

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

MATHEUS DE MORAIS FALCÃO

**O HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO COMO
DESUMANIZAÇÃO DA MEDIDA DE SEGURANÇA DO INIMPUTÁVEL**

SÃO PAULO

2019

MATHEUS DE MORAIS FALCÃO

**O HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO COMO
DESUMANIZAÇÃO DA MEDIDA DE SEGURANÇA DO INIMPUTÁVEL**

Tese de Láurea apresentada pelo aluno Matheus de Moraes Falcão ao Departamento de Direito Penal da Faculdade Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC-SP, sob a orientação da Professora Maria Eugênia Rudge Leite, como requisito parcial para a obtenção do título de bacharel em Direito.

SÃO PAULO

2019

Dedico este trabalho à minha querida família, e em especial ao meu avô Elnio Amorim de Moraes (in memoriam), cujo empenho em me educar sempre veio em primeiro lugar. Aqui estão os resultados dos seus esforços, com muita gratidão.

AGRADECIMENTOS

Primeiro e mais importante, agradeço a minha família por ter me proporcionado a possibilidade de ingressar ao Ensino Superior e assim contribuir para a ciência do país. Dentre eles, agradeço especialmente minha tia Lucia Helena de Moraes Beltrão, mãe Eurydice Castro de Moraes, pai Arnaldo Albert Falcão Sobrinho, irmão Arthur Falcão, prima Luciana Moraes, avó Lucy Castro de Moraes e ao meu falecido avô Élnio Amorim de Moraes que depositaram além dos esforços emocionais em cada etapa do meu ensino, mas ajudaram financeiramente para que esse sonho se realizasse. A vocês, o meu mais afetuoso muito obrigado.

Em segundo lugar, agradeço incomensuravelmente a eterna professora de Direito Penal, a magnífica Prof.^a. Eliana Vendramini que me despertou a paixão pela criminologia em todas as suas aulas, me instigando acerca das nuances e problemáticas dos mais diversos temas do direito. À Prof.^a. o meu mais humilde obrigado.

Além disso, essa tese não teria se desenvolvido até um final sem a ajuda da Giovanna Devietro, essa pessoa incrível que entrou comigo na universidade e partilhou das alegrias do primeiro ano universitário na Pontifícia Universidade Católica. Graças à sua ajuda em psicologia essa tese ganhou corpo, força e precisão, não tenho palavras para agradecer sua amizade e ajuda.

Outra amizade única, que contribuiu não só para minha vida acadêmica, foi a sua, Giovanna Albuquerque. Sem as nossas conversas e principalmente o Livro “Holocausto Brasileiro”, seu presente, me tornei curioso e interessado na presente tese. Você sempre despertou o melhor das pessoas, muito obrigado.

Por fim, mas não menos importante, àqueles que estiveram comigo no dia a dia, escutando cada frase e indagação, ouvindo minhas reclamações e desesperos sobre a tese, meus amigos. Agradeço do fundo do coração a cada um de vocês, especialmente a minha namorada e melhor amiga que pude ter e que me ajudou com toda a psicologia envolvida nesse TCC, Catalina Egger Desfontaine, o meu mais amoroso obrigado.

“La fiction consiste donc non pas à faire voir l'invisible, mais à faire voir
combien est invisible l'invisibilité du visible”

FOUCAULT, MICHEL

RESUMO

A presente Tese de Conclusão de Curso refere-se à análise das formas de punição do sistema brasileiro, mais especificamente aquela direcionada ao inimputável a quem é tratado o artigo 26 do Código Penal Brasileiro, bem como segmentos da Legislação especial, uma delas a Lei de número 7.210 de 1984 denominada Lei de Execução Penal. Diante disso, foi proposta a metodologia de análise das punições ao inimputável que comete algum delito disposto no Código Penal Brasileiro, tanto na sua classificação e diagnóstico de sua inimputabilidade para aplicação da medida de segurança, quanto na medida de segurança em si; analisando o histórico dos hospícios até a sua chegada ao modelo psicossocial e o movimento da luta antimanicomial transformado em legislação com a publicação da Lei 10.216 de 2001. Diante da ampla gama de análise é o objetivo dessa tese aferir as possíveis violações desse aparato institucionalizado e apresentar programas de sucesso acerca da questão da loucura e criminalidade como nos casos do Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI), Rede de Atenção Psicossocial (RAP's) e Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário Portador de Sofrimento Mental (PAI-PJ). Soluções essas que tira o véu manicomial das nossas instituições chamadas de Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico.

Palavras-chaves: Hospitais de Custódia. – Medida de Segurança. – Inimputáveis. – Hospícios. – Movimento Antimanicomial – Código Penal. – Lei de Execuções Penais.

ABSTRACT

The present Thesis refers to the analysis of the forms of punishment of the Brazilian system, more specifically the one directed to the non imputables liable to article 26 of the Brazilian Penal Code, as well as segments of the Special Legislation, one of them the Act. Nº. 7,210 of 1984 called the Law on Criminal Execution. In view of this, it was proposed the methodology of analysis of the punishments to the non imputables that commits any offense set forth in the Brazilian Penal Code, both in its classification and diagnosis of its unenforceability to apply the security measure, as in the security measure itself; analyzing the history of hospices until their arrival in the current model and the anti-asylum movement struggle transformed into legislation with the publication of the Act. Nº 10.216 of 2001. Given the wide range of analysis is the objective of this thesis to assess the possible violations of this institutionalized apparatus, hospice which is present in our society with the guise of the Custody and Psychiatric Treatment Hospitals.

Key-Words: Custody and Psychiatric Treatment Hospitals. – Security Measure.
– Non Imputables. – Hospices. – Anti-Asylum Movement. –
Brazilian Penal Code. – Law on Criminal Execution.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	9
1. APLICAÇÃO DA MEDIDA DE SEGURANÇA	11
1.1 Teoria do Crime	11
1.2 Excludente de Culpabilidade.....	12
1.3 Inimputabilidade Penal.....	14
1.4 Cumprimento da Medida de Segurança.....	16
2. PANORAMA ACERCA DA LOUCURA	19
2.1 Patologização da Loucura	19
2.2 Evolução Histórica da Inimputabilidade nos Código Penais Brasileiros	22
2.3. Diagnóstico dos Condenados à Medida de Segurança	26
3. HOSPITAIS DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO, MANICÔMIOS DO SECULO XXI	30
3.1. Luta Antimanicomial e Lei Nº 12.216 de 06 de agosto de 2001	30
3.2. Tratamento Psicossocial.....	34
4. SOLUÇÕES AO CONFLITO	37
4.1. Rede de Atenção Psicossocial (RAP's).....	37
4.2. Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário Portador de Sofrimento Mental (PAI-PJ).....	40
4.3. Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI)	43
CONCLUSÃO	45
REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA	48

INTRODUÇÃO

A palavra loucura é definida no Dicionário Michaelis¹ como distúrbio, doença mental ou alteração mental caracterizada pelo afastamento, mais ou menos prolongado, do indivíduo de seus métodos habituais de pensar, sentir e agir. Contudo, nem sempre a loucura foi definida assim, para os gregos por exemplo, era um sinônimo de sabedoria ou de profecia não ser considerado são.

Com as mudanças sociais foi-se redesignando a palavra loucura e principalmente o pensamento acerca do sujeito louco, imputando-lhe os grilhões de um doente mental, alguém instável mentalmente, lunático e sem consciência dos seus atos agressivos impremeditados. A partir desse momento social que nos encontramos atualmente, assim como não nos restam dúvidas pela definição dos dicionários modernos.

Aliado com seu significado, vem o preconceito para com essas pessoas que já carregam estigmas da vida em sociedade e que a solução dada foi a medida de segurança aos que praticam algum delito. Assim, cercar-lhes a liberdade para que não cometam atos impensados e agressivos contra os indivíduos “normais” da sociedade, bem como medica-los para que cessem sua periculosidade e agressividade, inerentes da sua existência, por médicos e psiquiatras nos chamados Manicômios.

Instituições essas chamadas de totalitárias e que muitas vezes introduzem veladamente métodos de tortura e sem nenhum ideal científico baseando-se em ideias morais e pseudociências para justificar técnicas de eletrochoque, castigos físicos e inanição. Tais atitudes pioram os quadros dos inimputáveis e alarmam ainda mais o preconceito e tabus sobre a doença mental como forma agressiva e impensável de ações do sujeito com transtornos mentais.

Posteriormente, com base em amplos estudos e aprimoramentos das ciências biológicas no campo da psique e comportamento humano nessas instituições totalitárias, deu-se origem a reforma psiquiátrica e na então chamada

¹ LOUCURA. In: DICIONÁRIO da Língua Portuguesa. Michaelis, 1998. Disponível em: <<http://michaelis.uol.com.br/busca?r=0&f=0&t=0&palavra=loucura>>. Acesso em: 26 nov. 2019

Luta Antimanicomial na década de 70 no Brasil. Diante da pressão popular e médica na época, foi publicada a Lei Antimanicomial de Nº 10.216 de 6 de Abril de 2001, a qual concatena diretrizes para o tratamento mais digno e proteção dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, bem como redireciona o modelo assistencial em saúde mental do modelo asilar para o modo psicossocial, cuidando dos inimputáveis de maneira digna e humana.

Porém, diferentemente da lei, nossas instituições de aplicação da medida de segurança muitas vezes diferem do papel legislativo imposto pelo Poder Público. Um dos muitos exemplos possíveis de se mencionar é o caso internacionalmente famoso do Hospício de Barbacena, retratado no Livro Holocausto Brasileiro, ao qual por séculos tratou desumanamente doentes mentais aplicando eletrochoques e torturas físicas para castigar qualquer ato que fosse tido como contrário a um ambiente comunitário.

Logo, far-se-á presente tese importante, com o intuito de solucionar algumas dúvidas: Haveria possibilidade de ressocialização nos presentes Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Brasileiros? Como são tratados os doentes mentais nessas instituições? Haveria algum tipo de individualização no tratamento a depender do diagnóstico dado em laudo pericial da sua inimputabilidade? É possível obrigar alguém a ter tratamento psiquiátrico e psicológico confinados em espaços asilares e o mesmo surtir os efeitos desejados para reabilitar o indivíduo na sociedade?

Cabe apontar na vontade do legislador, seja por meio das leis, ou por parte das portarias editadas, quiçá programas nos do Poder Público, identificar as soluções para essas perguntas, sempre pensando no objetivo das instituições democráticas do estado de direito e na dignidade da pessoa humana seja ela imputável ou não e à luz da nossa Constituição Federal de 1988.

1. APLICAÇÃO DA MEDIDA DE SEGURANÇA

1.1 Teoria do Crime

Inicialmente cabe expor que no direito brasileiro somente há prática de crime no caso da comprovação dos elementos da teoria do crime, ao qual imputa a prática de um crime à aquelas pessoas que praticam um fato típico, antijurídico e culpável.

Explico, o indivíduo que comete o delito precisa preencher vários requisitos tais quais; a conduta criminosa precisa ser resultado de uma ação ou omissão de dever legal, precisa causar um resultado material no mundo físico, deve haver nexos de causalidade entre sua conduta e o resultado desejado e deve ser comprovado o dolo ou a culpa em sua ação, caso contrário não estamos diante de um fato típico de delito criminal.

Uma vez configurado todos os elementos que compõem o fato típico, está confirmado que o indivíduo cometeu um crime tipificado em nosso ordenamento jurídico. Não obstante ao fato típico, existem hipóteses legais ao qual, mesmo cometendo um crime, o indivíduo fica excluído pela ilicitude do ato (antijuridicidade) praticado; são os casos da legítima defesa, estado de necessidade, estrito cumprimento do dever legal e exercício regular de direito.

Assim, superados os dois elementos anteriores, há de se falar em cometimento de um crime por um sujeito e que tal atitude fere o nosso ordenamento jurídico, sendo necessário configurar a culpabilidade para lhe imputar uma pena, ou não, pelo ato praticado. No tocante a essa fase, a presente tese toma forma, pois uma das causas de excludente de pena é a chamada inimputabilidade, ou como afirma o art. 26 do Código Penal, o doente mental, pessoa com capacidade mental incompleta ou retardada na época do ilícito.

