



FACULDADE DE DIREITO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
DEPARTAMENTO DE DIREITO PENAL, MEDICINA FORENSE
E CRIMINOLOGIA

MARIA FERNANDA DE FRANCO

TURMA 192 - XI

NÚMERO USP: 11263881

MEDIDA DE SEGURANÇA E OS DIREITOS DA PESSOA COM
DEFICIÊNCIA MENTAL: PROTEÇÃO OU PUNIÇÃO?

São Paulo

2023

MARIA FERNANDA DE FRANCO

MEDIDA DE SEGURANÇA E OS DIREITOS DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA MENTAL: PROTEÇÃO OU PUNIÇÃO?

Projeto de Pesquisa do Trabalho de Conclusão de Curso (“Tese de Láurea”), apresentado ao Departamento de Direito Penal, Medicina Forense e Criminologia da Universidade de São Paulo – USP, como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Direito.

Prof. Orientador Luciano Anderson de Souza

São Paulo - SP

2023

SUMÁRIO

I – INTRODUÇÃO.....	5
II - O TRATAMENTO DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA MENTAL AO LONGO DOS SÉCULOS.....	8
II. I - Escola clássica.....	8
II. II - Teoria da degeneração.....	9
II. II - Escola positiva.....	10
II. II. I - Vertente Antropológica.....	11
II. II. II. - Vertente social.....	12
II. II. III - Vertente jurídica.....	13
II. II. IV - Escola Positivista no Brasil.....	14
II. III - Surgimento dos hospitais de custódia e da medida de segurança.....	15
III - ANÁLISE DA ESTRUTURA DAS MEDIDAS DE SEGURANÇA ESTABELECIDAS NO CÓDIGO PENAL.....	18
III. I - Inimputabilidade.....	20
III. I. I - Semi-imputável.....	23
III.II - Prazo da medida de segurança: o critério da periculosidade.....	24
III. III - Incidente de insanidade mental.....	27
III. IV - Execução da medida de segurança.....	28
IV. MEDIDA DE SEGURANÇA, PENA E DIREITOS DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA.....	30
IV.I - Constituição.....	30
IV. I. I - Princípios constitucionais do direito penal.....	30
IV. I. I - Direito das Pessoas com Deficiência.....	32
IV. II - Direito Internacional.....	33
IV. II. I - Convenção da Pessoa com Deficiência.....	33

IV. II. II - Convenção Interamericana de Direitos Humanos.....	35
Artigo 24. Igualdade perante a lei.....	36
Todas as pessoas são iguais perante a lei. Por conseguinte, têm direito, sem discriminação, a igual proteção da lei.....	36
V - MOVIMENTO ANTIMANICOMIAL.....	38
V. I. Reino Unido.....	38
V. II. Itália.....	39
V. II. I - Lei 180.....	42
V. III - Organização Mundial da Saúde.....	42
VI - REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA.....	45
VI. I - Lei 10.215/2001 e Lei nº 10.702/2007.....	45
VI. II - Resolução nº 487 do CNJ.....	48
VII - A REALIDADE DOS HOSPITAIS DE CUSTÓDIA.....	53
V. I - Raça e classe social dos internados.....	53
V. II - Estrutura dos hospitais de custódia.....	56
VIII - PROPOSTA REFORMA DA MEDIDA DE SEGURANÇA.....	57
IX - CONCLUSÃO FINAL.....	65
X - BIBLIOGRAFIA.....	69

I – INTRODUÇÃO

O tratamento das pessoas com deficiência mental é tema delicado e permeado de preconceito e estigmas sociais.

A definição de “loucura” se modificou ao longo dos séculos. Na concepção de Foucault [1961]/(1993), a loucura não é sinônimo de doença mental, de uma patologia, mas sim é fruto de uma construção social, alterando-se conforme a época¹. Assim, afirma que a grande diferença da Idade Clássica é a expansão da ideia de loucura, atingindo uma massa indiferenciada de pessoas, como homossexuais, libertinos, suicidas. Ainda, é no século XVII que surge a internação dos considerados “loucos”, segregando-os, da mesma maneira que os europeus faziam com os leprosos na Idade Média.

Tal tradição da internação dos “loucos”, como assinalado por Foucault, teve grande impacto na abordagem que se adotou para lidar com esse grupo. Durante muito tempo, as pessoas consideradas “loucas” eram excluídas socialmente, relegadas a hospitais psiquiátricos em condições extremamente degradantes e tratamentos desumanos. Comuns eram os relatos de uso de eletrochoques, choque insulínico, camisa de força, além do emprego excessivo de medicamentos com alegado intuito terapêutico².

O caso mais emblemático a respeito do assunto é o Hospital Colônia, localizado em Barbacena, Minas Gerais. Tal hospital operou entre 1903 e 1980, sendo considerado o maior hospital psiquiátrico brasileiro da época. Nesse local, pessoas com deficiência, homossexuais, prostitutas, alcoólatras, entre outros indivíduos marginalizados eram internados à força, mesmo sem diagnóstico de doença mental, e eram submetidos a situações desumanas, com ausência de condições mínimas de higiene e práticas constantes de tortura. Entre as décadas de 1930 e 1980, foram registradas cerca de 60.000 mortes por fome, frio, doenças e pelo uso de choque [ARBEX, 2019, p. 230]³.

¹ FOUCAULT, Michel. História da loucura na Idade Clássica. 3. ed. São Paulo: Perspectiva, 1961-1993.

² GUIMARÃES, Andréa Noeremberg et al. Tratamento em saúde mental no modelo manicomial (1960 a 2000): histórias narradas por profissionais de enfermagem. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 22, p. 361-369, 2013. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/tce/a/Nqmhpijwx99tRHMv6fR8HLCc/?format=pdf&lang=pt>>

³ ARBEX, Daniela. **Holocausto brasileiro**. Editora Intrínseca, 2019.

Situação ainda mais complicada é a relação entre a criminalidade e as pessoas com deficiência mental. Historicamente, verifica-se que doenças mentais eram frequentemente relacionadas com o cometimento de crimes mais graves, como assassinatos. Essa relação é em grande medida herdada da Escola Positivista, que, sob o pretexto de analisar cientificamente os criminosos, identificando as características biológicas de um ser humano que o levariam inexoravelmente a cometer ilícitos, acabou por estigmatizar as pessoas com deficiência, sobretudo a deficiência mental.

Usualmente, pessoas que cometeram crimes considerados socialmente como mais repugnantes, como estupro de vulneráveis ou homicídio, são intituladas de “psicopatas”, ainda que não tenham sido diagnosticadas com tal patologia. Além disso, outras denominações, como “monstro” ou “aberração”, são corriqueiramente utilizadas, retirando, assim, a característica humana do criminoso, como maneira de justificar os delitos cometidos em razão de elementos inerentes a sua personalidade. Assim, no imaginário social, a criminalidade ainda está intimamente relacionada a aspectos biológicos ou psicológicos do agente.

Não obstante, a adoção, no Brasil, do critério de “periculosidade” para imposição de medida de segurança sobre pessoas com deficiência remonta em grande parte à ideia de punir o delinquente em razão de suas características psicológicas que levariam inexoravelmente à reincidência criminosa, em algo análogo ao criminoso nato de Lombroso.

Esse estigma contra as pessoas com deficiência se expressa fortemente nas decisões judiciais. Nesse sentido, tome-se como exemplo a decisão do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios no processo 0006862-85.2018.8.07.0001⁴:

FURTO. INIMPUTABILIDADE RECONHECIDA. ABSOLVIÇÃO IMPRÓPRIA. MEDIDA DE SEGURANÇA. PERICULOSIDADE. INTERNAÇÃO. 1. A medida de segurança tem natureza essencialmente preventiva e possui duas espécies: a detentiva (internação) e a restritiva (tratamento ambulatorial). 2. De acordo com o e. STJ, a escolha da medida de segurança a ser aplicada não está relacionada com a gravidade do delito, mas sim com a periculosidade do agente. 3. Constatada a gravíssima condição mental da apelante, correta a aplicação da medida de segurança

⁴ Distrito Federal. Tribunal de Justiça. Apelação criminal nº 0006862-85.2018.8.07.0001. Relator: J.J. COSTA CARVALHO. Data de Julgamento: 05/11/2020, 1ª Turma Criminal, Data de Publicação no PJe: 19/11/2020 . Pág.: Sem Página Cadastrada.

de internação, diante da finalidade preventiva do instituto. 4. Recurso conhecido e não provido.

Observe-se que tal tribunal toma como parâmetro para a imposição da medida de segurança a “gravíssima condição mental do apelante”. Nesse sentido, o inimputável é “apenado”, ainda que sem pena de prisão, mas com internação, não pelos atos cometidos, mas sim em razão de sua condição mental, caracterizando-se como capacitismo, além de remontar a um direito penal do autor.

À vista de tais problemas em relação ao tratamento jurídico das pessoas com deficiência que cometem ilícitos penais, o presente estudo analisa a medida de segurança e o hospital de custódia, do ponto de vista cronológico. Em um primeiro momento, examina-se a origem histórica de tais institutos e sua base teórica, a fim de verificar quais as ideologias fundamentaram sua criação. Nesse ponto, delimita-se a análise a partir do século XVIII, com a escola criminológica clássica e com o Iluminismo, pois é nesse período em que há uma maior racionalização e codificação do Direito Penal, aproximando-se do Direito Penal como conhecemos atualmente.

Então, centra-se na estrutura atual da medida de segurança, fundamentada na periculosidade, confrontando-a com os direitos humanos e constitucionais. Após, expõe-se sobre as mudanças de concepção sobre as pessoas com deficiência na psiquiatria e sua consequente alteração institucional. Postos os problemas teóricos da medida de segurança, apresenta-se as dificuldades concretas dos hospitais de custódia. Por fim, diante das incongruências apresentadas pela medida de segurança, propõe-se alterações a serem feitas de maneira a dirimir seus malefícios.

II - O TRATAMENTO DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA MENTAL AO LONGO DOS SÉCULOS

II. I - Escola clássica

A escola criminológica clássica trata o delito como resultado do livre-arbítrio do indivíduo, rejeitando, assim, o determinismo biológico em relação à prática do crime. Para essa vertente criminológica, não haveria uma distinção inata entre o criminoso e as demais pessoas.

Para Cesare Beccaria [1764]/(2012)⁵, por exemplo, a liberdade do indivíduo seria o próprio fundamento do direito de punir do Estado. Nesse sentido, a pena existiria para punir aquele que livremente escolheu delinquir, funcionando como uma espécie de retribuição, e também para evitar que novos crimes voltassem a acontecer, mostrando às demais pessoas, dotadas de livre-arbítrio, qual seria seu destino caso escolhesse cometer crimes. Sendo assim, mescla elementos da teoria retributiva da pena e da prevenção geral negativa.

A retribuição e a prevenção geral negativa também seriam o limite das penas. Logo, o condenado não poderia ser submetido a um mal maior do que causou. Ainda, para Beccaria, as penas não poderiam ser excessivamente cruéis, já que isso provocaria uma resistência da sociedade frente ao poder do “tirano”, prejudicando, assim, a função preventiva da pena.

Portanto, pela concepção de Beccaria, qualquer associação entre a criminalidade e doenças mentais seria uma contradição em termos: a própria noção de crime tem como pressuposto a liberdade de cada um. Então, caso se adotasse a visão de que determinadas características físicas e/ou mentais levariam a pessoa a delinquir, não seria possível apená-la, pois ela não teria escolha em cometer ou não o crime, prejudicando a função retributiva e preventiva da pena .

⁵ BECCARIA, Cesare. Dos Delitos e das Penas. 3ª ed. São Paulo: Edijur, 1764-2012.

II. II - Teoria da degeneração

A ideia da autodeterminação do indivíduo no cometimento de crimes é contestada pelo psiquiatra Benedict-Augustin Morel com sua teoria da degeneração.

Para Morel, determinadas “patologias” mentais levariam ao cometimento de atos perigosos, ressaltando, então, a relação entre doenças mentais e a periculosidade do indivíduo. Em suas palavras⁶:

A histeria, a epilepsia, a hipocondria e outras neuroses ou estados neuropatológicos provocam situações mentais particulares, e levam frequentemente os indivíduos à perpetração de atos perversos e perigosos que estão relacionados à natureza dessas doenças, com seu caráter eminentemente periódico, remitante e intermitente
MOREL, 1866, p. 3, tradução livre)

Tal afirmação se torna ainda mais grave quando se analisa a suposta origem de tais doenças. Na teoria de Morel, são cinco as origens da degeneração: a intoxicação, por metais ou pelo uso de drogas, como o álcool e ópio; meio social, como más condições de moradia e alimentação, profissões insalubres, miséria e “excesso venéreo” [Morel, 1857, p. 51]; temperamentos doentios, como melancolia e a histeria; deficiência moral e enfermidades congênitas ou adquiridas na infância.

