, Vânia Sampaio. Direitos das pessoas com transtorno mental autoras de delitos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 23(9), p. 1995-2002, set. 2007.

COSTA, Nilson do Rosário; TUNDIS, Silvério. Cidadania e Louc- Origens das políticas de Saúde Mental no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. Petrópolis, 4 (3), p. 481-482, out/dez. 1987.

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

E WEIGERT, Mariana de Assis Brasil. **Medida de Segurança e Reforma Psiquiátrica: Silêncios e invisibilidades nos manicômios judiciais brasileiros**. 1 ed. Florianópolis: Empório do Direito, 2017.

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

FOUCAULT, Michel. **História da Loucura**. São Paulo: Perspectiva, 2004.

FOUCAULT, Michel. **O poder psiquiátrico**. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

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

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 2001.

GONÇALVES, Maria de Siqueira. A loucura na fronteira entre a medicina e o direito: a elite

médica em busca da legitimação socioprofissional nas páginas dos Annaes Brasilienses de Medicina (1860-1880). **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.**, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 575-589, set. 2012.

GUARESCHI, Neuza Maria de Fátima; WEIGERT, Mariana de Assis Brasil. A execução das medidas de segurança e a lei da reforma psiquiátrica no Brasil contemporâneo. **Revista Eletrônica do Curso de Direito UFSM**, Santa Maria/RS, v. 10, n. 2, p. 768/787, 2015.

IBRAHIM, Elza. **Manicômio judiciário: da memória interrompida ao silêncio da loucura**. Curitiba: Appris, 2014.

JUNQUEIRA, Lia. A loucura condenada. **Lua Nova: Revista de Cultura e Política**. São Paulo, 1 (3), dez 1984.

KARAM, Maria Lúcia. A Reforma das Medidas de Segurança. **Emerj**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 60, p. 108-114, ago-dez. 2012.

LÜCHMANN, Lígia Helena Hahn; RODRIGUES, Jefferson. O movimento antimanicomial no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 122, p. 339-407, 2007.

MACHADO, Sérgio Bacchi. Foucault: A loucura como figura histórica e sua delimitação nas práticas psiquiátricas e psicanalíticas. **Ágora**, Rio de Janeiro, v.XII, n. 2, p. 217-228, jul/dez 2009.

MATTOS, Virgílio de. **Crime e Psiquiatria: Uma Saída: Preliminares para a Desconstrução das Medidas de Segurança**. Rio de Janeiro: Revan, 2006.

Nise da Silveira: a mulher que revolucionou o tratamento mental por meio da arte. Disponível em:

<<https://www.brasildefato.com.br/2018/02/15/nise-da-silveira-a-mulher-que-revolucionou-o-tratamento-da-loucura-por-meio-da-arte/>>. Acesso em 06 mar. 2022.

NUCCI, Guilherme de Souza. **Código Penal Comentado**. 7 ed. São Paulo: Revistas dos Tribunais, 2007.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE.

Declaração de Caracas. 1990. Disponível em:

<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_caracas.pdf>. Acesso em 06 mar. 2022.

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

PIMENTEL, Elaine. Revisitando a loucura em Michel Foucault: Medidas de Segurança e a Grande Internação. **OLHARES PLURAIS - Revista Eletrônica Multidisciplinar**. Vol. 1, Nº 14, p.167-182, 2016.

PRADO, Alessandra Mascarenhas; 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**. São Paulo, V. 13 N. 2, 628-652, MAIO-AGO, 2017.

RAUTER, Cristina. **Criminologia e subjetividade no Brasil**. Rio de Janeiro: Revan, 2003.
CARVALHO, Saulo. Penas e medidas de segurança no direito penal brasileiro. São Paulo: Saraiva, 2015.

SÃO PAULO (Estado). **Decreto Nº 46.046, 23 de agosto de 2011**. Cria e organiza, na Secretaria da Administração Penitenciária, o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico II de Franco da Rocha. Disponível em: <https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/decreto/2001/decreto-46046-23.08.2001.html>. Acesso em: 25 abr. 2022.

SILVA, Haroldo Caetano (Coord). **PAILI: Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator**. MP/GO. 3. ed. Goiânia. 2013.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DE MINAS GERAIS. **PAI-PJ: programa de atenção integral ao paciente judiciário portador de sofrimento mental infrator**. Belo Horizonte: . Disponível em: <http://www.crpsp.org.br/interjustica/pdfs/outros/cartilha-pai-pj.pdf>. Acesso em: 13 abr. 2022.

VIERA, Karinny Guedes de Melo. **Cemitério dos Esquecidos**: uma metáfora que questiona a noção de periculosidade a partir da experiência do Centro Psiquiátrico Judiciário. 2018. 246 f. Dissertação (Mestrado em Direito). Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2018.

XIMENES, Nestor Alcebíades Mendes. **Medida de Segurança: Humanização e inclusão social das pessoas com sofrimento psíquico em conflito com a lei**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2020.

ZAFFARONI, Eugenio Raúl; PIERANGELLI, José Henrique. **Manual de Direito Penal Brasileiro: Parte Geral**. 11 ed., São Paulo: Revistas dos Tribunais, 2015.