Para esses indivíduos há o cometimento de um crime, provado ser contrário ao ordenamento jurídico interno. Contudo, como o indivíduo não tem a capacidade cognitiva de associar suas atitudes como crime, não pode ser aplicado uma pena privativa de liberdade, mas sim, uma medida de segurança de acordo com sua periculosidade, seja num tratamento ambulatorial, ou na internação em instituição específica.

1.2 Excludente de Culpabilidade

Tradicionalmente, a culpabilidade é entendida como um juízo individualizado de atribuição e responsabilidade penal, que representa uma garantia para o infrator frente aos possíveis excessos do poder punitivo estatal (CANUTO, 2014)². Ademais, os elementos que compõem a culpabilidade segundo a teoria normativa pura são: inimizabilidade, possibilidade de conhecimento da ilicitude do fato e exigibilidade de obediência ao direito. Saliento que um dos focos da presente tese é justamente ao fato da possibilidade de conhecimento da ilicitude.

Diante disso, a culpabilidade se mostra como um claro exemplo de juízo sobre o autor que pratica o fato jurídico e não meramente sobre o fato praticado e, portanto, devemos analisar a ótica da pessoa que pratica o delito e não mais a sua violação do disposto penal.³ Representando, portanto, a reprovação do injusto praticado ao autor do delito que optando, de livre e espontânea vontade, por se comportar contrariamente ao direito, sofrerá uma sanção penal à sua liberdade de locomoção somadas ou não a sanções de outras naturezas jurídicas.⁴

Contudo, tratando-se de uma pessoa com a capacidade mental reduzida ou incompleta não cabe provar se ela agiu com intenção ou com falta de dever de cuidado em sua atitude, mas ela não tem conhecimento de que aquele ato praticado resultaria em um crime previsto em nosso ordenamento jurídico e, portanto, para solucionar esse impasse existe a hipótese de excludente de culpabilidade pela inimizabilidade prevista no artigo 26 do Código Penal Brasileiro:

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

²CANUTO, André L Barretto. Culpabilidade e Pena. 2014. p. 1 Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Andre_Barretto_Canuto/publication/269575909_Culpabilidade_e_Pena/links/548f76820cf225bf66a801b9.pdf. Acesso em 26/11/2019

³ BRANDÃO, Cláudio. Teoria Jurídica do Crime. Rio de Janeiro: Forense, 2002. p.131.

⁴ ZAFFARONI, Eugenio Raúl; PIERANGELI, José Henrique. Manual de Direito Penal Brasileiro – Parte Geral. Revista dos Tribunais, São Paulo, 2002, p.602.

caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.”

Existe também a hipótese de ser considerado a pessoa que comete o delito parcialmente conhecedora parcialmente das regras e normas vigentes no Código Penal Brasileiro, denominando assim tais casos de semi-imputáveis. Determinada condição culmina na aplicação da chamada absolvição imprópria ou aplicação da medida de segurança, como dispõe o artigo 98 do Código Penal⁵, ou, mais comumente, na redução da pena até no máximo metade, conforme dispõe o parágrafo único do artigo citado anteriormente:

“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.”

Essa redução não cabe averiguação, mas é obrigatória ao condenado resultando num direito subjetivo do réu assim, como dispõe o Habeas Corpus de número 44.759 julgado pelo Ministro Arnaldo Esteves Lima do Superior Tribunal de Justiça⁶ a qual podemos examinar:

“EMENTA - PROCESSO PENAL. HABEAS CORPUS. ROUBO QUALIFICADO. **REDUÇÃO DA PENA DECORRENTE DE SEMI-IMPUTABILIDADE.** REGIME PRISIONAL MAIS GRAVOSO DO QUE AQUELE PERMITIDO PELA PENA DEFINITIVAMENTE APLICADA. FIXAÇÃO DA PENA-BASE NO MÍNIMO LEGAL EM DECORRÊNCIA DAS CIRCUNSTÂNCIAS JUDICIAIS CONSIDERADAS FAVORÁVEIS. CONTRADIÇÃO. CONSTRANGIMENTO ILEGAL CARACTERIZADO. ORDEM PARCIALMENTE CONCEDIDA.

1. Não há como reconhecer, em sede de habeas corpus, a semi-imputabilidade do condenado, para fins de redução da pena, aplicando-se o disposto no parágrafo único do art. 26 do Código Penal, com base em prova emprestada, que não foi aceita nas instâncias antecedentes, bem como não foi

⁵ 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.

⁶ STJ – HC: 44759 SP 2005/0095305-8, Relator: Ministro Arnaldo Esteves Lima, Data de Julgamento: 06/12/2005, T5 – QUINTA TURMA, Data de Publicação: DJ 20/03/2006.

submetida ao contraditório no processo criminal que deu origem à condenação do paciente.

2. Conforme está expresso no parágrafo único do art. 26 do Código Penal, **a redução da pena decorrente da semi-imputabilidade do agente é faculdade do Juízo sentenciante. Precedente do STJ.**"

1.3 Inimputabilidade Penal

Por sua vez, comprovado o componente de excludente de culpabilidade por inimputabilidade, entende-se que o indivíduo carece de liberdade e de discernimento para comportar-se de maneira diversa na determinada situação sofrida, assim sendo, não é capaz de ser culpabilizado, sendo, portanto, inculpável.

Muito embora, imputabilidade não se confunde com responsabilidade, pois o primeiro consiste no princípio segundo o qual a pessoa dotada de capacidade de ser culpada, ou seja, imputável, deve responder por suas ações contrárias ao regime jurídico existente.

A contrário sensu, para Cláudio Brandão⁷, "(...) a imputabilidade é o conjunto de qualidades pessoais que possibilitam a censura pessoal. O sujeito imputável é aquele capaz de alcançar a exata representação de sua conduta e agir com plena liberdade de entendimento e vontade."

Além disso há de se falar no sistema adotado pelo Brasil em seu Código Penal para averiguar a anormalidade mental do autor de delitos. O Brasil adota o sistema misto ou biopsicológico de inimputabilidade mental, no qual não basta a existência da doença para isentar o agente da pena.

Segundo Malcher, exige-se primeiramente a existência de um fator biológico, de natureza patológica (enfermidade mental) e um segundo fator que seria o cronológico ou aqui chamado de temporal que é justamente em saber se o autor na época dos fatos em razão da doença mental não tinha capacidade de entender sua conduta.

⁷ BRANDÃO, Cláudio. Teoria Jurídica do Crime. Rio de Janeiro: Forense, 2002. p.164.

Em suma, a capacidade de imputação jurídica depende de dois fatores; razão e livre arbítrio à época do cometimento do crime, bem como os pressupostos: a capacidade de entender a capacidade de entender o caráter criminoso e a autodeterminação em relação a esse entendimento no momento da ação. Dito isso, é necessário entender como são realizados os testes psicodiagnóstico de averiguação da capacidade mental.

Não obstante todo abordado, existem diferenças momentâneas e processuais em relação à quando a inimputabilidade surgiu no decurso do processo; seja pela sua comprovação que decorra anterior aos fatos praticados (primeiro momento), seja quando averiguada que ocorreu durante o processo penal, sem ter sido concluído muito embora (segundo momento), assim como quando o paciente está cumprindo uma pena (terceiro momento).

No caso de ser averiguado que o paciente começou a sua inimputabilidade antes ou durante a prática do fato típico, ou seja, o delito penal, aplicar-se-á a medida de segurança assim como apresentado nesse capítulo sem maiores impasses. Entendimento esse pacífico na doutrina, jurisprudência e conforme explicado aqui.

O problema começa quando a doença mental é constatada durante o processo penal ou durante a aplicação da pena privativa de liberdade, entenda que nesse segundo caso o réu fora tratado como são o processo inteiro e foi condenado ao final desse, porém ao adentrar na prisão privativa de liberdade fora constatado a sua insanidade, portanto inimputável.

Nos casos da constatação da doença mental durante o processo penal anterior a sentença ou dessa constatação após sentença fica denominado como inimputabilidade superveniente e como solução ao impasse o doutrinador Juan Carlos Ferré Olivé⁸ soluciona que:

“(…) as normas penais e processuais determinam o que ocorre com a inimputabilidade superveniente à comissão do delito e antes da imposição da pena. Deve-se ordenar a paralisação do processo, uma vez determinado o exame para a comprovação da imputabilidade do réu, e a nomeação de um curador diante da impossibilidade do exercício do direito de defesa durante o

⁸ Juan Carlos Ferré OLIVÉ, et. Al., Direito Penal brasileiro – Parte Geral. Princípios fundamentais e sistemas, p. 462.

desenvolvimento do juízo, o que, em tese, não obstaría que o sujeito permanecesse submetido a uma série de medidas assistenciais, curativas e securitárias (art. 152, § 1º, do CPP). Comprovada a inimputabilidade, o processo permanecerá suspenso até o restabelecimento do acusado. Se a pena já foi imposta, apurando-se doença mental ou perturbação da saúde mental supervenientes, a lei de execução penal dispõe que o juiz, de ofício ou a requerimento do Ministério Público ou da autoridade administrativa, ‘poderá determinar a substituição da pena por medida de segurança’ (art. 183)”

1.4 Cumprimento da Medida de Segurança

Uma vez averiguada, por teste, entrevista ou ambos, pelo profissional da área médica ou psicológica, sobre a inimputabilidade do paciente, aplica-se a medida de segurança como forma de cura ou tratamento à sua periculosidade, não sendo possível, portanto, afirmar que tal instituto possui natureza penal conforme explica Zaffaroni⁹.

“Preocupa, sobremaneira, a circunstância de não terem as medidas um limite fixado na lei e ser a sua duração indeterminada, podendo o arbítrio dos peritos e dos juízes decidir acerca da liberdade de pessoas que, doentes mentais ou estigmatizados como tais, sofrem privações de direitos, ainda maiores do que aquelas submetidas às penas. O problema não é simples, e a pouca atenção que, geralmente, se dá às medidas de segurança, do ponto de vista dogmático, torna-se bastante perigosa para as garantias individuais.”

Portanto duas são as formas de cumprimento da medida de segurança, sendo essas previstas no Código Penal¹⁰ como; internação compulsória em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou, à falta, em outro estabelecimento adequado, e ou, sujeição ao tratamento ambulatorial ao internado.

⁹ ZAFFARONI, Eugenio Raúl; PIERANGELI, José Henrique. Manual de Direito Penal Brasileiro – Parte Geral. Revista dos Tribunais, São Paulo, 2002, p.855.

¹⁰ BRASIL, Código Penal Brasileiro (1940), TÍTULO VI – DAS MEDIDAS DE SEGURANÇA, Art. 96, I e II. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm. Acesso em 26/11/2019.

Ademais, caberá somente a medida mais adequada independentemente se o delito praticado pelo inimputável fora apenado com detenção ou reclusão de liberdade, quiçá sua gravidade ou status social de cometimento apesar do que escrito no Código Penal e Processo Penal.

Durante muito tempo, o período de cumprimento de pena foi um imbróglio para o direito brasileiro, mas resta-se pacífico o entendimento de que deverá ser estabelecido de 1 ano a 3 anos o prazo de cumprimento da medida de segurança como dita o Código Penal¹¹. Cumprido o tempo mínimo estabelecido pelo membro do Poder Judiciário, será feito um exame de cessação de periculosidade para averiguação da permanência ou não do paciente.

Caso o exame pericial conste como negativo, atestando que ainda há periculosidade nos comportamentos do inimputável estende-se por mais 1 ano que novamente será repetido o mesmo procedimento que ao todo não poderá ultrapassar o máximo de pena cominada em abstrato do delito cometido (caso fosse aplicada a privação de liberdade e não a medida de segurança) ou o limite legal de 30 anos conforme a súmula de Número 527 do Superior Tribunal de Justiça¹² e Jurisprudência sinalizam.

“EMENTA - HABEAS CORPUS. PENAL. INIMPUTÁVEL. APLICAÇÃO DE MEDIDA DE SEGURANÇA. PRAZO INDETERMINADO. PERSISTÊNCIA DA PERICULOSIDADE. IMPROPRIEDADE DO WRIT. HABEAS CORPUS NÃO CONHECIDO. DECRETO N.º 7.648/2011. VERIFICAÇÃO DE INCIDÊNCIA. NECESSIDADE. VEDAÇÃO CONSTITUCIONAL DE PENAS PERPÉTUAS. LIMITAÇÃO DO TEMPO DE CUMPRIMENTO AO MÁXIMO DA PENA ABSTRATAMENTE COMINADA. ORDEM CONCEDIDA, DE OFÍCIO, PARA DETERMINAR O RETORNO DOS AUTOS AO JUÍZO DAS EXECUÇÕES.