Essa visão de Morel sobre as causas de neuropatologias é envolta de diversos preconceitos e contribui para a perpetuação de determinados estereótipos. Ao citar o meio social como uma das origens das doenças mentais, Morel acaba por estigmatizar a população mais pobre. O “excesso venéreo” mencionado impacta as mulheres que, naquela época, não se submetiam à imposição patriarcal do casamento e tinham relações sexuais com mais de um parceiro ao longo da vida, e os homossexuais, que eram entendidos como inferiores e “desviados”. A “deficiência moral” afeta as pessoas que questionavam a ordem social

⁶MOREL, Benedict- Augustin. *Traité des aliénés dans ses rapports avec la capacité civile et la responsabilité juridique des individus atteintes de diverses affections aiguës ou chroniques du système nerveux*. Paris: Atlas de XII Planches, 1866, p.3.

estabelecida e buscavam mudanças, bem como àqueles que não optavam por professar a fé cristã.

Ainda, para Morel, as neuropatologias tinham um impacto na aparência do indivíduo. Aspectos como cabeça com saliência frontal, microcefalia, a depressão do crânio com achatamento lateral e a assimetria entre as orelhas seriam indicativos de “ausência ou enfraquecimento acentuado das faculdades intelectuais” [Morel, 1857, p. 6, tradução livre]⁷, rotulando pessoas com tais características.

O autor ressalta em suas obras a hereditariedade das neuropatologias, sendo que essas tenderiam a se agravar a cada geração. Isso prejudicou não só as pessoas com doenças mentais, que eram desencorajadas a constituir sua própria família para não transmitir a doença, como também os descendentes de tais pessoas, censurando seus filhos desde a infância.

Por fim, Morel propõe formas de tratar tais doenças, salientando-se a moralização das massas para evitar que surjam novos doentes, sobretudo de escravizados e operários, o “sequestro” dos indivíduos nocivos e a modificação das condições intelectuais, físicas e morais [Morel, 1857, p. 686-691].

II. II - Escola positiva

Ao contrário da escola clássica, a escola positiva relativiza o livre-arbítrio do indivíduo, considerando as influências biológicas, sociais e culturais. Tal escola é dividida em três vertentes: antropológica, social e jurídica

⁷ MOREL, Benedict-Augustin. *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine et des causes qui produisent ces variétés malades* Paris: Baillière. 1857.

II. II. I - Vertente Antropológica

Cesare Lombroso [1876]/(2013) centra seus estudos na conformação física e biológica do criminoso. Lombroso (1876, p. 133/134)⁸, em seu livro “Homem Delinquente”, diferencia os criminosos natos dos criminosos de ocasião. Enquanto estes estariam envolvidos em circunstâncias que os levariam a delinquir em um momento específico, aqueles teriam características intrínsecas que tornaram a delinquência algo habitual e reincidente. Analisando o criminoso nato, Lombroso conclui que pessoas que transgridem a lei possuem “inteligência defeituosa”:

Embora a lesão mais importante dos delinqüentes esteja no sentimento, e pela correlação que passa entre todas as funções como entre todas as partes do sistema nervoso (e vimos como é frágil também a mobilidade), também a inteligência apresenta neles anomalias sugestivas. Se se pudesse extrair uma média da potência intelectual dos delinqüentes com a segurança com que se obtém da medida do crânio, creio que se chegaria a igual resultado, ou seja, encontrar-se-ia uma média inferior ao normal.

Nicholson calcula 655 por 1.000 os débeis de mente entre os ladrões; 165 por 1.000 entre os homicidas; 125 entre os incendiários, e 45 por 1.000 entre os estupradores. Não é sem razão que quase todos, como pretende Thompson, sejam de escasso intelecto, ou dementes, ou imbecis (eles que se tornam dementes em 2% e imbecis em 12%), mas em todos, também nos criminosos geniais, há um lado no qual a inteligência é defeituosa. [LOMBROSO, 1876, p. 22)

Logo, o positivista italiano faz associação direta entre a criminalidade nata e a deficiência intelectual. Como os delinquentes natos inevitavelmente cometeriam crimes e como não haveria forma de reverter tal característica, Lombroso⁹ propunha que esses fossem colocados, desde jovens e perpetuamente, em manicômios judiciais:

⁸ LOMBROSO, Cesare. O Homem Delinquente. São Paulo: Ícone, 1876-2013, p.22

⁹ Ibidem, p. 86

Se com Bargoni, com Benelli, com Roussel, com Barzillai e com Ferri encontramos censuráveis casos de correção, que com triste discussão poder-se-ia dizer de oficial correção, acreditamos que seria de enorme vanta; gem do país, em vez do manicômio criminal, melhor ainda seria uma casa de abrigo perpétuo de menores afetados pelas tenazes tendências criminosas e da demência moral.

Para esses, o manicômio criminal torna-se útil quase tanto e mais do que nos adultos, pois sufoca no nascimento os efeitos das tendências que não levamos em consideração a não ser quando se tornam fatais. [LOMBROSO, 1876, p. 86]

II. II. II. - Vertente social

A vertente social da escola positivista tem como representante principal Enrico Ferri. O autor analisa não só as influências biológicas no comportamento criminoso, como o faz Lombroso, mas inclui em seus estudos o impacto social sobre o indivíduo.

Ferri [1892]/(1917) identifica quatro tipos de delinquentes: nato, marcado por sua atrofia moral; louco, que combina patologias mentais e a atrofia moral; habitual, que pode ser alguém com uma “aberração mental” [Ferri, 1892, p. 26]¹⁰, com tendências criminosas manifestadas desde o nascimento ou um indivíduo que é produto de seu ambiente físico ou social; e ocasional, que representa menor perigo.

Ainda, Ferri afirma que, como o crime é “resultado de condições anormais do indivíduos e do ambiente físico e social” [Ferri, 1892, p. 138, tradução livre]¹¹, ele deve ser sempre tratado como uma questão de “defesa social”. Logo, como o crime é sempre resultado de alguma anomalia, seja ela resultante de fatores biológicos ou sociais, é necessário que o criminoso permaneça encarcerado até que não represente mais perigo para a sociedade.

Dessa maneira, Ferri se opõe a um direito penal do fato e à culpabilidade, propondo um sistema de penas indeterminadas, sem máximo ou mínimo. Quando a simples reparação do dano não fosse suficiente, o juiz deveria determinar sua prisão, separando os criminosos em “asilos de lunáticos” - o atual manicômio judicial -, prisão para os incorrigíveis ou estabelecimentos para criminosos ocasionais, a depender de sua natureza. A execução da pena

¹⁰ FERRI, Enrico. **Criminal sociology**. Little, Brown, 1917.

¹¹ Ibidem

deveria ser acompanhada por especialistas em antropologia criminal, pelo magistrado e pelo Ministério Público (“Public Prosecutor”), de forma a fazer cessar a pena quando essa se tornasse excessiva. Por fim, a liberdade provisória deveria ser concedida de acordo com a readaptação do indivíduo à sociedade, devendo ser negada a loucos criminosos e criminosos natos, pois esses não seriam passíveis de ressocialização [Ferri, 1892, p. 127-129]¹².

Assim, Ferri perpetua o problema da teoria de Lombroso ao associar doenças mentais ao cometimento de crime, adicionando os critérios sociais e físicos na conformação do criminoso. Sua teoria também adota um direito penal do autor, punindo as pessoas com doenças mentais por suas patologias e não por seus atos. Em último lugar, o critério de defesa social e de inexistência de penas indeterminadas foi o que inspirou nosso sistema atual de medida de segurança, que não possui pena máxima e se baseia na periculosidade do indivíduo.

II. II. III - Vertente jurídica

A vertente jurídica desenvolvida por Raffaele Garofalo, assim como Lombroso, acreditava no determinismo biológico do indivíduo.

Para Garofalo [1893]/(1997), além de influenciado pelas suas características físicas, o ser humano também herdaria instintos morais de sua raça. Nesse sentido, cada “raça” - leia-se, povo - teria seu próprio senso de moralidade e isso seria hereditariamente passado dentro das pessoas dessa raça. No entanto, alguns sentimentos morais estariam presentes na maior parte das raças humanas, a saber, a piedade e a probidade. A violação a esses sentimentos é o que caracterizaria o “delito natural”.

O autor identifica raças em que tais sentimentos não estariam presentes, classificando-as como menos desenvolvidas ou “degeneradas”. Cita como exemplo de tais raças “os Fidjanos, os Neozelandeses, os Australianos e alguns poucos povos do centro da África” [Garofalo, 1893, p. 26].¹³

¹² Ibidem

¹³ GAROFALO, Raffaele. Criminologia. Campinas: Péritas Editora e Distribuidora Ltda, 1893-1997.

Logo, Garofalo inferioriza determinados povos, analisando-os com base em sua cultura e em sua moralidade. Ainda, ao afirmar que a moralidade é passada hereditariamente, conclui que todos os integrantes dos povos inferiores são degenerados, inferindo que existe um determinismo étnico no cometimento de certos delitos, o que torna sua teoria racista e etnocêntrica. Tal determinismo étnico contribui para fragilizar ainda mais povos vulneráveis, como os povos indígenas e os povos africanos.

II. II. IV - Escola Positivista no Brasil

Tais teorias deterministas produziram efeitos no Brasil no Brasil, influenciando diversos médicos e criminólogos em suas pesquisas. De maneira ainda mais grave, Raimundo Nina Rodrigues [1899]/(2008)¹⁴, médico psiquiatra do século XIX, analisando a cidade Serrinha, na Bahia, onde predominava a população preta e parda, relaciona a degeneração psíquica à população mestiça e ao crime. Em tal estudo alegadamente científico, Nina Rodrigues chega à conclusão de que a população que denomina de “mestiça” ou “mista” tem maior propensão à “degenerescência física e psíquica”, além de afirmar que tal parcela social é marcadamente violenta e impulsiva, o que associado à degenerescência citada a torna propícia à criminalidade. Nas palavras do médico:

A tendência à degenerescência é, ao contrário, tão acentuada aqui quanto poderia ser num povo decadente e esgotado. A propensão às doenças mentais, às afecções graves do sistema nervoso, à degenerescência física e psíquica é das mais acentuadas. (...)

A criminalidade dos povos mestiços ou de população mista como a do Brasil é do tipo violento: é um fato que nos parece suficientemente demonstrado.

A impulsividade das raças inferiores representa certamente um fator de primeira ordem nesse tipo de sua criminalidade, mas se compreende facilmente que a impulsividade criminal pode ser e será em grande parte uma simples manifestação da anomalia que faz com que os criminosos sejam seres que não podem se adaptar,

¹⁴RODRIGUES, Nina. Mestiçagem, degenerescência e crime. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 15, p. 1151-1180, 2008.

se acomodar ao seu meio social, refratários que são à norma social sob a qual deveriam viver.

Essa anomalia é uma verdadeira equivalência de outras formas de degeneração com as quais o crime pode, segundo o caso, se aliar ou se alternar na mesma família. [NINA RODRIGUES, 1899, p. 1.155]

Tal determinismo biológico do criminoso é, em grande medida, umas das características centrais da Escola Positivista e da mentalidade do século XIX. Ainda que tal visão determinista da criminalidade tenha sido cientificamente superada, ela ainda produz efeitos marcantes no senso comum e, principalmente, em nosso sistema judiciário e tem impacto direto no tratamento das pessoas pretas e pardas, como se verá no capítulo VII.

II. III - Surgimento dos hospitais de custódia e da medida de segurança

Conforme assinala Carrara [1998, p. 227]¹⁵, até o final do século XIX, não haviam estabelecimentos especiais destinados aos “loucos-criminosos”. Em geral, esses eram submetidos a prisões comuns, juntamente com os demais aprisionados. Em alguns países, como França e Estados Unidos, foram criados anexos especiais dentro das penitenciárias para acomodar os “loucos-criminosos”. O primeiro hospital de custódia registrado remonta a Broadmoor, na Inglaterra, em 1870, destinado exclusivamente a esses indivíduos.