1. Na hipótese, o Tribunal de origem, após exame do conjunto fático-probatório dos autos, concluiu pela necessidade de prorrogação da internação do Paciente em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, por não restar evidenciada a cessação de sua periculosidade, embora tenham os peritos opinado pela desinternação condicional do Paciente. Assim,

¹¹ BRASIL, Código Penal Brasileiro (1940), TÍTULO VI – DAS MEDIDAS DE SEGURANÇA, Art. 97, §3º. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm. Acesso em 26/11/2019.

¹² O tempo de duração da medida de segurança não deve ultrapassar o limite máximo da pena abstratamente cominada ao delito praticado.

para se entender de modo diverso, de modo a determinar que o Paciente seja submetido a tratamento em Hospital Psiquiátrico Comum da Rede Pública, e não em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, seria inevitável a reapreciação da matéria fático-probatória, sendo imprópria sua análise na via do habeas corpus.

2. Por outro lado, nos termos do atual posicionamento desta Corte, o art. 97, § 1.º, do Código Penal, deve ser interpretado em consonância com os princípios da isonomia, proporcionalidade e razoabilidade. Assim, o tempo de cumprimento da medida de segurança, na modalidade internação ou tratamento ambulatorial, deve ser **limitado ao máximo da pena abstratamente cominada ao delito perpetrado e não pode ser superior a 30 (trinta) anos.**¹³

Outrora, se o exame de cessação de periculosidade realizado tenha como conclusão que o paciente não é mais perigoso para a sociedade, o mesmo é liberado do hospital de custódia e tratamento psicológico e fica condicionada a sua liberdade durante 1 ano a uma possível prática de fato indicativo de sua periculosidade. Caso dentro de 1 ano, da sua liberdade venha a praticar ato tido como perigoso socialmente o recém liberto volta para cumprir medida de segurança novamente.

Cabe pontuar que esse louco, tido como doente mental já se encontra fragilizado socialmente e com estigmas inerentes a sua consciência, quando ele volta de um sistema que se diz curativo, mas se assemelha estruturalmente e essencialmente dos estabelecimentos prisionais, no máximo foram apaziguados seus surtos ou ataques provocados por seus transtornos mentais.

Uma vez de volta na sociedade esse indivíduo continua taxado pelos familiares, vizinhos e outras pessoas em seu círculo social, bastando uma atitude perigosa para que o mesmo retorne para esse sistema asilar. Vale lembrar que basta uma atitude, não precisando ser delito, crime de menor potencial ofensivo ou crime hediondo, uma denúncia de comportamento agressivo é o bastante.

Esse indivíduo fragilizado que se sente livre novamente, regresso de um mundo de isolamento compulsório, com outros assim como ele desajeitados e

¹³ STJ – HC: 208336 SP 2011/0125054-5, Relatora: Ministra Laurita Vaz, Data de Julgamento: 20/03/2012, T5 – Quinta Turma, Data de Publicação: DJe 29/03/2012.

tidos como loucos para quaisquer atitudes realizadas, tem que regressar sem ao menos entender o sentido de tal regresso ao sistema punitivo que se diz curativo.

Notório é afirmar que qualquer atitude que esse indivíduo pratique de caráter sem sentido será visto pelos que o circundam como atitudes agressivas, violentas ou perigosas para o convívio em harmonia numa sociedade, pois se trata de um ser mal compreendido na sociedade e fadado ao isolamento.

2. PANORAMA ACERCA DA LOUCURA

2.1 Patologização da Loucura

Antigamente, e mais precisamente dentro da lógica do século XV, o louco dispunha de um certo tipo de liberdade, muitas vezes vagando pelos campos ou participando de socialização com mendigos, libertinos ou aqueles à margem da sociedade. Portanto, ele se mostrava como uma figura trivial aos olhos da sociedade. É a afirmação de Ibrahim¹⁴:

(...) o louco não se encontra, ainda, enclausurado; ele é aquele sujeito que fala sobre que ao “não louco” surpreende, inquieta, mas, que ao mesmo tempo, fascinado, quer se aproximar e ouvir. Trata-se da concepção trágica da loucura, quando esta ainda é tolerada por não apresentar nenhuma ameaça aparente.

Determinada visão de mundo começou a apresentar mudanças drásticas e sinais de abalos com o pensamento positivista do século XVIII, muito difundido por René Descartes, pois, seria o homem um ser que pensa, sendo a razão que o define como tal, o louco, por essa lógica é um “não sujeito”, ou seja, uma negação de pessoa. Isso posto, a loucura representaria uma forma de negação da razão, conseqüentemente, o louco seria um animal ausente de razão fadado a ser excluído da sociedade.

Trilhando tal pensamento e o precário estudo acerca da consciência humana, bem como conseqüentemente acerca da loucura, essa época foi

¹⁴ Ibrahim, Elza. (2014). Manicômio Judiciário: da memória interrompida ao silêncio da loucura. Curitiba: Appris. página 34

conhecida pelo início dos “grandes internamentos” aos insanos em instituições que não dependiam de conhecimentos médicos para se dispor de critério para tais confinamentos. Valendo-se somente da percepção social condicionada pelas instituições de poder da época; família, Igreja e Estado, bem como tomando por base as atitudes transgressoras da razão e moralidade praticadas pelo louco como motivo para sua exclusão.

Cabe exemplificar tamanho poder que essas instituições possuíam, sem o menor dos cunhos médicos e precedendo julgamentos e ações baseadas nos costumes e parâmetros sociais, com a criação, em 1656, do Hospital Geral de Paris. Uma instituição de estrutura semijurídica, com diretores nomeados e de cargos vitalícios com plenos poderes para julgar, executar e decidir sobre aqueles internados, sejam eles loucos ou qualquer que se alterasse do padrão desejado.

Todavia, não bastava isolar esses indivíduos em fortificações isoladas da sociedade, ainda existia um dever de assistência necessário com essas pessoas, precisando-se achar um meio termo entre a exclusão e a assistência desses corpos. À vista disso, ocorre o surgimento da psiquiatria, ciência encabeçada pelo estudo da loucura, agora transformada em algo tratável e curável pelo método empírico e medicinal sob a ótica de doença mental.

A partir desse momento histórico a psiquiatria e o direito andaram lado a lado culminando no fenômeno do processo de patologização da loucura, ao qual a figura do louco, não era mais um sem razão, mas um alienado ao convívio social por meio de medicamentos psiquiátricos e como determinava a Lei de Internação de 1838, na França, pela aplicação obrigatória do controle da periculosidade do doente mental em asilos. Provém, assim, a fundamentação para a repressão à essas pessoas tanto de alienação quanto de isolamento proporcionada pelo direito e psiquiatria.

Não resta dúvida que a ciência denominada psiquiatria do século XVIII para o século XIX passou a reverberar um clamor social muito grande, devido ao seu êxito, assim como retrata Foucault¹⁵ e por ser solucionadora dos perigos do

¹⁵ Foucault, Michel. Os Anormais (2001) In: Ibrahim, Elza. Manicômio Judiciário: da memória interrompida ao silêncio da loucura. Curitiba: Appris, 2014

corpo social, atuando, não como uma especialização do saber ou da teoria médica, mas como um ramo especializado da higiene pública, institucionalizando-se como domínio particular da proteção social. Somada ao fortalecimento da psiquiatria, surge a criminologia que ao relacionar o crime e a loucura, tenta explicar o comportamento criminoso por meio da hereditariedade e degeneração o que oriunda um discurso criminológico sob a ótica do louco criminoso.

Assim, na presença desse novo corpo social, retratado como louco criminoso, há o surgimento da figura que é capaz de sanar a loucura do indivíduo e aplicar-lhe pena pelo crime cometido chamado por Foucault de “médico-juiz”, a figura oriunda da junção da medicina e direito como plataforma da “defesa social”. Tais decisões pelo Poder Judiciário tem por base questionamentos à psiquiatria a respeito da periculosidade em relação com a possível cura desses indivíduos. De fato, essa permuta de visão denota que o que passa a importar para o Direito não é se o indivíduo se encontra incapaz como sujeito jurídico, mas se o mesmo é capaz de perturbar a ordem ou ameaçar a segurança pública. Resta o comentário da Dra. Greta Fernandes Moreira¹⁶ sobre o tema:

“Decerto, a psiquiatria, ao longo de sua história, apresentou o louco-criminoso como um ser imprevisível, selvagem, dissociado de qualquer norma ou lei, que age unicamente à base da crueldade de seus instintos. Os seus atos parecem incompreensíveis, sem razão aparente, isentos de qualquer significado.”

O resultado dessa combinação de fatores é que o louco, tratado como criminoso, deverá ser definitivamente afastado da sociedade, justificando essa medida pelo uso de práticas punitivas e isolamento rigoroso a ele imposto. A partir disso, a periculosidade começa a ser tratada como algo inerente ao indivíduo louco, como se ele fosse intrinsecamente perigoso, aqui chamado de louco-criminoso com esse propósito.

Em suma, a aludida periculosidade é nada mais do que uma ficção jurídica, pois não existe qualquer justificativa científica que lhe de base de

¹⁶ Moreira, Greta Fernandes. Inimputabilidade Penal e Psicanálise: uma nova visão do criminoso psicótico. (2018) página 26

sustentação. O denominado princípio da periculosidade, penaliza o louco-criminoso pelo que é e não pelo crime que cometeu somente, portanto a loucura que é julgada e condenada em sua taxaço.

Todavia, uma vez “diagnosticado” como perigoso o estigma decorrente dessa taxaço perdura sua vida. Sendo rotulado como louco-criminoso e, portanto, perigoso, o inimputável só lhe resta uma saída, a internação compulsória nos hospitais de custódia de tratamento psiquiátrico.

2.2 Evoluço Histórica da Inimputabilidade nos Códigos Penais Brasileiros

Não obstante, cabe estudar e averiguar como se deu a evoluço e equiparaço do pensamento filosófico/jurídico/psiquiátrico da loucura nos Códigos Penais Brasileiros e o todo mencionado na presente tese com o objetivo de amparar a visço de loucura como uma doença mental a qual culminou na ideia do louco-criminoso.

Muito longe da época dos descobrimentos e grandes navegaço europeias, preconizadas por Portugal e Espanha, nosso território sul americano continha povos primários que se espalharam em toda dimensço das faixas de terras e que uma delas hoje é denominada Brasil. Tais povos, possuía dialeto, cultura e regras próprias para distinguir o que seriam atitudes a par com o convívio social e atitudes repudiadas por suas tribos, bem como puniço para tais descumprimentos.

Há de se falar, portanto, mesmo que não estivessem positivadas e codificadas de Direito Penal Indígena, estudo realizado pelo ilustre João Bernardino Gonzaga¹⁷. Para os povos primários, tinha por base em matéria de direito penal, os costumes, crenças, tradiço e interpretavam o crime de forma automática, imediata e objetiva, gerando uma condenaço independentemente das qualidades e intenço do agente, como narra o supracitado professor¹⁸:

¹⁷ GONZAGA, João Bernardino. O Direito Penal Indígena. São Paulo: Max Limonad, 1987.

¹⁸ GONZAGA, João Bernardino. O Direito Penal Indígena. São Paulo: Max Limonad, 1987. Pág. 14.

“A ausência de intenção, por parte daquele que se torna culpado de uma infração, constitui mais propriamente circunstância agravante do que escusa. Nada sobrevém por acaso. Logo, como se pode ter dado que tal homem haja sido assim conduzido a praticar sua falta sem querê-la e sem o saber? Seguramente êle já será vítima de um poder oculto, ou objeto de certa cólera que se deve apaziguar, salvo – hipótese ainda mais grave – se esconde em si próprio, à sua revelia, algum princípio malfazejo. Em lugar pois de se sentir tranqüilizado pelo fato de que êle não podia conhecer sua falta no momento em que a cometeu, e que esta em consequência, era inevitável, sua inquietação redobra. Torna-se indispensável, agora, procurar (em geral pela adivinhação) o motivo pelo qual êle foi colocado em situação tão perigosa.”

Portanto, sob esse ponto de vista, os loucos, não possuíam tratamento diferenciado em relação aos outros membros da comunidade, sendo, portanto, condenados tendo em vista meramente seus atos insanos que cometeram para com outrem. Diante disso cabe citar Gonzaga no que toca suas crenças: “Eles encaravam o estado de perturbação como um momento de manipulação por forças malignas, onde seu corpo estaria dominado por um espírito e sendo usado como mero instrumento para a execução do ato.”¹⁹

Posteriormente com o advento das buscas de novas rotas comerciais, no período denominado grandes navegações, o Brasil se tornou colônia de exploração de Portugal, passando a ser regido basicamente por compilados de leis, decretos, ordens, alvarás, dentre outras disposições da época. Denominados, de Ordenações Afonsinas, Manuelinas e Filipinas essas compilações normativas duraram desde 1446 até 1830 e se trataram de códigos baseados na inquisição do indivíduo dando poderes absolutos às autoridades jurídicas e eclesiásticas locais.

Especificamente na Ordenação Filipina, houve a inclusão do primeiro tipo de inimputabilidade no código penal brasileiro, como apresentado no título CXXXV a respeito das pessoas com desenvolvimento mental incompleto (menoridade) a qual não seria apenado capitalmente (morte), ficando o sancionador capacitado a substituir tal sanção:

¹⁹ GONZAGA, João Bernardino. O Direito Penal Indígena. São Paulo: Max Limonad, 1987.

“Quando os menores serão punidos por os delictos, que fizerem - Quando algum homem, ou mulher, que passar de vinte annos, commetter qualquer delicto, dar-se-lhe-ha a pena total, que lhe seria dada, se de vinte e cinco annos passasse. E se fôr de idade de dezasete annos até vinte, ficará em arbitrio dos Julgadores dar-lhe a pena total, ou diminuir-lha. E em este caso olhará o Julgador o modo, com que o delicto foi commettido, e as circumstancias d'elle, e a pessoa do menor; e se o achar em tanta malicia, que lhe pareça que merece total pena, dar-lhe-ha, postoque seja de morte natural. E parecendo-lhe que a não merece, poder-lha-ha diminuir, segundo a qualidade, ou simpleza, com que achar, que o delicto foi commettido. E quando o delinquente fôr menor de dezasete annos cumpridos, postoque o delicto mereça morte natural, em nenhum caso lhe será dada, mas ficará em arbitrio do Julgador dar-lhe outra menor pena. E não sendo o delicto tal, em que caiba pena de morte natural, se guardará a disposição do Direito Commum”²⁰.

Apesar do que fora propagando, a independência política do Brasil de Portugal, não culminou na independência jurídica, mostrando-se como uma manobra de poder ao Dom Pedro I proclamar independência às margens do rio Ipiranga em 7 de setembro de 1822. Assim, somente em 1834 viria a surgir o Código Penal do Império²¹ ao qual entre uma das muitas diferenças com o regime anterior, inaugurou com o tratamento diferenciado aos “loucos” como podemos averiguar.

“Art. 10. Tambem não se julgarão criminosos:

§ 1º Os menores de quatorze annos.

§ 2º Os loucos de todo o genero, salvo se tiverem lucidos intervallos, e nelles commetterem o crime.”

Surge então a possibilidade de não aplicação da pena de cerceamento de liberdade tida como prisão, mas de um tratamento para os doentes da sociedade sob a égide da loucura como demonstra o artigo 12º do mesmo código: "os loucos que tiverem commettido crimes serão recolhidos ás casas para elles destinadas, ou entregues ás suas famílias, como ao juiz parecer mais

²⁰ PORTUGAL, Código Penal, Ordenações Filipinas (1603), TITULO CXXXV – Quando os menores forem punidos pelos delitos que fizerem. Disponível em: <https://www2.senado.leg.br/bdsf/item/id/242733> acesso em 26/11/2019.

²¹ BRASIL, Código Penal do Império (1834), TITULO I – DOS CRIMES E DOS CRIMINOSOS, Art. 10. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lim/LIM-16-12-1830.htm acesso em 26/11/2019.

conveniente", portanto um embrião do que chamamos hoje em dia de medida de segurança, salientando que a decisão para aplicar-lhe ou entregar o louco para a família cabia única e exclusivamente ao magistrado.

Com o banimento da família real portuguesa e o golpe militar de Marechal Deodoro da Fonseca, em 1890, surge um novo ordenamento jurídico penal no Brasil República, ao passo que torna a loucura como um tipo de doença mental a qual pode apresentar riscos para a sociedade e, portanto, deve ser isolada.

Especificamente, em seu artigo 27 ao qual consta que não será considerado criminoso: "Os que por imbecilidade nativa, ou enfraquecimento senil, forem absolutamente incapazes de imputação" ou "os que se acharem em estado de completa privação de sentidos e de intelligencia no acto de commetter o crime". Semelhando-se ao tratamento dado no código penal anterior ao que fazer com esses indivíduos, mas adicionando um elemento ao embrião da medida de segurança, à periculosidade:

"Art. 29. Os individuos isentos de culpabilidade em resultado de affecção mental serão entregues a suas familias, ou recolhidos a hospitaes de alineados, si o seu estado mental assim exigir para segurança do publico."²²

Mais para frente, historicamente, surge o próximo código penal decorrente de uma enorme mudança social e da supressão das instituições antigas com a Ditadura de 1930 instituída pelo Governo Provisório, através do Decreto nº 22.213, de 14 de dezembro 1932 com o nome de "Consolidação das Leis Penais".

Basicamente nesse compilado de leis penais organizadas ao qual chamaremos de Código Penal, manteve-se o *status quo* inerente nos códigos passados. Portanto, a ideia de inimputabilidade a qual os loucos não eram considerados criminosos por atos ilícitos que viessem a cometer.

²² BRASIL, Código Penal, Consolidação de Piragibe (1938), TITULO III – DA RESPONSABILIDADE CRIMINAL; das causas que dirimem a criminalidade e justificam os crimes, Art. 29. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1930-1949/D22213.htm acesso em 26/11/2019.

De novidade podem ser percebidos dois pontos: Primeiro, foi afastado o intervalo lúcido como exceção de loucura que afastaria a inimputabilidade; segundo, quanto à internação, os indivíduos seriam agora alojados em pavilhões especiais de asilos públicos, enquanto eram construídos manicômios criminais.

“Art. 29. Os individuos isentos de culpabilidade em resultado de affecção mental serão entregues a suas famílias, ou recolhidos a hospitaes de alienados, si o seu estado mental assim exigir para a segurança do público. Emquanto não possuirem os Estados manicomios criminaes, os alienados delinquentes e os condemnados alienados sómente poderão permanecer em asylos publicos, nos pavilhões que espacialmente se lhes reservem.”²³

Assim chegamos na atualidade com a nítida patologização da loucura no código penal Brasileiro de 1930 ao qual o legislador denomina o doente mental como alienado delinquente, como se existisse algo de agressivo inerente à loucura. Assim, o Brasil se conecta com a visão mais “atualizada” da loucura importada dos países desenvolvidos mencionados.

Cabe ressaltar que posteriormente essa codificação, foi reformada sua parte geral através da Lei Nº 7.209 de 1984 repaginando o linguajar e o adaptando a sociedade brasileira contemporânea, contudo, apesar dos eufemismos e palavras macias ao abordar o tema da inimputabilidade, o mesmo tratamento de punição e idealização de louco-agressivo consta no código.

2.3. Diagnóstico dos Condenados à Medida de Segurança

Superado os temas teóricos relacionados à Inimputabilidade, esbarramos em um impasse prático. Como atestar que alguém não tem capacidade cognitiva total de identificar que a conduta praticada é um delito, ou seja, como identificar que alguém é inimputável? Adianto, usando-se somente do direito resta-se impossível identificar esse elemento do sujeito.

²³ BRASIL, Código Penal, Decreto Nº 847 (1890), TITULO III – DA RESPONSABILIDADE CRIMINAL; das causas que dirimem a criminalidade e justificam os crimes, Art. 29. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1851-1899/d847.htm. Acesso em 26/11/2019

De acordo com o Código de Processo Penal, artigo 149, nos casos em que existem uma necessidade de especificações referentes à insanidade mental a perícia psiquiátrica é imprescindível, mesmo podendo ser acatada ou não pelo juiz de direito, apesar do mesmo não ter conhecimento algum técnico em psicologia ou psiquiatria como podemos averiguar na ementa do Habeas Corpus Superior Tribunal de Justiça de número 52.577²⁴:

“EMENTA - Insanidade mental do acusado (ordenação do exame). Demora injustificável (caso). Prisão preventiva (prisão cautelar). Instrução criminal (excesso de prazo). Coação (ilegalidade). Cód. de Pr. Penal, art. 648, II (aplicação). **1.** É de prazo certo a realização do exame. **2.** Não se justifica a deficiência do Estado para a realização de exame de sanidade, porquanto se trata, em verdade, de uma de suas obrigações, a saber, a de fazer funcionar, e bem, seus hospitais, uma vez que a saúde, direito de todos, é, di-lo a Constituição, dever estatal. **3.** As coisas hão de ter tempo e fim, hão de ter forma e medida, e os acontecimentos jurídicos não hão de ser diferentes; ao contrário, hão de ter, sempre e sempre, forma e medida (início, tempo e fim). Por isso é que há prazos para a instrução criminal, estando o réu preso, solto ou afiançado. **4.** Quando alguém estiver preso por mais tempo do que determina a lei – a prisão cautelar perdura por mais de três anos –, o caso é de coação ilegal, enquadrando-se a hipótese no art. 648, II, do Cód. de Pr. Penal. **5. Cabe, pois, ao Estado possibilitar ao Judiciário eficientes meios a fim de que possa exercer a jurisdição a contento.** **6.** Ordem concedida.”

No Brasil, o exame da verificação da responsabilidade penal é realizado por entrevistas de médicos, psiquiatras e/ou psicólogos, bem como pelo psicodiagnóstico jurídico como ferramenta complementar à perícia (Androvandi et al., 2007)²⁵.

A perícia psiquiátrica engloba o exame psiquiátrico (direto e indireto), a história pessoal e familiar, o exame clínico, psicopatológico e a avaliação

²⁴ STJ – HC: 52577 ES 20006/0005935-6, Relator: Ministro NILSON NAVES, Data de Julgamento: 17/06/2008, T6 – SEXTA TURMA, Data de Publicação: DJe 06/10/2008

²⁵ ANDROVANDI, Cláudia. Imputabilidade Penal, Capacidade cognitiva e Instrumentos de Medida Psicológica. Rio Grande do Sul: UFRS, 2007. Disponível em: <<http://revistas.fw.uri.br/index.php/psicologiaemfoco/article/view/1127/1599>> Acesso em: 26/11/2019.

psicológica (Carolo, 2005)²⁶. Neste exame o psicólogo atuará por meio de uma avaliação psicodiagnóstica, no intuito de complementar a atuação do perito psiquiatra, não podendo assumir a responsabilidade da perícia como um todo, como ocorre nos casos da área civil. (Sacramento, 2012).²⁷

Vale lembrar que todos esses regramentos e disposições estão contidas na Resolução de Nº 02 de 2003 do Conselho Federal de Psicologia (CFP), que foi gerada pioneiramente pela Lei Nº 4.119 de 1962, mais especificamente conforme dispõe seu artigo 13, §1º.²⁸

“Art. 13. - Ao portador do diploma de Psicólogo é conferido o direito de ensinar Psicologia nos vários cursos de que trata esta lei, observadas as exigências legais específicas, e a exercer a profissão de Psicólogo.

§ 1º Constitui função privativa do Psicólogo e utilização de métodos e técnicas psicológicas com os seguintes objetivos:

a) diagnóstico psicológico; (...)”

Portanto, conforme já mencionado pelas legislações, a confecção de psicodiagnóstico em avaliação pericial é função exclusiva do psicólogo, através de aplicação de um teste objetivo e inflexível com o objetivo de padronizar comportamentos. Entendendo por ser algo determinante na fixação diagnóstico da doença mental e incapacidade no momento dos fatos de ter discernimento do certo e errado penal, existem resoluções que tutelam e moldam como devem ser realizados tais testes.