No Brasil, tanto no Código Criminal do Império, de 1830, quanto no Código Criminal de 1890, os “loucos” não eram considerados criminosos, pela ausência de culpabilidade, podendo ser entregues a suas famílias ou recolhidos em “casas para eles destinadas”, como cita o primeiro Código, ou em “hospitais de alienados”, como dispõe o segundo. No Código de 1830, a escolha pela internação ou não do doente mental cabia exclusivamente ao juiz, que deveria decidir com base na conveniência. O Código Republicano, por sua vez, adota um outro parâmetro para a internação: a segurança pública. Assim, introduz-se, com o Código de 1890, a ideia de perigo social para restrição da liberdade da pessoa com deficiência mental, o

¹⁵ CARRARA, Sérgio. Crime e loucura: o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século. In: **Crime e loucura: o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século**. 1998. p. 227-227.

que será reproduzido com o critério de “periculosidade” disposto no nosso Código Penal atual.

Ambos os Códigos citados fazem referência à internação do “louco-criminoso” em hospitais psiquiátricos comuns ou, ainda, em penitenciárias comuns, não havendo menção a hospitais judiciários. A primeira lei a tratar especificamente sobre o assunto é o Decreto número 1132, de 1903, determinando que os Estados construíssem “manicômios criminais” e, enquanto esses não estivessem finalizados, os “condenados alienados” deveriam permanecer em pavilhões especiais dos “asilos públicos” (art. 11), ou seja, das prisões.

É a partir dessa lei que se idealiza o primeiro hospital de custódia do Brasil: a Seção Lombroso do Hospício Nacional de Alienados do Rio de Janeiro, posteriormente conhecido como “Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro”, inaugurado em 1921.

Segundo relata Carrara [1998, p. 128-130], a ideia da construção do Manicômio Judiciário surgiu com o assassinato, em 1896, de Berlamino Brasiliense Pessoa de Melo, o qual tinha ocupado diversos cargos importantes durante o período do Brasil Império. Seu algoz, Custódio Alves Serrão, era um jovem de 21 anos, considerado por muitos como louco, com mania de perseguição. Após o crime, Custódio foi considerado “alienado” e encaminhado ao Hospital Nacional de Alienados. Na avaliação médica, levou-se em consideração o temperamento “nervoso” de seus pais e avós e o fato de seu irmão, Augusto, já estar internado em tal Hospital à época do crime. Assim, os médicos adotaram a teoria da degeneração de Morel, considerando que as neuropatologias seriam hereditárias e estigmatizando toda a família. Depois de um mês de internação, Custódio fugiu do Hospital e fez uma série de denúncias a respeito das condições insalubres do Hospital, afirmando que a alimentação era insuficiente e as acomodações não eram adequadas.

Em virtude de tal incidente com Custódio, Teixeira Brandão, inspetor geral da Assistência a Alienados do Hospital, enviou ofício ao Ministro da Justiça, requerendo que os “alienados criminosos” fossem retirados do Hospital. A seu ver, deveria haver uma separação entre os “alienados criminosos” - considerados degenerados, naturalmente perversos e causadores da desordem - e os demais “alienados”, menos perigosos [Carrara, 1998, p. 148-153]. Tal separação se baseava fortemente nas teorias de Lombroso e Ferri sobre o criminoso nato, que representaria grande ameaça para a sociedade e também visava um isolamento maior dos “loucos-criminosos”.

É a partir desse posicionamento de Brandão que se começa a pensar os manicômios judiciários. Tal ideia é reforçada por alguns médicos, como Juliano Moreira, até que, em 1903, edita-se o Decreto nº 1132, que determina a construção de tais instalações em todos os Estados. Posteriormente, em 1921, cria-se no Hospital Nacional dos Alienados a ala específica para abrigar os “alienados criminosos”.

A localização do Hospício Nacional de Alienados do Rio de Janeiro e, conseqüentemente, da Seção Lombroso de tal Hospital, que é considerada o primeiro manicômio judiciário do Brasil, em muito reflete o tratamento social dado às pessoas com deficiência. A respeito desse Hospital, destacam Faria e Santos [2014]¹⁶:

O referido hospício foi inaugurado em 1852, situado próximo à Praia de Botafogo, entre a Praia Vermelha e o Pão de Açúcar, na época um lugar afastado, de difícil acesso ao centro urbano do Rio de Janeiro, sendo parte de uma estratégia para controlar a ordem e a paz social de uma sociedade rural pré-capitalista. [FARIA, SANTOS; 2014; p. 519]

Logo, evidente que o Hospital mencionado, bem como o manicômio judiciário, foram construídos em locais afastados, de maneira a isolar os internados, para que esses não se tornassem um problema para a sociedade. Assim, rompiam-se os laços sociais da pessoa com doença mental, prejudicando seu tratamento terapêutico, em prol de uma alegada “paz social”.

Portanto, é evidente que os manicômios judiciários surgiram no Brasil com base nas teorias positivistas de relação entre a criminalidade e as doenças mentais, sobretudo a partir da noção de “criminoso nato”. No mais, tais manicômios foram elaborados com o intuito de excluir os pacientes e não de tratá-los, de forma com que eles não representassem um perigo social. Tal estruturação de segregação e isolamento ainda se mantém nos dias atuais, o que prejudica a recuperação do indivíduo, já que a psiquiatria moderna prega por terapias realizadas no seio do ambiente familiar.

¹⁶ SANTOS, Ana Luiza Gonçalves dos; FARIAS, Francisco Ramos de. Criação e extinção do primeiro Manicômio Judiciário do Brasil. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 17, p. 515-527, 2014.

III - ANÁLISE DA ESTRUTURA DAS MEDIDAS DE SEGURANÇA ESTABELECIDAS NO CÓDIGO PENAL

O Código Penal de 1940 consolidou as medidas de segurança, com internação do indivíduo quando comprovada a prática de delito e a periculosidade do agente (art. 76)¹⁷. Não obstante, tal Código previa a presunção de periculosidade, como, por exemplo, no caso de “condenados por crime cometido em estado de embriaguez pelo álcool ou substância de efeitos análogos, se habitual a embriaguez”, “reincidentes em crime doloso” e “condenados por crime que hajam cometido como filiados a associação, bando ou quadrilha de malfeitores” (art. 78)¹⁸. Essa presunção de periculosidade contraria a individualização das penas e a necessidade de cada indivíduo, além de ferir o “ne bis in idem”, isto é, ninguém deve ser punido pelo mesmo fato duas vezes. Por fim, era possível nesse sistema a cumulação entre a pena de prisão e a internação, prevendo que a medida de segurança seria executada depois de cumprida a pena de prisão, no caso dos inimputáveis considerados como perigosos, ou, no caso de absolvição dos inimputáveis, depois do trânsito em julgado da sentença (Art. 82)¹⁹.

Após a Reforma do Código Penal em 1984, o sistema de cumulação das penas foi substituído pelo que Juarez Cirino dos Santos determina como “sistema dualista alternativo”

¹⁷ Art. 76. A aplicação da medida de segurança pressupõe:

I - a prática de fato previsto como crime;

II - a periculosidade do agente.

Parágrafo único. A medida de segurança é também aplicável nos casos dos arts. 14 e 27, se ocorre a condição do n. II.

¹⁸ Art. 78. Presumem-se perigosos:

I aqueles que, nos termos do art. 22, são isentos de pena;

II - os referidos no parágrafo único do artigo 22;

III - os condenados por crime cometido em estado de embriaguez pelo álcool ou substância de efeitos análogos, se habitual a embriaguez;

IV - os reincidentes em crime doloso;

V - os condenados por crime que hajam cometido como filiados a associação, bando ou quadrilha de malfeitores.

¹⁹ Art. 82. Executam-se as medidas de segurança:

I - depois de cumprida a pena privativa de liberdade;

II - no caso de absolvição, ou de condenação a pena de multa, depois de passada em julgado a sentença.

§ 1º A execução da medida de segurança é suspensa, quando o indivíduo tem de cumprir pena privativa de liberdade.

§ 2º A execução da medida de segurança detentiva precede a da medida de segurança não detentiva.

[SANTOS, 2005, p. 191]²⁰. No nosso modelo atual, as medidas de segurança são aplicadas exclusivamente aos inimputáveis e não podem ser cumuladas com a pena de prisão.

Atualmente, a medida de segurança está prevista no artigo 96 do Código Penal²¹ e inclui duas modalidades: a internação em hospital de custódia e o tratamento ambulatorial.

A internação em hospital de custódia é medida mais gravosa, a qual retira o inimputável de seu convívio social para colocá-lo em estabelecimento psiquiátrico estatal, enquanto o tratamento ambulatorial é o acompanhamento profissional realizado com o paciente mantido em seu contexto, sem privação de sua liberdade.

A determinação do tipo de medida de segurança imposta é preciso avaliar a pena prevista para o delito cometido, nos termos do artigo 97 do diploma penal brasileiro²²: enquanto a internação é aplicada em casos que a lei preveja pena de reclusão, o tratamento ambulatorial deve ser determinado pelo juiz na hipótese de pena de detenção. Como se verá posteriormente, a Resolução nº 487 do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) alterou o critério de escolha entre a internação e tratamento ambulatorial para o tratamento mais adequado para a pessoa acusada, “considerados a avaliação biopsicossocial, outros exames eventualmente realizados na fase instrutória e os cuidados a serem prestados em meio aberto”.

No entanto, a previsão legal de distinção entre a internação e o tratamento ambulatorial com base na pena prevista para o delito ser de reclusão ou detenção revela o caráter de pena da medida de segurança e se mostra uma contradição. Se a finalidade da medida de segurança é tratar o inimputável até que cesse sua periculosidade, a preferência pela internação ou tratamento ambulatorial não deve ser feita em abstrato, mas sim deve ser determinada de acordo com as necessidades de cada indivíduo. Assim, fica evidente que o intuito da medida de segurança não é recuperar o inimputável e sim puni-lo por seus atos, mas

²⁰ SANTOS, Juarez Cirino dos. Teoria da Pena: fundamentos políticos e aplicação judicial. Rio de Janeiro, 2005, p. 191.

²¹ Art. 96. As medidas de segurança são:

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

II - sujeição a tratamento ambulatorial.

²² Art. 97 - Se o agente for inimputável, o juiz determinará sua internação (art. 26). Se, todavia, o fato previsto como crime for punível com detenção, poderá o juiz submetê-lo a tratamento ambulatorial

sem as garantias que a pena privativa de liberdade possui, como o prazo máximo, que se analisará a seguir.

III. I - Inimputabilidade

Conforme o artigo 97 do Código Penal determina, a condição para que a medida de segurança seja aplicada é a inimputabilidade do agente.

A inimputabilidade está prevista no artigo 26 do mesmo Código:

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

Como se observa, o critério fundamental para que alguém seja considerado inimputável é a existência de uma doença mental, sua percepção da realidade e a possibilidade de autodeterminação a partir dela.

Sobre o critério da doença mental, tal denominação se encontra superada pela psiquiatria, uma vez que implica em alterações físicas no cérebro, mas nem sempre as psicopatologias apresentam modificação anatômica. Assim, a terminologia adotada atualmente é “transtornos mentais”²³. Logo, o termo “doença mental” deve ser interpretado de maneira ampla, de forma a abranger situações em que não há alterações no cérebro, como na psicopatia e na sociopatia.

Por sua vez, o desenvolvimento mental incompleto está relacionado à oligofrenia, que pode apresentar diferentes graus. Para Zaffaroni, Batista, Alagia e Slokar, nos casos mais severos de oligofrenia, em que há “incapacidade psíquica do delito” e “o sujeito não consegue

²³ DALGALARRONDO, Paulo. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. Artmed Editora, 2018., p.16

aprender a falar ou o faz muito dificultosamente”, não se trata de exclusão da culpabilidade do delito, mas sim de ilicitude, pois não existe qualquer vontade delitiva²⁴.

Sobre o “desenvolvimento mental retardado”, o termo não é mais utilizado na psiquiatria, já que abrange indivíduos sem transtornos mentais, mas que tenham sua capacidade de compreensão da realidade alterada, como surdos e silvícolas não adaptados [DIAS; OLIVEIRA, 2018].

Não obstante, não basta a mera existência do transtorno mental ou do desenvolvimento mental incompleto, já que isso seria inferir que toda pessoa com transtorno mental é incapaz de fazer suas escolhas de forma consciente. É preciso que o indivíduo com alguma psicopatologia não seja capaz de compreender o caráter ilícito de sua conduta no momento em que a pratica. Sendo assim, nosso Código adotou um critério psico-normativo: “a lei não classifica os seres humanos em loucos de competência médica e lúcidos de competência judicial, mas sim em pessoas às quais no momento do fato pode se exigir – ou não – a conduta conforme ao direito” [ZAFFARONI et al, 2015, p. 141-154] ²⁵.