As principais delas são as resoluções de número 025 de 2001 que posteriormente fora alterada pela de número 02 de 2003, ambas publicadas pelo Conselho Federal de Psicologia com o objetivo de padronizar o psicodiagnóstico

²⁶ CAROLO, R. M. R. Psiquiatria e Psicologia Forense: suas implicações na lei. 2005. Disponível em: <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0278.pdf>. Acesso em: 26/11/2019.

²⁷ SACRAMENTO, L. T. Psicologia jurídica: um campo profícuo de atuação – Reflexões sobre a Avaliação Psicológica no âmbito jurídico. 2012. Disponível em: <http://www.redepsi.com.br/portal/modules/soapbox/article.php?articleID=709>. Acesso em: 26/11/2019

²⁸ BRASIL, Regulamenta a Profissão do Psicólogo, Resolução Nº 25 (2001), Conselho Federal de Psicologia, Art. iniciais. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/resolucoes/resolucao-n-25-2001/>. Acesso em 26/11/2019

e assim alcançar uma precisão maior na medição da inimizabilidade, que diga-se de passagem, o próprio CFP reconhece ser passível de falha.

“Nas primeiras duas seções, você analisará uma série de propriedades dos instrumentos. Na terceira e última parte são apresentados os indicadores mínimos (forma do manual, precisão, validade e normatização) que você deverá considerar para elaborar seu parecer final, informando se o instrumento atende ou não aos requisitos mínimos.”

Contudo, não é unívoca a utilização do psicodiagnóstico para aferição da inimizabilidade pelo psicólogo ao réu da ação penal, nesse sentido, cabe destacar a inexistência de procedimento de avaliação psicológica específica para o âmbito jurídico.

Em concordância com Davoglio e Argimon (2010)²⁹, avaliar aspectos de personalidade no âmbito jurídico tem sido um desafio e isto, principalmente, pela carência de instrumentos avaliativos que respaldem as conclusões clínicas que dão sustentação aos diagnósticos periciais.

Compreende-se que a aplicação isolada dos testes não é suficiente para fornecer subsídios que embasem uma avaliação psicológica pericial. (Androvandi et al., 2007)³⁰, todavia, defendem que a “combinação” de instrumentos e técnicas de entrevista e observações detalhadas é a maneira mais eficaz de confeccionar uma perícia psicológica atualmente.

Em suma há uma urgente necessidade de regulamentar um procedimento padronizado de testes, entrevistas, dinâmicas bases, ambientes especializados que subsidiem a atuação mais precisa e eficaz da inimizabilidade do réu pelo perito em cada caso, sempre visando atingir o máximo das habilidades técnicas do psicólogo bem como o respaldo ético e sua atuação como o CFP prevê:

²⁹ DAVOGLIO, T. R.; ARGIMON, I. I. L. Avaliação de comportamentos anti- -sociais e traços psicopatas em psicologia forense. Aval. psicol., Porto Alegre, v. 9, n. 1, abr. 2010. Disponível: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712010000100012&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 26/11/2019.

³⁰ ANDROVANDI, Cláudia. Imputabilidade Penal, Capacidade cognitiva e Instrumentos de Medida Psicológica. Rio Grande do Sul: UFRS, 2007. Disponível em: <<http://revistas.fw.uri.br/index.php/psicologiaemfoco/article/view/1127/1599>> Acesso em: 26/11/2019.

“I. O psicólogo baseará o seu trabalho no respeito e na promoção da liberdade, da dignidade, da igualdade e da integridade do ser humano, apoiado nos valores que embasam a Declaração Universal dos Direitos Humanos; II. O psicólogo trabalhará visando a promover a saúde e a qualidade de vida das pessoas e das coletividades e contribuirá para a eliminação de quaisquer formas de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão; III. O psicólogo atuará com responsabilidade social, analisando crítica e historicamente a realidade política, econômica, social e cultural; IV. O psicólogo atuará com responsabilidade, por meio do contínuo aprimoramento profissional, contribuindo para o desenvolvimento da Psicologia como campo científico de conhecimento e de prática.”³¹

Muito embora existe um programa em Minas Gerais, que implementa todas essas diretrizes e cuida passo a passo do inimputável em todas as instâncias e passos antes do processo, durante o processo e na aplicação da medida de segurança, chamado de Programa de Atenção Integral ao Paciente do Judiciário Portador de Sofrimento Mental (PAI-PJ).

Consiste basicamente no acompanhamento dos pacientes que respondem a processos judiciais e/ou absolvidos pela Justiça Criminal, mas à mercê de internação psiquiátrica ou sujeitos ao tratamento ambulatorial, como medida de segurança. Portanto tal programa transforma o paradigma da execução de medidas de segurança ao inimputável deixando de lado a medida como isoladora de sujeitos fragilizados socialmente para tratar o tema sob o prisma da saúde pública.

3. HOSPITAIS DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO, MANICÔMIOS DO SÉCULO XXI

3.1. Luta Antimanicomial e Lei Nº 12.216 de 06 de agosto de 2001

Fazendo um panorama geral de todo o abordado na presente tese acerca da loucura, é possível identificar a primeira parte como as consequências

³¹ BRASIL, Regulamenta a Profissão do Psicólogo, Resolução Nº 25 (2001), Conselho Federal de Psicologia, Art. iniciais. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/resolucoes/resolucao-n-25-2001/>. Acesso em 26/11/2019

legais e desdobramentos penais-processuais do louco infrator, por sua vez no segundo capítulo fora apresentada a ideia da loucura e como que ela é tratada na nossa sociedade e sua consequência no sistema penal brasileiro bem como o preconceito inerente na sua identificação e isolamento nos Hospitais de Custódia.

Assim, cabe abordar a evolução e mudança trazida pelos profissionais da saúde para com essa instituição muito criticada principalmente na década de 90, como já exaustivamente citado nesta tese, movimento esse que se chamou de Luta Antimanicomial inspirado na desinstitucionalização da psiquiatria em Trieste pelo médico italiano Franco Basaglia.

A ideia da luta surge do pensamento de não exclusão e isolamento do louco, medicando-o para que assim o tornasse dócil sem entendermos sua individualidade e anseios que o levaram ao seu quadro psicótico. Basaglia³² afirma:

“Se queremos combater a marginalidade e os desvios, devemos fazer na estrutura social e não como fenômeno isolado que se pretende passar como simples anomalias individuais, onde só uma porcentagem da população tem a desgraça de ser o alvo”

Por meio de inúmeras transformações no molde de assistência psiquiátrica, cambiando o hospital de custódia e tratamento psiquiátrico em comunidade terapêutica, e assim melhorando o cuidado técnico aos pacientes, mas principalmente as relações entre a sociedade e a loucura na Itália, a comunidade médica brasileira tentou aplicar o mesmo modelo de sucesso.

Após anos de discussão e luta, a mudança veio, precisamente em 2001 com a Lei Paulo Delgado, popularmente chamada de Lei Antimanicomial (Lei Nº 12.216/2001). A supracitada lei redireciona a assistência em saúde mental gratuita, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, além de dispor sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, sem nenhum tipo de discriminação.

³² BASAGLIA, Franco. A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico. Tradução. 1. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1985. p. 105

Nesse instituto legal há uma clara noção de internação como última medida jurídica, pois além de necessitar laudo médico circunstanciado com os motivos para internar compulsoriamente o doente mental, fica notório não haver mais uma periculosidade intrínseca no louco-infrator pelo simples motivo de ser louco. Assim, o dispositivo prevê três tipos de internações; voluntária (se dá por consentimento do paciente), involuntária (por vontade do paciente ou a pedido de terceiros), compulsória (por determinação da justiça por força do art. 6º da Lei).

Portanto podemos identificar a diferença entre o Código Penal e Lei de Execuções Penais e a Lei Antimanicomial, que por ser mais nova e constitucional deveria prevalecer no conflito aparente de normas em nosso sistema penal, e assim, aplicar uma medida individual e de caráter de saúde nos indivíduos inimputáveis pelo programa de saúde do Sistema Único de Saúde conforme consta o artigo 2º da mesma e somente em casos excepcionais aplicar-lhe a internação compulsória:

“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;”³³

Um exemplo de proatividade para mudança desse cenário foi feita pela OAB junto ao Conselho Nacional de Justiça, ao propor a descentralização das Varas de Execuções Penais, criando uma vara especializadas destinada as aplicações de medidas de segurança. No mais, há recomendação acerca do tema pelo CNJ, sendo a de cumprir as medidas de segurança em rede pública de saúde, ou seja, pelo Sistema Único de Saúde (SUS) através da Rede de Atenção Psicossocial (RAP's), do qual muitos magistrados interpretam, que os pacientes cumpram suas penas em manicômio judiciário.

³³ BRASIL, Lei Antimanicomial, Lei Nº 12.216 (2001), Art. 2º, Parágrafo Único, inciso I. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em 26/11/2019

Fica, portanto, evidente que a lei antimanicomial tem sido ignorada por partes de muitos magistrados conservadores, sob a prerrogativa de “defesa social” que divide a sociedade entre o bem e o mal, sadios ou perigosos. Dentro desse pensamento, loucos são perigosos, precisam ser silenciados ou neutralizados através da internação.

Contudo, diante dessa lógica, a internação deveria ser exceção e não regra, como alude seu artigo 4º: “A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.”

Há de ser mencionado também outros artigos que deveriam ser revogados a partir da aprovação e entrada em vigor da Lei Antimanicomial, mas que continuam na letra fria do Código Penal e Lei de Execução Penal corroborando para a interpretação equivocada e preconceituosa dos magistrados.

O artigo 97 do Código Penal aborda quando haverá internação compulsória e quando haverá tratamento ambulatorial com base no crime cominado sendo que se o crime praticado for apenado com detenção, o paciente sofrerá tratamento ambulatorial, ao passo que se o crime for apenado com reclusão deverá ser o paciente internado em hospital de custódia. Além de atribuir a figura do juiz a decisão de tempo para a cura do inimputável no artigo 98 do mesmo código.

Ora, é expreso o entendimento na legislação especial citada de que a única pessoa competente para determinar qual a melhor maneira de tratar o paciente com o objetivo de reintroduzi-lo na sociedade com o tratamento de seu transtorno mental é a figura do médico, perito, psicólogo ou psiquiatra como demonstra o já citado artigo 4º. Portanto, não é a figura do juiz competente para; imputar qual o regime do paciente, muito menos o tempo de eficácia do tratamento ambulatorial ou da internação por não ter conhecimento técnico na área.

No mais, o Decreto-Lei Nº 2.848 de 1940 não é o único que deveria ter artigos revogados por causa da Lei Nº 12.216/2001, a Lei de Execuções Penais³⁴ também é um dispositivo ultrapassado no que tange a medida de segurança. Mais precisamente o artigo 183 imputa a competência de decisão de identificação e aplicação da medida de segurança ao paciente na figura do magistrado formado em direito e sem conhecimento técnico na área de saúde:

“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.”

Notório, portanto, diante do abordado reforçar a importância da luta antimanicomial que apesar de ter feito criar-se o Sistema Único de Saúde (SUS) e fecharem os manicômios instituindo a proibição de penas em sistemas de isolamentos para os loucos com o advento da Lei Antimanicomial, não conseguiu a eficácia e aderência de seus ditames constitucionais e eficácia do ponto de vista legal por motivo de perpetuação do “modus operandi” preconceituoso da sociedade brasileira.

3.2. Tratamento Psicossocial

Diante da insistência no modelo asilar dos hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico apesar, dos pontos levantados pela luta antimanicomial na década de 70, bem como a Lei Nº 12.216/2001 que teoricamente mudaria a visão de um modelo asilar para um psicossocial prezando a individualização e subjetivação de cada indivíduo com transtorno mental, cabe demonstrar sua total ineficácia no tratamento do inimputável.

Usando como base a ideia da medida de segurança, que para o direito penal não é uma pena, mas uma medida de caráter curativo que visa restabelecer o inimputável na sociedade bem como cessar as suas crises

³⁴ BRASIL, Lei de Execuções Penais, Lei Nº 7.210 (1984), TÍTULO VII – DOS INCIDENTES DE EXECUÇÃO, Art. 183. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7210.htm. Acesso em 26/11/2019

psicóticas, não há de ser possível obter esse resultado contrastante num modelo asilar de indivíduos.