De acordo com o conceito analítico do crime, o delito é composto por um fato típico, antijurídico e culpável²⁶.

De acordo com o conceito analítico, a tipicidade diz respeito tanto ao aspecto formal da ação, isto é, se a conduta realizada pelo agente preenche os elementos trazidos pelo tipo penal, incluindo aspectos subjetivos, como a presença de dolo ou culpa, quanto ao aspecto material do delito, ou seja, se a ação ou omissão analisada feriu os bens jurídicos que o tipo penal tutela. Caso algum desses requisitos não esteja presente, não há tipicidade, e, conseqüentemente, não há crime. Na posição citada de Zaffaroni, Batista, Alagia e Slokar, nos casos mais graves de oligofrenia, os elementos subjetivos do tipo não seriam preenchidos, uma vez que a vontade do agente sequer existiria.

²⁴ ZAFFARONI, Eugenio Raúl et al. Inimputabilidade e semi-imputabilidade por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado. **Revista EPOS**, v. 6, n. 2, p. 141-154, 2015.

²⁵ Ibidem.

²⁶ BITENCOURT, Cezar Roberto. **Tratado de direito penal - Parte geral**. Saraiva Educação, v. 1, 26ª edição, 2020.

A ilicitude, por sua vez, analisa se a conduta típica é contrária ao direito, já que, em alguns casos, ainda que tal conduta se enquadre em determinado tipo penal, é possível que ela seja autorizada pelo ordenamento por ter como finalidade a proteção de outro bem jurídico relevante. Nos termos do artigo 23 do Código Penal, as causas de exclusão de ilicitude são: a legítima defesa, o estado de necessidade, o estrito cumprimento de dever legal ou o exercício regular de direito.

Por fim, afirma-se que a culpabilidade é o fundamento e o limite da pena. Pela teoria normativa da culpabilidade, não basta o sujeito agir com dolo ou com culpa, mas ele também precisa ter a consciência da ilicitude e a capacidade de se autodeterminar. Sendo assim, para que haja culpabilidade, três elementos devem ser cumpridos: a imputabilidade do agente, a possibilidade de conhecimento da ilicitude e a exigência de conduta diversa. A imputabilidade está relacionada à capacidade do agente de entender o que é certo e o que é errado e, a partir de tal compreensão, autodeterminar-se. A possibilidade de conhecimento da ilicitude analisa, no caso concreto, se o sujeito poderia ter consciência da proibição de sua conduta. Por último, sobre a exigibilidade de conduta diversa, Bitencourt discorre²⁷:

O Direito exige, geralmente, do sujeito imputável, isto é, daquele que pode conhecer a antijuridicidade do seu ato, que tome sua resolução de vontade conforme com esse conhecimento possível. Porém, reconhecia Welzel, existem situações extraordinárias que diminuem drasticamente a motivação para atuar conforme a norma, de tal forma que não é exigida uma conduta adequada ao Direito, ainda que se trate de sujeito imputável e que realize dita conduta com conhecimento da antijuridicidade que lhe é própria. Nessas circunstâncias, ocorre o que se chama de inexigibilidade de outra conduta, que afasta o terceiro elemento da culpabilidade, eliminando-a, consequentemente. [BITENCOURT, 2020, p. 478]

A inimputabilidade retira o critério da culpabilidade na teoria do delito. A teoria do delito, segundo Cezar Roberto Bitencourt (2020, p. 277)²⁸, visa estabelecer os requisitos de uma ação penalmente punível. O conceito analítico do delito é o mais comumente adotado e

²⁷ Ibidem.

²⁸ BITENCOURT, Cezar Roberto. **Tratado de direito penal - Parte geral**. Saraiva Educação, v. 1, 26ª edição, 2020.

engloba o comportamento típico, ilícito - também denominado por alguns autores de “antijurídico” - e culpável.

Nesse sentido, no âmbito da teoria do delito, os requisitos devem ser analisados na seguinte ordem: tipicidade, antijuridicidade e culpabilidade. Isto quer dizer que, por exemplo, caso os elementos da tipicidade não sejam preenchidos, a antijuridicidade e a culpabilidade sequer precisam ser analisados, pois a atipicidade já afasta a existência do delito, como no caso de oligofrenia severa. Logo, a culpabilidade somente será analisada se estiverem presentes a tipicidade e a antijuridicidade.

Portanto, a discussão da inimputabilidade e, conseqüentemente, da periculosidade somente ganha relevância quando a tipicidade formal e material estiverem demonstradas e quando não houver causa que afaste a ilicitude do delito. Em suma, a inimputabilidade do agente e a apreciação de sua culpabilidade devem sempre ser acompanhadas do exame da tipicidade e antijuridicidade, com averiguação de autoria, afetação do bem jurídico, entre outros, não se podendo impor medida de segurança ao agente somente por seu transtorno mental.

Ainda, como afirma Salo de Carvalho (2015, p. 525)²⁹, a ideia de ausência de responsabilidade em razão de transtorno mental está na contramão da Lei da Reforma Psiquiátrica, que visa conferir maior autonomia ao deficiente no controle de sua vida. Nesse sentido, os inimputáveis teriam liberdade na tomada de decisões, mas a reprovação de sua conduta seria mitigada pela existência do transtorno mental que lhe acomete.

III. I. I - Semi-imputável

Além da figura do inimputável, a lei prevê também o semi-imputável, o qual “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

²⁹ CARVALHO, Salo de. **Penas e medidas de segurança no direito penal brasileiro**. Saraiva Educação SA, 2020.

de acordo com esse entendimento” (art. 26, parágrafo único do Código Penal)³⁰. Nesse caso, a pena do agente é reduzida de um a dois terços.

Interessante ressaltar a diferença entre o inimputável e o semi-imputável: enquanto o inimputável é aquele “inteiramente incapaz” de entender a ilicitude do fato ou de se autodeterminar, o semi-imputável “não é inteiramente capaz”. Destarte, enquanto o inimputável tem uma percepção totalmente errônea da realidade ou não consegue se autodeterminar de maneira alguma, o semi-imputável compreende a realidade de maneira relativamente alterada ou sua capacidade autodeterminação é reduzida, mas não inexistente.

A distinção entre esses dois casos é muito tênue, ficando a cargo da equipe médica responsável determinar se o indivíduo será considerado inimputável ou semi-imputável.

No caso do semi-imputável, também é possível a imposição de medida de segurança no caso de o inimputável necessitar de “especial tratamento curativo” (art. 98 do Código Penal)³¹, seguindo as mesmas regras que a medida de segurança para o inimputável. Nota-se que a discricionariedade do juiz nesse caso é ainda maior, já que o juiz pode optar entre impor a pena privativa de liberdade ou a medida de segurança, a depender das condições do acusado. Por outro lado, como falta ao juiz conhecimentos técnicos para apurar a saúde mental do indivíduo, é preciso que sua decisão seja respaldada em laudos médicos e conclusões de especialistas.

III.II - Prazo da medida de segurança: o critério da periculosidade

Além da tipicidade, antijuridicidade e inimputabilidade do agente, outra condição para imposição da medida de segurança, seja na modalidade de internação ou tratamento ambulatorial, é a periculosidade do agente.

³⁰ 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.

³¹ Art. 98 - Na hipótese do parágrafo único do art. 26 deste Código e necessitando o condenado de especial tratamento curativo, a pena privativa de liberdade pode ser substituída pela internação, ou tratamento ambulatorial, pelo prazo mínimo de 1 (um) a 3 (três) anos, nos termos do artigo anterior e respectivos §§ 1º a 4º.

Dispõe o artigo 97, parágrafo 1º do Código Penal³² que a medida de segurança deve ser imposta por tempo indeterminado, até que perícia médica demonstre a cessação de periculosidade do paciente. Ainda, o mesmo dispositivo determina que o prazo mínimo para internação ou tratamento ambulatorial é de um a três anos.

Portanto, com base na leitura estrita do texto legal, a periculosidade do sujeito só deve ser levada em consideração para o prazo máximo da medida de segurança, enquanto o tempo mínimo é estabelecido previamente pela lei.

A periculosidade é definida por Bitencourt (2020, p. 956)³³ como “um estado subjetivo mais ou menos duradouro de antissociabilidade. É um juízo de probabilidade - tendo por base a conduta antissocial e a anomalia psíquica do agente - de que este voltará a delinquir”.

A despeito da tentativa de conceituação jurídica da periculosidade, essa deve ser avaliada concretamente por profissional especializado. No entanto, a definição de periculosidade não é precisa, como afirma Karam (2002, p. 9)³⁴:

A ideia de ‘periculosidade’ não se traduz por qualquer dado objetivo, ninguém podendo, concretamente, demonstrar que A ou B, psiquicamente capaz ou incapaz, vá ou não realizar uma conduta ilícita no futuro. Já por isso, tal ideia se mostra incompatível com a precisão que o princípio da legalidade, constitucionalmente expresso, exige de qualquer conceito normativo, especialmente em matéria penal. A ‘periculosidade’ do imputável é uma presunção, que não passa de uma ficção, baseada no preconceito de identificar o ‘louco’ - ou quem quer que apareça como ‘diferente’ - como perigoso [KARAM, 2012, p.9]

Esse critério, baseado na potencialidade de cometimento de delitos, em muito assemelha-se a um direito penal do autor, punindo-se o paciente em razão de seu transtorno mental. Ainda, há um grau elevado de determinismo, já que, pela periculosidade, os pacientes

³²Código Penal, Art. 97, § 1º - A internação, ou tratamento ambulatorial, será por tempo indeterminado, perdurando enquanto não for averiguada, mediante perícia médica, a cessação de periculosidade. O prazo mínimo deverá ser de 1 (um) a 3 (três) anos

³³ BITENCOURT, Cezar Roberto. **Tratado de direito penal - Parte geral**. Saraiva Educação, v. 1, 26ª edição, 2020.

³⁴ KARAM, Maria Lúcia. *Punição do Enfermo Mental e Violação da Dignidade*, p. 9.

com problemas mentais e psicológicos severos seriam levados, inexoravelmente, à reincidência.

Não obstante, há um alto grau de discricionariedade por parte da equipe médica em determinar se o indivíduo é ou não considerado perigoso, o que abre margem para abusos e reprodução de preconceitos por parte dos médicos.

Assim, o parâmetro de periculosidade se mostra retrógrado e em desacordo com as correntes mais recentes da psiquiatria e da psicologia, que visa conferir maior independência à pessoa com transtorno mental e afastando-se do determinismo.

No mais, destaca-se que o Código Penal não estabelece tempo máximo para a imposição da medida de segurança, devendo o indivíduo ficar internado ou em tratamento ambulatorial enquanto durar sua periculosidade, possuindo caráter perpétuo.

Para dirimir tal caráter, as cortes superiores já limitaram temporalmente a medida de segurança em duas ocasiões. Em 2005, no Habeas Corpus 84.219³⁵, entendeu o Supremo Tribunal Federal que a inexistência de um prazo máximo para a medida de segurança contrariava a proibição de penas perpétuas, devendo, portanto, ser limitada ao período máximo de 30 anos, que era o tempo máximo para cumprimento da pena privativa de liberdade à época - hoje, tal limite passou para 40 anos, com a alteração introduzida pelo Pacote Anticrime no art. 75 do Código Penal. Seguindo a mesma linha, em 2015 o Superior Tribunal de Justiça editou a Súmula 527³⁶, que dispõe: “O tempo de duração da medida de segurança não deve ultrapassar o limite máximo da pena abstratamente cominada ao delito praticado”. Tal Súmula não é vinculante, mas uniformiza o entendimento da Corte a respeito do tema.

Logo, pela análise conjunta do Código Penal com a jurisprudência, a medida de segurança deve ser imposta enquanto perdurar a periculosidade, respeitados o prazo mínimo de 1 a 3 anos e o prazo máximo previsto abstratamente ao delito praticado, não podendo, em nenhuma hipótese, ultrapassar o limite de 40 anos aplicado à pena privativa de liberdade.

³⁵ BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Habeas-corpus nº 84.219 de São Paulo. Brasília, DF, 16 de agosto de 2005.

³⁶ BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Súmula nº 527. Data de publicação: 18 maio de 2015.

III. III - Incidente de insanidade mental

Verificado que o acusado é acometido por transtorno mental, deve-se instaurar o incidente de insanidade mental. Tal incidente pode ser instaurado, inclusive na fase de inquérito policial, de ofício pelo juiz ou a requerimento do Ministério Público, do defensor, do curador, do ascendente, descendente, irmão ou cônjuge do acusado, nos termos do artigo 149 do Código de Processo Penal³⁷.

Instaurado o incidente em autos apartados, o processo principal fica suspenso a fim de se realizar os exames médicos e é nomeado curador ao acusado. Para a realização de tais exames, o acusado preso deve ser internado em hospital de custódia e, caso esteja solto, deve ser internado em estabelecimento designado pelo juiz se os peritos requererem. Tal exame não pode durar mais do que 45 (quarenta e cinco) dias, conforme o art. 150, parágrafo 1º do CPP.

Sendo verificada a “insanidade mental” do indivíduo no exame médico, há duas possibilidades para o seguimento do processo. A primeira situação é quando se atesta que o acusado era inimputável à época do cometimento do delito; nesse caso, o processo segue com a presença de um curador, havendo a possibilidade de aplicação da medida de segurança ao final do processo, com a sentença. Por outro lado, quando o transtorno mental é posterior ao cometimento do delito, o processo continua suspenso até que o acusado se restabeleça, podendo o juiz “ordenar a internação do acusado em manicômio judiciário ou em outro estabelecimento adequado”, de acordo com o art. 152, parágrafo 2º do CPP.

Chama a atenção a previsão legal de internação do acusado com o processo suspenso quando o transtorno mental é superveniente ao crime. Nesse caso, verifica-se que é possível a internação mesmo antes da conclusão do processo, sem a verificação adequada de autoria e materialidade do crime e sem a análise de tipicidade e antijuridicidade da conduta.

³⁷ Art. 149. Quando houver dúvida sobre a integridade mental do acusado, o juiz ordenará, de ofício ou a requerimento do Ministério Público, do defensor, do curador, do ascendente, descendente, irmão ou cônjuge do acusado, seja este submetido a exame médico-legal.

§ 1º O exame poderá ser ordenado ainda na fase do inquérito, mediante representação da autoridade policial ao juiz competente.

§ 2º O juiz nomeará curador ao acusado, quando determinar o exame, ficando suspenso o processo, se já iniciada a ação penal, salvo quanto às diligências que possam ser prejudicadas pelo adiamento.

Tal possibilidade tem a evidente intenção de retirar o indivíduo acometido por uma psicopatologia da sociedade, por considerá-lo perigoso, sob pretexto de suposto tratamento do imputado, punindo-o em razão de sua doença mental e não das condutas praticadas por ele. Assim, permite-se a restrição da liberdade do acusado, que é uma medida extremamente gravosa, em razão exclusivamente de sua condição mental, não necessitando de prova do crime.

Nessa situação, fica evidente que o sistema de internação e de medidas de segurança se baseia em um direito penal do autor e não do fato, bastando a constatação de suposta periculosidade do agente para que esse seja internado e retirado da sociedade.

III. IV - Execução da medida de segurança

Em relação ao cumprimento da medida de segurança, esse é tutelado pelo art. 751 e seguintes do CPP.

Vários dispositivos do Código de Processo Penal tratam das hipóteses de periculosidade presumida, a qual era prevista na redação original do Código Penal de 1940, mas que deixou de existir com a Reforma do Código Penal de 1984, como citado anteriormente. Cita-se, por exemplo, o art. 753³⁸, que prevê a possibilidade de imposição de medida de segurança mesmo após sentença absolutória nos casos de periculosidade presumida. Trata-se, portanto, de revogação tácita desse artigo, uma vez que não existe mais em nosso ordenamento a presunção de periculosidade.

No entanto, o grande problema da execução da medida de segurança diz respeito ao “exame de cessação de periculosidade”. Isso porque a única realização obrigatória de tal exame se dá quando findo o prazo mínimo da medida de segurança (1 a 3 anos), nos termos do art. 775³⁹. Após tal prazo, a lei apenas prevê a realização de exames sucessivos⁴⁰,

³⁸ Art. 753. Ainda depois de transitar em julgado a sentença absolutória, poderá ser imposta a medida de segurança, enquanto não decorrido tempo equivalente ao da sua duração mínima, a indivíduo que a lei presuma perigoso.

³⁹ Art. 775. A cessação ou não da periculosidade se verificará ao fim do prazo mínimo de duração da medida de segurança pelo exame das condições da pessoa a que tiver sido imposta, observando-se o seguinte: (...)

⁴⁰ Art. 776. Nos exames sucessivos a que se referem o § 1º, II, e § 2º do art. 81 do Código Penal, observar-se-á, no que lhes for aplicável, o disposto no artigo anterior.

ordenados pelo magistrado “a requerimento do Ministério Público ou do interessado, seu defensor ou curador”⁴¹, sem, contudo, determinar a periodicidade de tais avaliações.

A inexistência de um período máximo para a averiguação da cessação de periculosidade torna mais arbitrário o poder do juiz nas medidas de segurança, já que ele só determina a realização dos exames médicos quando achar necessário. Ainda, isso contribui para o esquecimento dos internados, como se analisará no capítulo VII, pois esses muitas vezes se encontram desamparados pela família e sem a assistência técnica adequada, deixando de exigir as avaliações médicas periódicas para avaliar sua situação. Sendo assim, sem o exame de averiguação de cessação de periculosidade, permanecem nos Hospitais de Custódia por tempo excessivo.

⁴¹ Art. 777. Em qualquer tempo, ainda durante o prazo mínimo de duração da medida de segurança, poderá o tribunal, câmara ou turma, a requerimento do Ministério Público ou do interessado, seu defensor ou curador, ordenar o exame, para a verificação da cessação da periculosidade.

IV. MEDIDA DE SEGURANÇA, PENA E DIREITOS DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

IV.I - Constituição

IV. I. I - Princípios constitucionais do direito penal

O Direito Penal é o braço do Estado que atua mais gravemente sobre a vida dos cidadãos, afetando bens jurídicos de extrema importância, como a liberdade de ir e vir. Em razão de tal característica, diversos limites ao Direito Penal foram construídos pela doutrina e jurisprudência e princípios reconhecidos na Constituição da República de 1988, de maneira implícita ou explícita. Tais princípios e limites constitucionalizados estabelecem parâmetros que não podem ser ultrapassados pelo legislador ordinário. Ainda, a Constituição dispõe sobre determinadas normas de processo penal, sobretudo no que diz respeito às características da pena. Assim, é preciso analisar alguns princípios penais previstos na Carta Magna.

O primeiro princípio relevante é a humanidade das penas, decorrente do artigo 5º, incisos XLVII e XLIX⁴². Com base nesses dispositivos, são proibidas no Brasil a pena de morte, de caráter perpétuo, de trabalho forçado, de banimento, além penas cruéis e assegura-se ao preso a tutela de sua integridade física e moral. Por meio desse princípio, o

⁴² Art. 5º, XLVII – não haverá penas:

- a) de morte, salvo em caso de guerra declarada, nos termos do art. 84, XIX;
- b) de caráter perpétuo;
- c) de trabalhos forçados;
- d) de banimento;
- e) cruéis

Art. 5º, XLIX – é assegurado aos presos o respeito à integridade física e moral;

constituente limita as possibilidades da pena a serem previstas pelo legislador ordinário, bem como garante determinados padrões para cumprimento das penas.

Em segundo lugar, cita-se o princípio da da responsabilidade penal subjetiva, extraído do artigo 5º, XLV⁴³, o qual determina que a pena não deverá passar da pessoa do condenado. Extraí-se dessa disposição que o apenado deve ser responsabilizado por conduta própria. A pessoa é responsabilizada por conduta própria cometida com dolo ou culpa, já que a pena não pode ser imposta em razão de caso fortuito.

O princípio da proporcionalidade, por sua vez, é princípio implícito no texto constitucional e impõe que a pena deve ser proporcional à relevância do bem jurídico, à lesividade a ele causado e à forma de conduta (culpa ou dolo). Além disso, só devem ser objetos do direito penal conduta relevante. Em relação ao processo penal, tal princípio determina que as medidas adotadas no curso do processo e após sua conclusão não podem restringir de maneira exacerbada outros direitos fundamentais, por exemplo, não se pode determinar interceptação de ligações telefônicas durante tempo excessivo.

Pelo princípio da intervenção mínima, também implícito na Constituição, o direito penal deve ter limites claros, em razão da gravidade de sua atuação, já que esse ramo do direito visa proteger direitos fundamentais, como a vida, restringindo outros direitos fundamentais, como a liberdade de ir e vir. Nesse sentido, a proteção dos direitos individuais garantida pela Constituição só é compatível com um uso mínimo do direito penal, pois esse é, intrinsecamente, uma violação aos direitos fundamentais.

Como decorrência do princípio da intervenção mínima, surge o princípio da fragmentação. Isso implica que o direito penal deve cobrir pontualmente alguns assuntos nos quais ele é necessário, não devendo ser aplicado indiscriminadamente para todas as situações. Assim, o direito penal não deve ter atuação generalizada, em todas as circunstâncias e tratando da maior parte dos assuntos possíveis, mas sim agir especificamente em determinadas questões.

Além disso, ressalta-se o princípio da individualização das penas, ou seja, cada condenado deve ter sua pena fixada levando em consideração suas características pessoais e

⁴³Art. 5º, XLV - nenhuma pena passará da pessoa do condenado, podendo a obrigação de reparar o dano e a decretação do perdimento de bens ser, nos termos da lei, estendidas aos sucessores e contra eles executadas, até o limite do valor do patrimônio transferido

também as circunstâncias objetivas presentes no cometimento do delito. Também, no cumprimento de tal pena, a progressão de regime deve levar em consideração o comportamento do apenado.

Por fim, destaca-se o princípio implícito da ofensividade, o qual estabelece que, para que o direito penal seja utilizado, é preciso que se esteja diante uma conduta que lesione ou que coloque em perigo um bem jurídico-penal. A ofensividade deve ser direta, isto é, precisa ter uma relação imediata da conduta com a ofensividade. Dessa maneira, a ofensividade dá um controle de conteúdo do direito penal. É com base em tal princípio, por exemplo, que parte da doutrina defende a inconstitucionalidade da proibição do uso de drogas, como a maconha, porque não haveria ofensa a bem jurídico, afirmando-se que o bem "saúde público", na verdade, não existe.

Como se verá a seguir, a medida de segurança ofende diversos desses princípios, em especial a proibição de penas perpétuas e cruéis e a individualização da pena.

IV. I. II - Direito das Pessoas com Deficiência

A Constituição faz referência às pessoas com deficiência em diversos dispositivos em diferentes classes de direitos e deveres

Por exemplo, em relação a direitos sociais e econômicos, a Constituição proíbe, no artigo 7º, XXXI de discriminação salarial em razão da deficiência.

Ainda, as questões relacionadas ao combate à discriminação das pessoas com deficiência e sua saúde são de competência concorrente entre os entes federativos (art. 23, II c/c art. 24, XIV). Isso demonstra a importância e a complexidade da questão, que demanda atuação conjunta entre Município, Estados, União e Distrito Federal.

Não obstante, a assistência social atua em diversas populações vulneráveis, incluindo as pessoas com deficiência. Assim, cabe à assistência social a habilitação e integração desse

grupo, além da garantia de um salário mínimo para aquelas pessoas que não consigam se sustentar, como dispõe o art. 203, incisos IV e V⁴⁴.

Também são previstos deveres do Estado e da família para com essa população. Cita-se, por exemplo, a obrigação de o Estado fornecer atendimento educacional especializado (art. 208, III)⁴⁵. Em uma perspectiva mais geral, outro dever do Estado é providenciar o atendimento especializado para pessoas com deficiência, a integração social do jovem com deficiência e a capacitação de seus profissionais para lidar com essa parcela da população, nos termos do artigo 227, parágrafo 1º, inciso II⁴⁶.

Dessa maneira, percebe-se que a Constituição visa garantir a igualdade material das pessoas com deficiência, conferindo-lhe proteção especial e impondo obrigações ao Estado para diminuir as desigualdades e compensar, em alguma medida, as dificuldades vivenciadas por tais pessoas.

IV. II - Direito Internacional

IV. II. I - Convenção da Pessoa com Deficiência

No âmbito do direito internacional público, a proteção dos direitos das pessoas com deficiência tem como diploma central a Convenção da Pessoa com Deficiência, de autoria da

⁴⁴Constituição de 1988, art. 203, IV - a habilitação e reabilitação das pessoas portadoras de deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária;
V - a garantia de um salário mínimo de benefício mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover à própria manutenção ou de tê-la provida por sua família, conforme dispuser a lei.