Assim como já mencionado o modelo asilar é uma herança da visão do louco-infrator, a ideia de que existe uma periculosidade intrínseca ao indivíduo pelo puro genoma da loucura, algo inexplicável e que de um momento para outro ele pode atacar qualquer um, pois afinal ele é louco. Atitude essa que deveria ser prevenida isolando o indivíduo em espaços fechados, murados e vigiados para que sua existência não colocasse perigo a de outros.

Ideia essa já criticada e superada com as análises abordadas nessa tese, por apresentar um preconceito substancial e desconhecimento acerca da doença mental, aliado com um discurso higienista de segregação social entre loucos e sãos. Contudo, que modelo poderíamos aplicar no tratamento desses indivíduos?

Oriundo da Luta Antimanicomial no mundo e testado com louvor nos ditos modelos comunitários americanos e italianos de tratamento mental, o modelo de atendimento e tratamento das pessoas com transtornos mentais chamado de psicossocial foi elaborado ao qual se preza, segundo Abílio Costa Rosa³⁵, por:

“(...) através da sua possibilidade de recriar as formas das relações sociais, ou seja, o exercício de outras formas de relacionamento social e intersubjetivo, mais além das instituídas, a princípio eventualmente 'à queima-roupa', mas depois de modo mais prolongado. Quando chegam a se horizontalizar as relações sociais e intersubjetivas, tanto entre os agentes institucionais, quanto entre estes e a população, fica claro que já é de outra natureza a 'mais-valia' em questão, e que é também outro o seu destinatário. Mudam a natureza do excedente e quem dele se apropria.”

Ao qual se difere da ideia asilar ao trabalhar não com o binômio isolamento somado a medicação, mas com os meios da psicoterapia, laborterapias e socioterapias em um conjunto amplo de dispositivos de

³⁵ COSTA-ROSA, A. O modo Psicossocial: Um Paradigma das Práticas Substitutivas ao Modo Asilar. Tradução. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2019. p. 147

reintegração sociocultural, com destaque para as cooperativas de trabalho em conjuntura com a medicação em casos extremos e pontuais.

Sendo decisiva a importância que se atribuiu ao sujeito, de maneira fundamental como ponto focal da participação do tratamento. Assim, não se deixa de considerar, a sua dimensão de indivíduo, orgânico e sociocultural. Nesse sentido, não é apenas o sujeito que exerce o trabalho para sua mudança de condição; mas devem trabalhar também a família e o grupo social como agentes das mudanças buscadas nesses indivíduos.

Portanto, o inimputável não é único nesse processo, mas um conglomerado de pessoas que devem contribuir para a sua reinserção no ambiente social novamente, o auxiliando a entender e perceber as possíveis mudanças comportamentais necessárias para tanto.

Por outro lado, quanto aos meios de tratamento Costa Rosa afirma que:

“(...) definimos o contínuo saúde-doença psíquica como certo modo do posicionamento do sujeito em relação aos conflitos e contradições que o atravessam, então se pode dizer que o que se visa no modo psicossocial é um reposicionamento do sujeito de tal modo que ele, em vez de apenas sofrer os efeitos desses conflitos, passe a se reconhecer, por um lado, também como um dos agentes implicados nesse 'sofrimento'; por outro, como um agente da possibilidade de mudanças.”³⁶

O segundo passo de diferenciação entre os modelos tange para além do objeto e meio ou se atingir com tratamento do doente mental, mas a instituição no qual todo o processo ocorre. Cabe fazer uma diferenciação que não necessariamente se trata de um espaço físico de instituição, mas o modelo psicossocial demonstra e averigua como deveriam ser as relações e os espaços dentro de seus modelos.

Portanto, sua forma de organização institucional deve variar radicalmente em relação a asilar, assim, seu organograma deverá ser de modo horizontal como elucida o psicólogo Costa Rosa:

³⁶ COSTA-ROSA, A. O modo Psicossocial: Um Paradigma das Práticas Substitutivas ao Modo Asilar. Tradução. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2019. p. 147

“Os dispositivos do modo psicossocial instrumentam todas as dimensões da instituição a serviço da técnica e da ética. Mesmo o nível da organização, que no modo asilar é considerado natureza morta, mero suporte das relações sociais e intersubjetivas, é posto a serviço das práticas de atenção. Esta vocação do modo psicossocial tem sua origem nas práticas da Psicoterapia Institucional e da Comunidade Terapêutica, que compõem os seus fundamentos; e geralmente é instrumentada por meio das diversas assembleias de usuários, familiares e trabalhadores da saúde mental.”³⁷

Em suma, a reforma psiquiátrica e a luta antimanicomial tentaram trazer uma nova perspectiva para o tratamento de pessoas com transtornos psicológicos que cometeram crimes, mudando assim o panorama legislativo com a Lei Nº 12.216 de 2001, substituindo o modelo asilar pelo psicossocial. Fato é que essa mudança não foi recepcionada totalmente, alterando singelamente o Código Penal e Lei de Execução Penal por ter em mente a ideia de punir o inimputável e não o curar.

Ademais, podemos identificar vigentes em alguns estados modelos de tratamentos psicossociais que poderiam ser executados em todo território nacional, excluindo assim o modelo asilar dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psicológico que persiste em existir. Modelos esses de sucesso em aplicação e eficiência no tratamento que como já foi abordado enaltece a diferença entre ambos os modelos no que afere seu sucesso na reinserção do indivíduo na sociedade.

4. SOLUÇÕES AO CONFLITO

4.1. Rede de Atenção Psicossocial (RAP's)

Ao falar em solução, a presente tese visa a execução dos ditames legais abordados, seja do que fora abordado pelo Código Penal, seja na Lei de Execução Penal no que se trata da aplicação da medida de segurança no tratamento e cura dos transtornos mentais dos inimputáveis. Para isso, foi

³⁷ COSTA-ROSA, A. O modo Psicossocial: Um Paradigma das Práticas Substitutivas ao Modo Asilar. Tradução. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2019. p. 147

provado que o sistema asilar não é efetivo e é oriundo de uma enorme carga moral na figura do doente mental e que o melhor sistema seria o psicossocial.

Portanto, assim como abordado nos capítulos anteriores, o Sistema Único de Saúde, ou mais conhecido como SUS, fora uma das conquistas da luta antimanicomial e da reforma psiquiátrica com o advento da publicação da Lei de Nº 8080 de 1990. Lei essa que executa de forma precisa as diretrizes de saúde presentes no artigo 196 da Constituição Federal³⁸:

“Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.”

Por definição legal, o Sistema Único de Saúde é o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, definição essa contida no artigo 4º da Lei 8.080.

Diante disso, cabe mencionar a isonomia de tratamento pelo sistema e a substituição da forma de auxílio à população de maneira restrita para um tratamento mais humanitário e humano, sendo possível que grupos especializados multidisciplinares atendam na residência do enfermo ou até socialização da cura em certos tratamentos indo às unidades de saúde para atividades coletivas.

Portanto tem nas suas diretrizes, um sistema humanitário como base na; universalidade, integralidade de assistência, igualdade de assistência da saúde; participação da comunidade entre outros princípios estabelecidos no artigo 7º da lei citada. Contudo, apesar de todas as garantias conquistadas especialmente tratando-se de uma reforma dos modelos asilares de tratamento, com o ideal psicossocial, a priori pouco fora abordado a questão da saúde mental no aparato legal o que em 2011 o empasse fora corrigido.

³⁸ BRASIL, Constituição Federal (1988), TÍTULO VIII – DA ORDEM SOCIAL, DA SAÚDE, Art. 196. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em 26/11/2019

Com a Portaria de Nº 3.088 de 2011 houve uma alteração na lei do SUS com o intuito de complementa-la, no que se trata ao auxílio e atenção a pessoas com sofrimento ou transtornos mentais, instituindo assim a chamada Rede de Atenção Psicossocial (RAP's). Além de se basear nos princípios e diretrizes do SUS, possui um sistema principiológico próprio com base no respeito no tratamento digno das pessoas com transtornos mentais; promoção da equidade e combate ao estigma muito presente em quem é tido como diferente e isolado pela sociedade.

Esse sistema, em diversos artigos da portaria denota e explicita a importância de se haver um cuidado próximo e individualizado para que haja a cura do paciente com transtornos mentais com o objetivo de ser reinserido na sociedade reabilitado do mal que causou.

“Art. 4º São objetivos específicos da Rede de Atenção Psicossocial:

(...) IV - Promover a reabilitação e a reinserção das pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas na sociedade, por meio do acesso ao trabalho, renda e moradia solidária;”³⁹

Assim, a proposta com a presente tese seria a utilização desse sistema já construído e rede aprovada desde 2011 em todo o território brasileiro para atendimento de pessoas in imputáveis que cometeram algum delito pelo módulo dos RAP's seja nas unidades básicas de saúde⁴⁰, nas equipes de atenção básica para populações específicas (equipe de consultório na rua ou equipe de apoio aos serviços do componente atenção residencial de caráter transitório)⁴¹ ou nos

³⁹ BRASIL, Rede de Atenção Psicossocial, Portaria Nº 3.088 (2011), Art. 4º, IV. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em 26/11/2019

⁴⁰ **Unidade Básica de Saúde:** serviço de saúde constituído por equipe multiprofissional responsável por um conjunto de ações de saúde, de âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver a atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades

⁴¹ **Equipe de Consultório na Rua:** equipe constituída por profissionais que atuam de forma itinerante, ofertando ações e cuidados de saúde para a população em situação de rua, considerando suas inerentes necessidades de saúde, sendo responsabilidade dessa equipe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, ofertar cuidados em saúde mental, para: (...) 2. pessoas com transtornos mentais; OU **Equipe de Apoio aos Serviços do Componente Atenção Residencial de Caráter Transitório:** oferece suporte clínico e apoio

centros de convivência⁴² a depender do parecer dos psicólogos para a efetivação do tratamento.

Por fim, mas não menos importante cabe mencionar que a portaria do RAP's e a Lei do SUS corroboram em gênero, número e grau com o abordado na pesquisa do psicólogo Abílio Costa Rosa sobre o modelo psicossocial ser mais efetivo do que o asilar, vejamos o artigo 7º, §3º da portaria⁴³:

“O cuidado, no âmbito do Centro de Atenção Psicossocial, é desenvolvido por intermédio de Projeto Terapêutico Individual, envolvendo em sua construção a equipe, o usuário e sua família, e a ordenação do cuidado estará sob a responsabilidade do Centro de Atenção Psicossocial ou da Atenção Básica, garantindo permanente processo de cogestão e acompanhamento longitudinal do caso.”

4.2. Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário Portador de Sofrimento Mental (PAI-PJ)

Além do SUS com a iniciativa do RAP's na busca pelo tratamento de forma individualizada e prezando pela cura além da punição dos inimputáveis que cometeram delito, há de se mencionar também, outras formas já instituídas para os Poderes Judiciários de auxílio de grupos multidisciplinares para a aplicação, execução e intermediação da medida de segurança aos inimputáveis.

O Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário Portador de Sofrimento Mental (PAI-PJ), realiza intervenções no Poder Judiciário, autorizado por juízes das varas criminais, acompanhando ao lado de equipes multidisciplinares o portador de sofrimento mental que cometeu algum crime para definir qual a melhor medida judicial a ser aplicada, sempre visando a cura ou tratamento do transtorno mental e a sua futura reinserção na sociedade.

a esses pontos de atenção, coordenando o cuidado e prestando serviços de atenção à saúde de forma longitudinal e articulada com os outros pontos de atenção da rede;

⁴² **Centro de Convivência:** é unidade pública, articulada às Redes de Atenção à Saúde, em especial à Rede de Atenção Psicossocial, onde são oferecidos à população em geral espaços de sociabilidade, produção e intervenção na cultura e na cidade.