⁴⁵Art. 208. O dever do Estado com a educação será efetivado mediante a garantia de: III - atendimento educacional especializado aos portadores de deficiência, preferencialmente na rede regular de ensino.

⁴⁶ Art. 227, O Estado promoverá programas de assistência integral à saúde da criança, do adolescente e do jovem, admitida a participação de entidades não governamentais, mediante políticas específicas e obedecendo aos seguintes preceitos: II - criação de programas de prevenção e atendimento especializado para as pessoas portadoras de deficiência física, sensorial ou mental, bem como de integração social do adolescente e do jovem portador de deficiência, mediante o treinamento para o trabalho e a convivência, e a facilitação do acesso aos bens e serviços coletivos, com a eliminação de obstáculos arquitetônicos e de todas as formas de discriminação.

Organização das Nações Unidas e protocolo facultativo para os Estados-membros de tal organização.

O Brasil ratificou tal Convenção em março de 2007 e a promulgou no dia 25 de agosto de 2009.

Por ser um tratado internacional sobre direitos humanos aprovado com 418 dos 513 votos na Câmara dos Deputados⁴⁷ e 56 dos 71 votos no Senado⁴⁸, isto é, aprovado por mais de 3/5 (três quintos) dos votos no Congresso, a Convenção da Pessoa com Deficiência possui um status de emenda constitucional, nos termos do artigo 5º, parágrafo 3º da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CRFB), incluído pela Emenda Constitucional número 45, de 2004.

Esse diploma inova ao adotar como conceito de deficiência a “interação entre pessoas com deficiência e as barreiras devidas às atitudes e ao ambiente que impedem a plena e efetiva participação dessas pessoas na sociedade em igualdade de oportunidades com as demais pessoas” (Preâmbulo, alínea “e”). Isso quer dizer que, segundo essa convenção, a deficiência não é entendida como algo decorrente de características físicas e mentais de determinado indivíduo, mas sim as dificuldades enfrentadas por esse indivíduo em razão de elementos do ambiente e da sociedade em que ele vive. Tal concepção retira da pessoa com deficiência a responsabilidade pelos desafios que enfrenta, atribuindo-a ao despreparo da comunidade para receber tal pessoa.

De maneira ambiciosa, a Convenção estabelece como objetivo central a garantia dos direitos da pessoa com deficiência e sua dignidade, visando tutelar, entre outros, a igualdade de oportunidades e a inclusão na sociedade.

A Convenção da Pessoa com Deficiência é voltada para os Estados-parte, impondo-lhes obrigações a fim de concretizar os objetivos previstos.

⁴⁷ Deputados aprovam Convenção sobre pessoa com deficiência. Câmara dos Deputados, 2002. Disponível em: <<https://www.camara.leg.br/noticias/117690-deputados-aprovam-convencao-sobre-pessoa-com-deficiencia/>>. Acesso em: 15 de agosto de 2022.

⁴⁸ Senado aprova texto da convenção sobre direito das pessoas com deficiência. Senado notícias, 2008. Disponível em: <<https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2008/07/02/senado-aprova-texto-da-convencao-sobre-os-direitos-das-pessoas-com-deficiencia>>. Acesso em: 15 de agosto de 2022.

Para fins de análise da medida de segurança brasileira, ressalta-se o artigo 15 do pacto, que determina:

Artigo 15. Prevenção contra tortura ou tratamentos ou penas cruéis, desumanos ou degradantes

1. Nenhuma pessoa será submetida à tortura ou a tratamentos ou penas cruéis, desumanos ou degradantes. Em especial, nenhuma pessoa deverá ser sujeita a experimentos médicos ou científicos sem seu livre consentimento.

2. Os Estados Partes tomarão todas as medidas efetivas de natureza legislativa, administrativa, judicial ou outra para evitar que pessoas com deficiência, do mesmo modo que as demais pessoas, sejam submetidas à tortura ou a tratamentos ou penas cruéis, desumanos ou degradantes.

Logo, a Convenção visa um tratamento baseado na igualdade material e tutela a dignidade da pessoa com deficiência por meio da previsão de direitos da pessoa com deficiência e deveres do Estado para que tais direitos sejam efetivados.

IV. II. II - Convenção Interamericana de Direitos Humanos

A Convenção Interamericana de Direitos Humanos é um instrumento de direito internacional público que prevê direitos e liberdades básicos de todo ser humano, incluindo direitos civis, políticos, econômicos e sociais, estabelecendo a obrigação do Estado em garantir tais direitos e liberdades. O referido diploma determina também diversas garantias processuais que devem ser conferidas aos cidadãos, sobretudo no que diz respeito ao processo penal, em virtude da gravidade de atuação.

Além disso, tal pacto dispõe sobre a Comissão Interamericana de Direitos Humanos, bem como sobre a Corte Interamericana de Direitos Humanos, às quais os Estado-parte da Convenção se submetem. Sendo assim, os Estados podem ser julgados e condenados perante a Corte.

Tal Convenção, também denominada de Pacto de San José da Costa Rica, foi assinada em 1969, sendo promulgada no Brasil em 1992, já na vigência da Constituição da República de 1988.

Assim, como sua promulgação data de período anterior à Emenda Constitucional nº 45, de 2004, não é possível falar que o diploma possui caráter constitucional. No entanto, o Superior Tribunal de Justiça, partindo da análise do Pacto de San José da Costa Rica, decidiu no Recurso Extraordinário 466.343, de São Paulo, pelo caráter supralegal dos tratados internacionais de direitos humanos⁴⁹:

Em conclusão, entendo que, desde a adesão do Brasil, sem qualquer reserva, ao Pacto Internacional dos Direitos Civis e Políticos (art. 11) e à Convenção Americana sobre Direitos Humanos – Pacto de San José da Costa Rica (art. 7º , 7), ambos no ano de 1992, não há mais base legal para a prisão civil do depositário infiel, pois o caráter especial desses diplomas internacionais sobre direitos humanos lhes reserva lugar específico no ordenamento jurídico, estando abaixo da Constituição, porém acima da legislação interna. O status normativo supralegal dos tratados internacionais de direitos humanos subscritos pelo Brasil, dessa forma, torna inaplicável a legislação infraconstitucional com ele conflitante, seja ela anterior ou posterior ao ato de adesão. Assim ocorreu com o art. 1.287 do Código Civil de 1916 e com o Decreto-Lei no 911/69, assim como em relação ao art. 652 do Novo Código Civil (Lei no 10.460/2002). (BRASIL, 2009).

Portanto, a Convenção Interamericana de Direitos Humanos se encontra, na hierarquia legal, abaixo da constituição, mas acima das leis, incluindo o Código Penal e o Código de Processo Penal.

Para fins de análise concreta e abstrata da medida de segurança, dois dispositivos do tratado se destacam:

Artigo 5. Direito à integridade pessoal

1.Toda pessoa tem o direito de que se respeite sua integridade física, psíquica e moral.

⁴⁹ Brasil. Supremo Tribunal Federal. Recurso Extraordinário no 466343 / SP – SÃO PAULO. Relator: Min. Cezar Peluso. DJ, 3 dez. 2008. Diário da Justiça Eletrônico, 5 jun. 2009.

2. Ninguém deve ser submetido a torturas, nem a penas ou tratos cruéis, desumanos ou degradantes. Toda pessoa privada da liberdade deve ser tratada com o respeito devido à dignidade inerente ao ser humano.

Artigo 24. Igualdade perante a lei

Todas as pessoas são iguais perante a lei. Por conseguinte, têm direito, sem discriminação, a igual proteção da lei.

Como se verá posteriormente, a medida de segurança tal como se apresenta atualmente gera uma discriminação injustificável entre as pessoas com deficiência mental consideradas semi-imputáveis e os imputáveis. Tal discriminação, sob o pretexto de garantir maior proteção social e o melhor tratamento ao paciente, gera, na prática, diversos prejuízos ao semi-imputável, como a ausência de estipulação de prazo máximo para duração da medida de segurança e a inexistência de previsão legal para progressão de regime.

Por fim, a realidade dos hospitais de custódia tornam o cumprimento da medida de segurança um tratamento cruel e desumano, em razão da sua precariedade, insalubridade e do abandono estatal, como se demonstrará.

V - MOVIMENTO ANTIMANICOMIAL

O surgimento dos hospitais psiquiátricos remonta ao século XVII, na Europa, e tiveram uma proliferação intensa no século XIX [PESSOTTI, 1996, P. 153]⁵⁰. Desde então, tais instituições eram utilizadas como forma de excluir a parcela rejeitada da população. Técnicas como camisas de força, eletrochoques e medicalização em excesso eram muito comuns até o início do século XX, levando muitas pessoas à morte. Ainda, não havia qualquer controle sobre o tempo de internação, sendo que grande parte dos pacientes permaneciam esquecidos nos hospícios até o fim de sua vida.

Diante da radicalidade dos métodos empregados e de novas compreensões da psiquiatria, o modelo dos hospitais psiquiátricos foi alvo de críticas, sobretudo em meados do século XX, e começou-se a pensar em alternativas para o tratamento das pessoas com transtornos mentais. Assim, surge o movimento antimanicomial, que tem como objetivo desinstitucionalizar as terapias para pessoas neurodivergentes, de forma a proporcionar o tratamento mais efetivo e humanizado, rejeitando-se as práticas de tortura que eram adotadas como praxe.

V. I. Reino Unido

Nas décadas de 1940 e 1950, o psiquiatra Maxwell Jones propôs um rompimento com a ideologia institucional dos hospitais psiquiátricos e propôs a criação de comunidades terapêuticas.

Nas comunidades terapêuticas, a relação entre todos os envolvidos, como pacientes, sua família e os profissionais, seria democrática, isto é, sem hierarquia. Jones reconhece a importância dos vínculos sociais estabelecidos pelo paciente em seu tratamento e confere papel central à comunidade na recuperação dos indivíduos.

⁵⁰ PESSOTTI, Isaías. **O século dos manicômios**. Editora 34, 1996.

As comunidades terapêuticas deveriam adotar um conjunto de técnicas visando o bem-estar da pessoa com transtorno mental⁵¹:

1) análise de eventos – todos os membros da comunidade são chamados a tentar compreender o que acontece na comunidade; 2) a comunicação – tornar a comunicação mais eficaz tanto de cima para baixo quanto de baixo para cima; 3) a redução da estrutura piramidal – criar um sentimento de unidade e pertencimento à comunidade; o controle comportamental deve ser exercido por toda a comunidade, não pela autoridade hierárquica; 4) experiências de aprendizagem – os pacientes são orientados e incentivados a aprender novas maneiras de lidar com suas dificuldades; 5) análise de papéis – cada função é analisada para que se torne flexível e possa refletir, a qualquer momento, as expectativas e necessidades de pacientes e funcionários [MEIRELLES, CARVALHO; 2019, p. 273-274]

Sendo assim, para Jones, o tratamento ideal demandaria uma maior participação da comunidade, um maior protagonismo dos pacientes, uma relação horizontal entre os indivíduos, além de flexibilidade dos papéis adotados por funcionários e pacientes. Com tal proposta, o psiquiatra inverte a lógica existente nos hospitais psiquiátricos, permitindo uma reformulação de tais instituições.

Tal modelo foi colocado em prática por Jones no Hospital Henderson, a partir de 1959. Diversas medidas foram adotadas, como reuniões diárias com os profissionais, terapias em grupo, oficinas de trabalho, a extinção do uso de crachás com o cargo dos funcionários, além de atendimentos personalizados [MEIRELLES, CARVALHO; 2019, p. 274].

⁵¹ MEIRELLES, B. B.; CARVALHO, J. Comunidade Terapêutica democrática ou nova racionalização de operação do poder psiquiátrico: referências históricas de sua emergência. *Revista Ingesta*, [S. l.], v. 1, n. 1, p. 268-282, 2019. DOI: 10.11606/issn.2596-3147.v1i1p268-282. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/revistaingesta/article/view/151759>. Acesso em: 21 de setembro de 2023.

V. II. Itália

Pode-se marcar como epicentro do movimento antimanicomial a Itália das décadas de 1950 a 1970. Segundo Goulart⁵² (2007, p. 20/21), o movimento antimanicomial italiano é marcado pela radicalização das reformas humanizadoras das instituições psiquiátricas no pós-guerra, bem como “promoveu uma peculiar aliança entre os profissionais de saúde mental e sua clientela, revelando a dimensão eminentemente política dessa relação contratual”. Tal movimento visa conferir maior autonomia ao paciente, colocando sua saúde e dignidade como prioridade no tratamento.

Entre os expoentes desse movimento, destaca-se Franco Basaglia. Para Basaglia, a estrutura dos hospitais psiquiátricos em muito se assemelhava à das prisões, já que em ambas as instituições tinham como finalidade a tutela e defesa da ordem pública⁵³. O autor ressalta que o surgimento dos manicômios está intimamente relacionado com a revolução industrial, quando se torna necessário separar o produtivo (as pessoas sem transtornos mentais) do improdutivo (pessoas com transtornos mentais).

Ainda, Basaglia [1948]/(2022) afirma que os hospícios são baseados na periculosidade do paciente e proteção da sociedade, prezando sempre pela ordem e controle e não pelo tratamento⁵⁴:

“Perigoso para si mesmo e para os outros e para o escândalo público”. Esta é a razão pela qual o doente mental entra no manicômio; em um local cuja função é - nessa própria motivação - já especificada como uma ação de proteção, de defesa do saudável diante da loucura e onde o doente assume um papel puramente negativo, como se sua relação com a instituição fosse realizada apenas no nível de sua periculosidade eventual. Disso decorre que, se o doente - antes de ser considerado como tal - deve ser considerado acima de tudo "perigoso", as regras sobre por meio das quais se edifica a instituição que deveria ocupar - se de sua cura não podem ser

⁵² GOULART, Maria Stella Brandão. **Raízes Italianas Do Movimento Antimanicomial**. Casa do Psicólogo, 2007.

⁵³ BASAGLIA, Franco. O homem do pelourinho. **Educação e sociedade**, n. 25, 1986.

⁵⁴ BASAGLIA, Franco et al. A liberdade comunitária como alternativa ao retrocesso institucional: Franco Basaglia. **Libertas**, v. 22, n. 1, 1948-2022.

instituídas senão em função dessa periculosidade e não da doença de que sofre. Por isso, a figura do doente mental, como costuma aparecer em nossos hospitais, é a do homem objetivado em uma instituição, cuja organização e eficiência sempre foram os resultados mais importantes que sua reabilitação. [Basaglia, 1948, p. 303]

Diante dessas questões, Basaglia propõe a substituição dos hospitais psiquiátricos pelas comunidades terapêuticas. Nessas comunidades, os pacientes seriam livres e deve-se estabelecer uma relação recíproca entre esses, os enfermeiros e demais profissionais envolvidos na instituição. Logo, não haveria qualquer hierarquia entre os integrantes da comunidade.

Basaglia, em conjunto com outros médicos, aplicou esse modelo de comunidade terapêutica no Hospital Psiquiátrico de Gorizia e no Hospital Psiquiátrico Regional de Trieste.

Na direção do Hospital Psiquiátrico de Gorizia de 1961 a 1972, Basaglia determinou algumas reformas na instituição, tais como a abolição de camisa de força e do uso de eletrochoque [Serapioni, 2019]⁵⁵, a abertura dos pavilhões que antes eram trancados, a abolição do uniforme para os pacientes e a realização de passeios com os pacientes [Junqueira, Carniel, 2012, p. 12-22]⁵⁶. Ainda, ganham importância as assembleias e grupos, nos quais qualquer pessoa poderia participar com a finalidade de discutir os problemas da instituição. Nessas assembleias, não havia distinção entre paciente, profissional e integrantes da sociedade⁵⁷. No entanto, devido às diversas pressões contrárias ao modelo implantado por Basaglia, esse foi retirado da direção do Hospital em 1972, não conseguindo implementar todas as reformas pretendidas.

Continuando com seu projeto de desinstitucionalização, Basaglia assumiu a direção do Hospital Psiquiátrico Regional de Trieste em 1974, onde as mudanças foram ainda mais profundas. O espaço que antes era marcado pela repressão, isolamento e hierarquia passou a ser um lugar de convívio social e produção artística. Nas palavras de Serapioni [2019, p.

⁵⁵ SERAPIONI, Mauro. Franco Basaglia: biografia de um revolucionário. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 26, p. 1169-1187, 2019.

⁵⁶ JUNQUEIRA, Anamélia Maria Guimarães; CARNIEL, Isabel Cristina. Olhares sobre a loucura: os grupos na experiência de Gorizia. **Rev. SPAGESP**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, p. 12-22, 2012. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702012000200003&lng=pt&nrm=i>. Acesso em: 25 de outubro de 2023.

⁵⁷ Ibidem.

1169-1187], “a fria ordem do asilo foi substituída pela confusão: festas, danças, ateliês de pintura, primeiras viagens, bar”. Diversos artistas passaram a frequentar o local, viagens foram realizadas com os pacientes e a comunidade passou a integrar o hospital. Além disso, foram abertos centros comunitários de saúde mental, como uma forma de ofertar o tratamento fora da estrutura hospitalar. Assim, a experiência de Trieste obteve grandes êxitos, saindo da lógica de internação e adotando uma postura de integração e igualdade.

V. II. I - Lei 180

Tal modelo desenvolvido por Basaglia serviu como referência para a reforma psiquiátrica realizada na Itália em 1978. A Lei 180, denominada de Lei Basaglia, tinha como objetivo central o fechamento progressivo dos hospitais psiquiátricos. Tal lei proíbe a construção de novos hospitais psiquiátricos no território italiano.

Entre as disposições dessa lei, estabelece-se que os tratamentos sanitários devem ser voluntários. Os tratamentos sanitários obrigatórios seriam a última medida, apenas quando as alterações psíquicas se mostrarem urgentes e as alternativas extra-hospitalares não se mostrarem suficientes. Nesse caso, o tratamento deveria ser submetido a um juiz no prazo de 48 horas. Note-se que a lei fala em “tratamentos sanitários obrigatórios” e não em “internação obrigatória”, possibilitando que tais tratamentos fossem realizados de forma extra-hospitalar. Ainda, dispõe que os direitos civis e políticos, bem como a dignidade do paciente devem ser respeitados.

V. III - Organização Mundial da Saúde

A partir da experiência de Trieste, a Organização Mundial da Saúde (OMS) reconheceu já em 1973 tal modelo como exemplo de tratamento a ser adotado. Assim, o

Hospital Trieste foi considerado “zona piloto” das reformas de desinstitucionalização dos hospitais psiquiátricos⁵⁸.

Ainda hoje as comunidades terapêuticas são recomendação da OMS em matéria de saúde mental. Nas “Orientações sobre serviços comunitários de saúde mental”, de 2021⁵⁹, a OMS em conjunto com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) cita, além do Hospital de Trieste, outros casos bem-sucedidos de bases comunitárias, como os Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) em Brasilândia, São Paulo, Brasil, além de experiências em Lille, na França, Bósnia e Herzegovina, Líbano e Peru.

Em tais Orientações, a OMS ressalta o respeito aos direitos humanos da pessoa com deficiência em seu tratamento, determinando que tais pessoas precisam ter participação ativa, valorizando a autonomia individual. Ainda, é preciso que haja “respeito à capacidade jurídica do usuário, uso de práticas não coercitivas, inclusão comunitária, participação e foco em recovery”⁶⁰.

Dentre as medidas a serem adotadas para que os serviços de saúde mental estejam de acordo com os direitos humanos, cita-se: necessidade de consentimento livre e esclarecido para a realização de qualquer intervenção; as intervenções precisam abranger todas as necessidades do paciente, incluindo relações sociais, trabalho, moradia e educação; opções de tratamento não farmacológicos; discutir com os pacientes os benefícios e malefícios da medicação e das intervenções psicológicas e monitorar o uso de medicamento⁶¹.

De maneira mais incisiva, a OMS destaca que tais práticas devem ser combinadas com mudanças políticas e sociais, como aumentar o orçamento para a área de saúde mental, implementar incentivos financeiros para tratamentos extra-hospitalares, incluir treinamento em direitos humanos em cursos da área da saúde e “envolver organizações de pessoas com

⁵⁸ SERAPIONI, Mauro. Franco Basaglia: biografia de um revolucionário. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 26, p. 1169-1187, 2019.

⁵⁹ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS); ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). Orientações sobre Serviços Comunitários de Saúde Mental: Promoção de Abordagens Centradas na Pessoa e Baseadas em Direitos. 2021. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/56614/9789275726440_por.pdf?sequence=5&isAllowed=y>. Acesso em 23 de setembro de 2023.

⁶⁰ Ibidem, p. 20

⁶¹ Ibidem, p. 204.

problemas de saúde mental e deficiências psicossociais como consultores em matéria de política, planejamento, legislação e desenvolvimento de serviços”⁶².

Sobre o CAPS de Brasilândia, São Paulo, concluiu-se que o modelo adotado respeita a capacidade jurídica do paciente, sendo que esse possui grande liberdade; adota práticas não coercitivas, não havendo áreas restritas e com discussão com os pacientes dos tratamentos utilizados; há inclusão da comunidade, construindo relações com o comércio e serviço locais; há participação dos usuários, os quais podem escolher as atividades a serem realizadas durante a semana; e emprega a abordagem de “recovery”, já que o indivíduo possui papel ativo em seu Projeto Terapêutico Singular e possui grande autonomia. A cartilha também salientou que os Centros de Atenção Psicossocial são disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde, sem repasse de custo aos usuários. No que tange ao custo, a manutenção do CAPS se mostrou mais barata do que o custo de internação em hospital psiquiátrico de um paciente.

Assim, a OMS entende que o tratamento mais adequado à pessoa acometida por transtorno mental é conferir autonomia a ela, respeitando sua liberdade e direitos humanos, além de ser essencial a participação da comunidade, de forma a integrar os pacientes com a sociedade. Portanto, os hospitais psiquiátricos se mostram inadequados e ultrapassados, na medida em que não respeitam a autonomia individual, sendo baseados em uma estrutura hierarquizada, e rompem as relações sociais dos internados, isolando-os.

⁶² Ibidem, p. 214

VI - REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA

VI. I - Lei 10.215/2001 e Lei nº 10.702/2007

Desde a promulgação da reforma do Código Penal, que se baseia fortemente em um modelo manicomial, com o estabelecimento da internação como medida de praxe, diversas leis foram adotadas no âmbito da psiquiatria, de maneira a desinstitucionalizar o tratamento psiquiátrico. Tais reformas foram muito impactadas pelo movimento antimanicomial e o modelo de comunidades terapêuticas, sobretudo pela Lei Basaglia, na Itália e a experiência de Trieste.

Cita-se, por exemplo, a Lei nº 10.216/2001, que foi proposta pelo Projeto de Lei 3.679/1989. Tal projeto previa a “extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais” e dispunha sobre a proibição de construção de novos hospitais psiquiátricos em seu artigo 1º. Na exposição de motivos de tal projeto, menciona-se expressamente o movimento antimanicomial italiano e afirma-se que o manicômio é “plenamente substituível por serviços alternativos mais humanos, menos estigmatizantes, menos violentos, mais terapêuticos”⁶³.

No entanto, o texto de lei aprovado é mais conservador, já que não prevê a extinção dos manicômios, mas sim estabelece a preferência por tratamentos terapêuticos extra-hospitalares, visando manter o paciente em seu meio social.

Tal lei também dispõe sobre direitos básicos das pessoas com psicopatologias, incluindo:

Art. 2º. Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

⁶³Brasil. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei 3.679, de 12 de setembro de 1989. Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória. Brasília: Câmara dos Deputados. Disponível em: <<https://imagem.camara.gov.br/Imagem/d/pdf/DCD29SET1989.pdf#page=30>>. Acesso em: 13 de junho de 2023.

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

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

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

Logo, à luz da Lei 10.216, há um sistema de preferência pelos tratamentos que não envolvam a retirada do indivíduo de sua família e de sua comunidade, evitando-se o rompimento dos laços afetivos e sociais e a privação de sua liberdade. A internação é a última opção, devendo ser adotada somente se as demais formas de tratamento não se mostrarem suficientes e precisa ser devidamente motivada.

Ainda, distingue-se três tipos de internação: a voluntária, a involuntária e a compulsória⁶⁴. Na internação voluntária, há o consentimento do paciente e esse deve assinar declaração afirmando que optou por tal regime. Na internação involuntária, não há consentimento do paciente, sendo determinada por médico a pedido de familiar e deve ser comunicada ao Ministério Público Estadual, para que verifique eventuais irregularidades no procedimento. Por fim, a internação compulsória se dá por determinação judicial, levando em consideração as condições de segurança do estabelecimento, a salvaguarda do paciente, dos demais internados e do funcionário⁶⁵.