⁴³ BRASIL, Rede de Atenção Psicossocial, Portaria Nº 3.088 (2011), Art. 7º, §3º. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em 26/11/2019

Esse programa passou a integrar o Tribunal de Justiça de Minas Gerais através da resolução nº 633 de 2010, mais especificamente no que consta o seu artigo 7º.⁴⁴ Cabendo salientar que as atribuições do grupo multidisciplinar (composta por psicólogos, assistentes sociais e bacharéis em direito) no momento da averiguação da aplicação ou não da medida de segurança é primordial, uma vez que há uma falta de preparo e de testes efetivos para que se tenha o diagnóstico preciso na aplicação dessa, conforme salienta na cartilha do Programa⁴⁵:

“(...) Esse trabalho de inserção é desenvolvido através do acompanhamento caso a caso, considerando a sua singularidade clínica, social e jurídica, secretariando o paciente judiciário, em sua construção do laço com a família, comunidade e/ou território social.

Conforme a Resolução nº 633/2010, o PAI-PJ tem por objetivo assessorar a Justiça de Primeira Instância na individualização da aplicação e da execução das medidas socioeducativas, penas e medidas de segurança aos pacientes judiciários, conforme o disposto nesta Resolução.”

Portanto, podemos dizer que o PAI-PJ é um programa de acompanhamento em processos criminais nos quais o réu ou sentenciado é ou apresenta indícios a ser portador de sofrimento mental, fornecendo subsídios técnicos para a prestação jurisdicional nas várias faces do processo. Aqui cabe ressaltar o cuidado na palavra dada ao inimputável, que não é um doente mental, mas um portador de sofrimento mental, mostrando a preocupação acerca desse inimputável.

Além disso, visa auxiliar a autoridade judicial na individualização da aplicação e execução das penas e medidas de segurança, de acordo com o previsto na legislação penal vigente. Portanto, tem como orientação os princípios

⁴⁴ Art. 7º - O Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário, PAI-PJ, tem por objetivo assessorar a Justiça de Primeira Instância na individualização da aplicação e da execução das medidas socioeducativas, penas e medidas de segurança aos pacientes judiciários, conforme o disposto nesta Resolução.

Parágrafo único - Considera-se paciente judiciário, para os fins desta Resolução, o indivíduo em situação de sofrimento psíquico que seja: I - indiciado, réu ou sentenciado em processo criminal; II - adolescente autor de ato infracional.

⁴⁵ PAI-PJ. Disponível em: <http://www8.tjmg.jus.br/presidencia/programanovosrumos/pai_pj/>. Acesso em: 26 nov. 2019.

da reforma psiquiátrica, a qual promovem o acesso ao tratamento em saúde mental na rede substitutiva ao modelo manicomial.

Ao mencionar que tal programa é uma rede substitutiva ao modelo manicomial estamos diante de um sistema mais eficiente no que tange o tratamento e a reinserção do paciente na sociedade como podem-se verificar os números e resultados do programa que já é aplicado a mais de 10 anos no Tribunal de Justiça de Minas Gerais.

Conforme dados do próprio site do programa, foi atingido cerca de 799 pacientes desde a sua implantação e esses pacientes que possuem sofrimento mental voltaram a reincidir na prática de delitos somente em 2% dos casos, ou seja, cerca de 16 pacientes aproximadamente voltaram a praticar novos delitos. Esses números são irrisórios se comparados com o sistema penal comum, portanto há uma taxa de ressocialização do paciente extrema e efetiva nesses modelos.

Ademais, com todo o sucesso do programa houve repercussão internacional com a sua divulgação na França e em outros países da comunidade europeia, bem como no II Encontro Franco-Brasileiro de Psicanálise. Sendo que programa esse veio a ser premiado na conferência nacional de segurança pública em Brasília no ano de 2009, o que no mínimo mostra seu prestígio na comunidade científica.

Diante do exposto, não restam dúvidas acerca a eficácia do programa que substitui o modelo manicomial. Além de acompanhar o paciente em todas as etapas do processo judicial, há uma maior eficiência em aplicar ou não a medida de segurança pelo grupo multidisciplinar técnico, livrando pessoas imputáveis de receber medida de segurança e colocando dentro de um sistema mais humano e individualizado aqueles que precisam e elevando a taxa de sucesso na ressocialização do sujeito para 98% dos casos.

4.3. Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI)

Outro programa de sucesso apresentado pelo Poder Judiciário Brasileiro, em especial o Ministério Público do Estado de Goiás, foi o Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI) que inclusive ganhou o prêmio Innovare edição VI – 2009. Fundado com alicerce na Lei Antimanicomial ou Lei da Reforma Psiquiátrica, o PAILI assume relevante tarefa de acompanhar os pacientes julgados e absolvidos pela Justiça Criminal, mas submetidos à internação psiquiátrica ou ao tratamento ambulatorial, como medida de segurança.

Com o programa, há uma mudança de paradigmas que tangem a medida de segurança primeiramente tratada como segurança pública para ser lidada como serviços de saúde pública, com a sua inclusão no Sistema Único de Saúde. Embora ainda embrionário, pois promove a atenção integral de 124 pessoas submetidas à medida de segurança, o Programa acolhe os pacientes com uma equipe multidisciplinar que começa a integrar o Judiciário ao Sistema Único de Saúde, mais especificamente o RAP's.

Sua execução, resumidamente se difere do anteriormente mencionado PAI-PJ pois não é criado nenhum sistema, mas sim, usado o sistema que já está em vigor em todo o território nacional da Rede de Atenção Psicossocial do SUS aliado ao Poder Judiciário. Primeiramente, o juiz criminal aplica a medida de segurança e faz a comunicação ao PAILI, depois se o paciente está preso, o PAILI busca a vaga para sua internação junto à rede conveniada ao SUS. Assim há toda uma preparação do paciente para esses estabelecimentos, estudando o caso individualizando a aplicação da medida de segurança sob o sujeito de direito.

Finda essa primeira etapa, o PAILI acompanha o paciente na clínica psiquiátrica e dá início ao acompanhamento psicossocial também de sua família, uma vez indicada a possibilidade de desinternação, mediante laudo médico circunstanciado, a equipe do programa providencia meios para inclusão do paciente na medida ambulatorial, com o suporte da família bem como é emitido o relatório ao juízo das execuções penais.

Ao final, verificadas os pressupostos para o reconhecimento da cessação de periculosidade do paciente, o PAILI emite um relatório ao juízo da execução penal que cuida do caso em específico, para que o mesmo proceda conforme o esperado.

Portanto, há uma total integração entre o Poder Judiciário, os profissionais da área de saúde capazes de realizar um diagnóstico preciso acerca da inimputabilidade do indivíduo e o instituto capaz de tratar a sua loucura e futuramente reinseri-lo na sociedade. É o que dispõe a cartilha⁴⁶ do Programa:

“Com a implementação do PAILI, homens e mulheres que outrora eram simplesmente jogados em manicômios ou prisões começam a ser reconhecidos como sujeitos de direitos, particularmente aqueles previstos na Lei nº 10.216/2001. Uma vez acolhidos pela equipe multidisciplinar do Programa, os pacientes passam a ter acesso e respeito efetivo a direitos anteriormente ignorados por eles próprios e pelos agentes do antigo sistema, que se baseava somente na legislação penal. Ao colocar o paciente no ambiente universal do Sistema Único de Saúde, o PAILI dispensa ainda a edificação de novos “depósitos de loucos”, os chamados hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico, o que, a um só tempo, humaniza o atendimento e reduz significativamente os custos para o Estado na execução das medidas de segurança.

O PAILI supervisiona o tratamento conferido ao paciente nas clínicas psiquiátricas conveniadas ao SUS e, ao mesmo tempo, faz a mediação entre o paciente e o juiz, em canal direto de comunicação que favorece, simplifica e desburocratiza o acesso permanente à Justiça. A simplicidade das rotinas do PAILI torna célere a aplicação efetiva da terapia exigida para cada paciente em particular, dispensando procedimentos burocráticos típicos dos procedimentos puramente judiciais, o que facilita o objetivo maior: o mais amplo tratamento do paciente e sua inclusão à família e à sociedade.”

Em outras palavras, a eficácia desse sistema está justamente pelo fato de integrar uma equipe de saúde com o judiciário e implementar o SUS, com sua ideia de tratamento psicossocial, aos pacientes da medida de segurança. O PAILI desmistifica a execução das medidas de segurança, deixa clara a sua natureza não punitiva e restabelece o foco no tratamento do paciente e na sua inclusão à família e ao meio social.

⁴⁶ Prêmio Innovare -. Disponível em: <<https://www.premioinnovare.com.br/proposta/paili-programa-de-atencao-integral-ao-louco-infrator/print>>. Acesso em: 26 nov. 2019.

CONCLUSÃO

Diante do estudo narrado, podemos traçar alguns panoramas e apresentar três soluções para o problema da inimputabilidade no Código Penal Brasileiro, soluções essas que convergem em uma única linha de raciocínio. É impossível e inviável tratar o louco em nossos sistemas aplicando-lhe uma punição em nome de tratamento ao qual chamamos de medida de segurança.

Ora, não há problema, por si só, no instituto de direito material da medida de segurança, mas alguns empecilhos inerentes a sua prática reforçam preconceitos e moralidades, bem como trazem ineficácia e completa ineficiência ao resultado de tratamento do inimputável. O primeiro ponto de incapacidade é no que toca o exame pericial para comprovação da inimputabilidade, pois há um profissional na maioria dos casos que precisa solucionar a demanda com tempo limitado e poucas ferramentas para tal anamnese. Não havendo, portanto, um exame único e eficiente para tanto, mas uma série de entrevistas para sua averiguação.

No mais, os estabelecimentos aos quais comportam os loucos, tidos como doentes mentais remontam o século XVIII ao qual a ideia era massivamente isolar os loucos-agressivos em manicômios e os punir por serem loucos, retirando esses indivíduos da sociedade com as decisões dos juízes e medicando os mesmos com a psiquiatria, a fim de anestesiar os sentidos dessas pessoas.

Assim, mesmo que na letra fria do Código Penal e na Lei de Execução Penal o instituto da Medida de Segurança seja bom, faltam-lhe componentes conferidos pela Lei Antimanicomial, já aprovada há cerca de 18 anos. Assim demonstrando que apesar de ser excelente, não é efetivada em nenhuma esfera penal por puro preconceito e moralidade do Poder Judiciário.

Sendo assim, a ideia de doente mental precisa ser limpada do imaginário subjetivo das excelências do Brasil, não há de se falar em doente mental, agressividade inerente da loucura ou qualquer ideia que imputa ao inimputável características inerentes ou sem premeditação de seus atos. Políticas Públicas e conscientização da população com grupos de debates e estudos acerca dos

diferentes tipos de transtornos mentais são ótimas medidas para os integrar à sociedade.

A respeito das instituições asilares aos quais são mantidos os “loucos infratores” a solução é complexa, mas já existente. Notoriamente exilar e asilar essas pessoas da sociedade com manicômios e medicamentos não trata e muito menos reabilita-os para viver em sociedade. Portanto, na década de 70, foi se aglomerando o movimento antimanicomial, fundado na substituição desse tratamento asilar dos inimputáveis para um que respeite as suas individualidades e efetivamente trate dos seus transtornos e habilite a sua volta à sociedade. Originando-se o sistema psicossocial de tratamento do inimputável.

Em suma, a solução une o combate a inserção errada de pessoas imputáveis na lógica da medida de segurança, bem como de que pessoas inimputáveis sejam deixadas de fora dessa lógica erroneamente. Portanto há uma necessidade da promoção de grupos multidisciplinares com profissionais do direito e da saúde no acompanhamento da aplicação e execução da medida de segurança, assim reduzindo a chance de erro do exame pericial e uma maior efetivação das garantias individuais dessas pessoas no decurso do processo penal e de execução penal.

Aliado a essa ideia, há de convir que existe um sistema psicossocial aprovado e com rede efetiva em todo o território brasileiro, chamado de Rede de Atenção Psicossocial, ou RAP's. Uma portaria que complementa a Lei do SUS adequando um tratamento digno às pessoas que sofrem de transtornos mentais e que poderia ser usado ao invés das internações compulsórias e tratamentos ambulatoriais que rege o Código Penal.

Reiterando essas ideias, o Poder Judiciário também realizou duas ações que exemplificam esses conceitos aplicados na prática, com o Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator, no TJGO, e O Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário Portador de Sofrimento Mental, no TJMG. Ambos mostram que se for mudada a ótica do tratamento da medida de segurança e o Poder Judiciário se aliar com os profissionais de saúde é possível tratar e reinserir os inimputáveis na sociedade.

Uma vez que a inimputabilidade for tratada como saúde pública e não punição; em estabelecimentos horizontais e com um tratamento humanizado usando-se do método psicossocial; envolvendo familiares e tratando o paciente com transtornos mentais como indivíduos importantes para sua reabilitação, não teremos mais medo do diferente e a sociedade caminhará para um só rumo, o da igualdade.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

ANDROVANDI, Cláudia. **Imputabilidade Penal, Capacidade cognitiva e Instrumentos de Medida Psicológica**. Rio Grande do Sul: UFRS, 2007. Disponível em: <<http://revistas.fw.uri.br/index.php/psicologiaemfoco/article/view/1127/1599>> Acesso em: 26/11/2019.

AFONSO, C.; PERON, P.; CAVALCANTI DE CARVALHO, R. **Sujeitos da Psicanálise**. Tradução. 1. ed. São Paulo: Editora Escuta, 2018. p. 15 - 30, 71 – 86

ARBEX, Daniela. **Holocausto Brasileiro; Genocídio: 60mil Mortos no Maior Hospício do Brasil**. 4. ed. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

BASAGLIA, Franco. **A Instituição Negada: Relato de um Hospital Psiquiátrico**. Tradução. 1. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1985. p. 105

BRANDÃO, Cláudio. **Teoria Jurídica do Crime**. Rio de Janeiro: Forense, 2002. p.131.

BRANDÃO, Cláudio. **Teoria Jurídica do Crime**. Rio de Janeiro: Forense, 2002. p.164.

BRASIL. **Código de Processo Penal (1941)**. Código de Processo Penal. In: ANGER, Anne Joyce. *Vade mecum universitário de direito RIDEEL*. 8. ed. São Paulo: RIDEEL, 2010. p. 351-395.

BRASIL, **Código Penal Brasileiro (1941)**, TÍTULO VI – DAS MEDIDAS DE SEGURANÇA, Art. 96, I e II. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm> Acesso em 26/11/2019.

BRASIL, **Código Penal Brasileiro (1941)**, TÍTULO VI – DAS MEDIDAS DE SEGURANÇA, Art. 97, §3º. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm> Acesso em 26/11/2019.

BRASIL. **Código Penal (1941)**. Código Penal. In: ANGER, Anne Joyce. *Vade mecum universitário de direito RIDEEL*. 8. ed. São Paulo: RIDEEL, 2010.

BRASIL, **Código Penal, Consolidação de Piragibe (1938)**, TÍTULO III – DA RESPONSABILIDADE CRIMINAL; das causas que dirimem a criminalidade e justificam os crimes, Art. 29. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1930-1949/D22213.htm> Acesso em 26/11/2019.

BRASIL, **Código Penal do Império (1834)**, TITULO I – DOS CRIMES E DOS CRIMINOSOS, Art. 10. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lim/LIM-16-12-1830.htm> Acesso em 26/11/2019.

BRASIL, **Código Penal, Decreto Nº 847 (1890)**, TITULO III – DA RESPONSABILIDADE CRIMINAL; das causas que dirimem a criminalidade e justificam os crimes, Art. 29. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1851-1899/d847.htm> Acesso em 26/11/2019

BRASIL, **Constituição Federal (1988)**, TITULO VIII – DA ORDEM SOCIAL, DA SAÚDE, Art. 196. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm> Acesso em 26/11/2019

BRASIL, **Lei Antimanicomial, Lei Nº 12.216 (2001)**, Art. 2º, Parágrafo Único, inciso I. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm> Acesso em 26/11/2019

BRASIL, **Lei de Execuções Penais, Lei Nº 7.210 (1984)**, TITULO VII – DOS INCIDENTES DE EXECUÇÃO, Art. 183. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7210.htm> Acesso em 26/11/2019

BRASIL, **Lei do Sistema Único de Saúde, Lei Nº 8.080 (1990)**, TITULO II – DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, Art. 4º. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm> Acesso em 26/11/2019.

BRASIL, **Rede de Atenção Psicossocial, Portaria Nº 3.088 (2011)**, Art. 4º, IV. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html> Acesso em 26/11/2019

BRASIL, **Rede de Atenção Psicossocial, Portaria Nº 3.088 (2011)**, Art. 7º, §3º. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html> Acesso em 26/11/2019

BRASIL, **Regulamenta a Profissão do Psicólogo, Resolução Nº 25 (2001)**, Conselho Federal de Psicologia, Art. iniciais. Disponível em: <<https://site.cfp.org.br/resolucoes/resolucao-n-25-2001/>> Acesso em 26/11/2019

CANUTO, André L Barretto. **Culpabilidade e Pena**. 2014. p. 1 Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Andre_Barretto_Canuto/publication/269575909_Culpabilidade_e_Pena/links/548f76820cf225bf66a801b9.pdf. Acesso em 26/11/2019

CAROLO, R. M. R. **Psiquiatria e Psicologia Forense: suas implicações na lei**. 2005. Disponível em: <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0278.pdf>. Acesso em: 26/11/2019.

CORRÊA OSÓRIO, F. **Inimputabilidade: Estudo dos Internos de um Instituto Psiquiátrico Forense. Tese de Conclusão de Curso de Pós-Graduação em Ciências Criminais** —[s.l.] Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2006.

COSTA-ROSA, A. **O modo Psicossocial: Um Paradigma das Práticas Substitutivas ao Modo Asilar**. Tradução. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2019. p. 147

DANTAS MAGALHÃES RIBEIRO, Q. **Da Eficiência dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP'S), Destinados aos Inimputáveis Sujeitos à Medida de Segurança no Brasil**. JUSBRASIL, 2016. Disponível em: <<https://jus.com.br/artigos/48545/da-ineficacia-dos-hospitais-de-custodia-e-tratamento-psiquiatrico-hctp-s-destinados-aos-inimputaveis-sujeitos-a-medida-de-seguranca-no-brasil>>. Acesso em: 26 nov. 2019.

DAVOGLIO, T. R.; ARGIMON, I. I. L. **Avaliação de comportamentos anti-sociais e traços psicopatas em psicologia forense**. *Aval. psicol.*, Porto Alegre, v. 9, n. 1, abr. 2010. Disponível:http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-4712010000100012&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 26/11/2019.

FERNANDES MOREIRA, G. **Inimputabilidade Penal e Psicanálise: Uma Nova Visão do Criminoso Psicótico**. Tradução. 22. ed. Curitiba: Juruá Editora, 2018. p. 17 - 97

FOUCAULT, Michel. **Os Anormais (2001)** In: Ibrahim, Elza. *Manicômio Judiciário: da memória interrompida ao silêncio da loucura*. Curitiba: Appris, 2014

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e Punir: Nascimento da Prisão**. 36. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2009.

GOFFMAN, E. **Asylums**. Tradução. 14. ed. Londres: Penguin Books, [s.d.]. p. 1 – 115

GONZAGA, João Bernardino. **O Direito Penal Indígena**. São Paulo: Max Limonad, 1987.

GONZAGA, João Bernardino. **O Direito Penal Indígena**. São Paulo: Max Limonad, 1987. Pág. 14.

GRACIELI DA SILVA, L.; LIZARDO DE ASSIS, C. **Direito em Debate - Imputabilidade Penal e a Atuação do Psicólogo Jurídico como Perito**. Tradução. 1. ed. Rio Grande do Sul: Revista do Departamento de Ciências Jurídicas e Sociais da UNIJUÍ, 2013. p. 122 – 143

Ibrahim, Elza. (2014). **Manicômio Judiciário: da Memória Interrompida ao Silêncio da Loucura**. Curitiba: Appris. p. 34

JESUS, Damásio E. de. **Direito Penal**. 28 ed. São Paulo: Saraiva, 2005. v. 1.

JUAN CARLOS FERRÉ OLIVÉ, et. Al., **Direito Penal Brasileiro – Parte Geral. Princípios fundamentais e sistemas**, p. 462.

LOUCURA. In: DICIONÁRIO da Língua Portuguesa. Michaelis, 1998. Disponível em: <<http://michaelis.uol.com.br/busca?r=0&f=0&t=0&palavra=loucura>>. Acesso em: 26 nov. 2019

MARCÃO, Renato. **Curso de Execução Penal**. 8. ed. São Paulo: Saraiva, 2010.

MENEZES, M. **Movimento de Enclausuramento: o hospital geral como dispositivo para a esconjurção e o confinamento dos riscos sociais**. Tradução. 1. ed. Portugal: Universidade Católica Portuguesa - Departamento de Economia, Gestão e Ciências Sociais, 2014. p. 291-312

MOREIRA FERNANDES, Greta. **Inimputabilidade Penal e Psicanálise: uma nova visão do criminoso psicótico**. (2018) p. 26

PAI-PJ. Disponível em: <http://www8.tjmg.jus.br/presidencia/programanovosrumos/pai_pj/>. Acesso em: 26 nov. 2019.

POMPÊO DE CAMARGO PACHECO, M. **CLÁSSICOS DA PSICOPATOLOGIA - Esquirol e o surgimento da psiquiatria contemporânea**. Tradução. 6. ed. São Paulo: Laboratório de Psicopatologia Fundamental – Unicamp., 2003. p. 152 - 157

PORTUGAL, **Código Penal, Ordenações Filipinas (1603), TÍTULO CXXXV – Quando os menores forem punidos pelos delitos que fizerem**. Disponível em: <<https://www2.senado.leg.br/bdsf/item/id/242733>> acesso em 26/11/2019.

PRAXADES DE MORAES FILHO, M. **Evolução Histórica da Inimputabilidade Penal uma Abordagem Cronológica da Loucura na Humanidade e Seus Reflexos na Legislação Criminal Brasileira até o Código de Piragibe**. JUSBRASIL, 2006. Disponível em: <<https://jus.com.br/artigos/8234/evolucao-historica-da-inimputabilidade-penal>>. Acesso em: 26 nov. 2019.

Prêmio Innovare -. Disponível em: <<https://www.premioinnovare.com.br/proposta/paili-programa-de-atencao-integral-ao-louco-infrator/print>>. Acesso em: 26 nov. 2019.

RAQUEL VITORINO DE ASSIS SILVA, M. **Medida de Segurança e a Inobservância da Dignidade da Pessoa Humana**. Tese de Conclusão de Curso de Direito —[s.l.] Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, 2014.

SACRAMENTO, L. T. **Psicologia jurídica: um campo profícuo de atuação – Reflexões sobre a Avaliação Psicológica no âmbito jurídico**. 2012. Disponível:<http://www.redepsi.com.br/portal/modules/soapbox/article.php?articleID=709>. Acesso em: 26/11/2019

SILVEIRA, D. **A Origem e a Evolução do Instituto da Medida de Segurança no Direito Brasileiro**. JUSBRASIL, 2014. Disponível em: <<https://jus.com.br/artigos/33877/a-origem-e-a-evolucao-do-instituto-da-medida-de-seguranca-no-direito-brasileiro>>. Acesso em: 26 nov. 2019.

STJ – **HC: 44759 SP 2005/0095305-8**, Relator: Ministro Arnaldo Esteves Lima, Data de Julgamento: 06/12/2005, T5 – QUINTA TURMA, Data de Publicação: DJ 20/03/2006.

STJ – **HC: 208336 SP 2011/0125054-5**, Relatora: Ministra Laurita Vaz, Data de Julgamento: 20/03/2012, T5 – Quinta Turma, Data de Publicação: DJe 29/03/2012.

STJ – **HC: 52577 ES 2006/0005935-6**, Relator: Ministro NILSON NAVES, Data de Julgamento: 17/06/2008, T6 – SEXTA TURMA, Data de Publicação: DJe 06/10/2008.

TOURINHO PERES, M. **A doença mental no direito penal brasileiro: inimizabilidade, irresponsabilidade, periculosidade e medida de segurança**. Tese de Mestrado —[s.l.] Universidade de São Paulo, 2002.

ZAFFARONI, Eugenio Raúl; PIERANGELI, José Henrique. **Manual de Direito Penal Brasileiro – Parte Geral**. Revista dos Tribunais, São Paulo, 2002, p.602.

ZAFFARONI, Eugenio Raúl; PIERANGELI, José Henrique. **Manual de Direito Penal Brasileiro – Parte Geral**. Revista dos Tribunais, São Paulo, 2002, p.855