Em conformidade com a Lei 10.216, foram criados os Centros de Atenção Psicossocial (CAPs) e os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPs) pelo Ministério da Saúde em 2002, com o intuito de realizar os tratamentos extra-hospitalares do paciente conforme previsto em lei. Tais centros são serviços comunitários de saúde destinados a pessoas com

⁶⁴ Art. 6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

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

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

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

III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

⁶⁵ Art. 9º A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.

transtornos mentais, sobretudo aquelas mais vulnerabilizadas, com acompanhamento profissional multidisciplinar⁶⁶. Nesses locais, as necessidades de cada indivíduo são analisadas e é desenvolvido um Projeto Terapêutico Singular (PTS) para cada paciente.

Além dos CAPs e NAPs, o Sistema Único de Saúde (SUS) disponibiliza diversos outros serviços direcionados à saúde mental, como o Serviço Residencial Terapêutico, que são casas destinadas a egressos de hospitais psiquiátricos, mas que ainda não possuem condições de se reinserir na comunidade. Ressalta-se também as Unidades de Acolhimento, as quais são serviços voltados para “famílias/indivíduos em situação de abandono, ameaça ou violação de direitos e estejam afastados temporariamente de seu núcleo familiar, com os vínculos familiares rompidos ou fragilizados”⁶⁷

Como já citado anteriormente, a estrutura de alguns CAPS, mais especificamente do centro de Brasília, são tomados como referência pela Organização Mundial da Saúde, por permitir maior autonomia do indivíduo e maior integração comunitária, baseando-se nas comunidades terapêuticas de Basaglia.

Outra norma extremamente importante no processo de desinstitucionalização dos hospitais psiquiátricos é a Lei nº 10.702/2007, que prevê um auxílio-reabilitação para os pacientes com transtornos mentais que sejam egressos de internações. O auxílio foi criado com base na visão de que a internação rompe com os vínculos sociais do paciente, “sem possibilidades de inclusão ou inserção social pelo trabalho”⁶⁸. Assim, tal lei ressalta os impactos perversos que a internação tem sobre os pacientes, sobretudo aqueles com condições financeiras baixas que não possuem o apoio familiar, apresentando diversas dificuldades na sua reinserção em sociedade, incluindo barreiras econômicas.

⁶⁶ SENADO NOTÍCIAS. Após 20 anos, Reforma Psiquiátrica ainda divide opiniões. Agência Senado. Brasília, 06 de abril de 2021. Disponível em: <[https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2021/04/06/apos-20-anos-reforma-psiquiatrica-ainda-divide-opinioes#:~:text=A%20Lei%20Antimanicomial%2C%20que%20promoveu%20a%20reforma%2C%20tem%20como%20diretriz,CAPs\)%20em%20todo%20o%20pa%C3%ADs](https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2021/04/06/apos-20-anos-reforma-psiquiatrica-ainda-divide-opinioes#:~:text=A%20Lei%20Antimanicomial%2C%20que%20promoveu%20a%20reforma%2C%20tem%20como%20diretriz,CAPs)%20em%20todo%20o%20pa%C3%ADs)>. Acesso em: 13 de junho de 2023.

⁶⁷ BRASIL. Rede de Assistência e Proteção Social. Serviço e Informações do Brasil. Unidade de Acolhimento. [Brasília]: 2023. Disponível em: <<https://www.gov.br/pt-br/servicos/acessar-unidade-de-acolhimento#:~:text=O%20que%20%C3%A9%3F,v%C3%ADnculos%20familiares%20rompidos%20ou%20fragilizados>>. Acesso em: 20 de agosto de 2023.

⁶⁸ Brasil. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei 1.152/2003. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. Brasília: Câmara dos Deputados. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=137021&filename=PL%201152/2003>. Acesso em: 13 de junho de 2023.

Sendo assim, verifica-se que as novas legislações se atentam em grande medida aos malefícios da internação sobre a pessoa com transtorno mental, tendo-se como ideal seu tratamento extra-hospitalar, com auxílio da família e da comunidade. Entende-se, portanto, que a internação é, em muitas vezes, contraproducente e pode ser substituída por outros mecanismos menos gravosos ao paciente.

Tais medidas se mostraram bem-sucedidas, com a diminuição do número de leitos psiquiátricos de 80 mil em 1970 para pouco menos de 26 mil em 2014. Ainda, aumentou-se o investimento em saúde mental e no CAPS e diminuiu-se o gasto com os hospitais psiquiátricos, além de que o Programa de Volta para Casa conta com mais de 4 mil beneficiários [AMARANTES, NUNES, 2018].⁶⁹

VI. II - Resolução nº 487 do CNJ

Na esteira da reforma psiquiátrica, a Resolução nº 487 do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) tenta implementar um projeto de desinstitucionalização da medida de segurança, além de tutelar os direitos fundamentais dos inimputáveis submetidos a medidas de segurança, sobretudo daqueles internados em Hospitais de Custódia.

Dentre as previsões da Resolução, ressalta-se o art. 11⁷⁰, no qual se prevê que a imposição do modelo de tratamento (internação ou tratamento ambulatorial) deve considerar não a pena em abstrato, como dispõe o Código Penal, mas sim o tratamento mais adequado ao indivíduo, levando em consideração a avaliação psicossocial.

Ainda, a Resolução prevê que a internação deve ser adotada em hipóteses excepcionais, recomendando-se a revisão da necessidade da medida a cada 30 dias, com a

⁶⁹ AMARANTE, Paulo; NUNES, Mônica de Oliveira. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Ciência & saúde coletiva*, v. 23, p. 2067-2074, 2018.

⁷⁰ Art. 11. Na sentença criminal que imponha medida de segurança, a autoridade judicial determinará a modalidade mais indicada ao tratamento de saúde da pessoa acusada, considerados a avaliação biopsicossocial, outros exames eventualmente realizados na fase instrutória e os cuidados a serem prestados em meio aberto. Parágrafo único. A autoridade judicial levará em conta, nas decisões que envolvam imposição ou alteração do cumprimento de medida de segurança, os pareceres das equipes multiprofissionais que atendem o paciente na Raps, da EAP ou outra equipe conectora.

realização de avaliação biopsicossocial⁷¹. A Resolução dispõe, ainda, sobre a necessidade de elaboração de um Projeto Terapêutico Singular para cada inimputável.

A evolução mais considerável tal Resolução é a previsão de extinção dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP), determinando que a internação deve ser cumprida em “Hospital Geral ou outro equipamento de saúde referenciado pelo Caps da Raps”⁷². Para isso, no prazo de 6 meses, deveria haver uma revisão da imposição da medida de segurança no caso de pessoas internadas em Hospitais de Custódia, com avaliação da “possibilidade de extinção da medida em curso, progressão para tratamento ambulatorial em meio aberto ou transferência para estabelecimento de saúde adequado”⁷³.

Finalmente, determina-se a criação de Comitês Estaduais Interinstitucionais de Monitoramento da Política Antimanicomial a fim de se verificar o cumprimento das disposições da Resolução.

No entanto, alguns problemas persistem com tal Resolução. Em primeiro lugar, não há nenhuma disposição a respeito do fim do prazo mínimo para a imposição da medida de segurança, tal como previsto no art. 97, parágrafo 1º do Código Penal. Tal prazo despreza a

⁷¹ Art. 13. A imposição de medida de segurança de internação ou de internação provisória ocorrerá em hipóteses absolutamente excepcionais, quando não cabíveis ou suficientes outras medidas cautelares diversas da prisão e quando compreendidas como recurso terapêutico momentaneamente adequado no âmbito do PTS, enquanto necessárias ao restabelecimento da saúde da pessoa, desde que prescritas por equipe de saúde da Raps.

⁷² Art. 13, § 1º A internação, nas hipóteses referidas no caput, será cumprida em leito de saúde mental em Hospital Geral ou outro equipamento de saúde referenciado pelo Caps da Raps, cabendo ao Poder Judiciário atuar para que nenhuma pessoa com transtorno mental seja colocada ou mantida em unidade prisional, ainda que em enfermaria, ou seja submetida à internação em instituições com características asilares, como os HCTPs ou equipamentos congêneres, assim entendidas aquelas sem condições de proporcionar assistência integral à saúde da pessoa ou de possibilitar o exercício dos direitos previstos no art. 2º da Lei n. 10.216/2001.

⁷³ Art. 16. No prazo de até 6 (seis) meses, contados a partir da entrada em vigor desta Resolução, a autoridade judicial competente revisará os processos a fim de avaliar a possibilidade de extinção da medida em curso, progressão para tratamento ambulatorial em meio aberto ou transferência para estabelecimento de saúde adequado, nos casos relativos:

- I – à execução de medida de segurança que estejam sendo cumpridas em HCTPs, em instituições congêneres ou unidades prisionais;
- II – a pessoas que permaneçam nesses estabelecimentos, apesar da extinção da medida ou da existência de ordem de desinternação condicional; e
- III – a pessoas com transtorno mental ou deficiência psicossocial que estejam em prisão processual ou cumprimento de pena em unidades prisionais, delegacias de polícia ou estabelecimentos congêneres.

Parágrafo único. Para fins do disposto no caput, o Comitê Estadual Interinstitucional de Monitoramento da Política Antimanicomial previsto no art. 20, VI, e as equipes conectoras ou multidisciplinares qualificadas apoiarão as ações permanentes de desinstitucionalização.

necessidade de cada pessoa no caso concreto, de acordo com suas condições físicas, psicológicas e sociais.

Assim, a medida de segurança, tal como ela se apresenta, mostra-se contrária à Lei de Reforma Psiquiátrica, que tem a internação como ultima ratio. Não seria adequado, por exemplo, internar, por um ano, uma pessoa com transtorno mental que cometeu um fato previsto como crime caso não haja alta probabilidade de reincidência e se essa pessoa possua uma rede de apoio que a auxilie em seu tratamento.

No mais, encontra-se, na prática, dificuldades na implementação de tais alterações da Resolução. Há resistência da comunidade médica na extinção dos Hospitais de Custódia. O Conselho Regional de Medicina de São Paulo elaborou nota de repúdio à Resolução nº 487, afirmando que “os Hospitais Gerais não possuem condições para que a assistência médica seja apropriadamente prestada, tampouco estrutura para garantir a integridade física dos pacientes inimputáveis que praticaram infrações penais”⁷⁴. O Conselho Federal de Medicina, por sua vez, também discordaram do fim dos “manicômios judiciais”, afirmando que a Resolução “é um perigo para a população brasileira”, colocando em liberdade “5.800 criminosos (matadores em série, assassinos, pedófilos, latrocidias, dentre outros) sentenciados que cumprem penas em Hospitais Psiquiátricos de Custódia”⁷⁵.

Ademais, as mudanças normativas não se refletiram na prática. Em 2022, 1.869 pessoas cumpriam medida de segurança⁷⁶. Em 30 de junho de 2023, havia 2.212 pessoas submetidas à internação em Hospital de Custódia⁷⁷, distribuídos em 28 Hospitais de

⁷⁴ Conselho Regional de Medicina de São Paulo (CREMESP). Nota Pública, de 13 de abril de 2023. Disponível em: <<https://www.cremesp.org.br/imagens/files/Nota%20p%C3%BAblica.pdf>>. Acesso em: 23 de outubro de 2023.

⁷⁵ Conselho Federal de Medicina (CFM). Alerta urgente à sociedade brasileira, de 08 de maio de 2023. Disponível em: <<https://portal.cfm.org.br/noticias/cfm-apoia-manifestacao-contra-fechamento-de-hospitais-de-custodia-e-tratamentos-psiquiatricos/>>. Acesso em: 23 de outubro de 2023.

⁷⁶ Conselho Nacional de Justiça (CNJ). CNJ e Ministério da Saúde trabalham para implementar Política Antimanicomial, 01 de maio de 2023. Disponível em: <<https://www.cnj.jus.br/cnj-e-ministerio-da-saude-trabalham-para-implementar-politica-antimanicomial/>> . Acesso em 23 de outubro de 2023.

⁷⁷ BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas Penais. Relatório de Informações Penais - RELIPEN 1º semestre de 2023, p. 29. Disponível em: <<https://www.gov.br/senappen/pt-br/servicos/sisdepen/relatorios/relipen/relipen-1-semester-de-2023.pdf>> . Acesso em: 23 de outubro de 2023

Custódia⁷⁸, além de 477 indivíduos em tratamento ambulatorial⁷⁹, segundo dados do Relatório de Informações Penais. Destarte, o que se verificou na realidade foi um aumento no número de pacientes internados após a Resolução do CNJ, sem nenhum fechamento de Hospital de Custódia.

Assim, é preciso que haja, além das alterações previstas na Resolução, uma mudança de mentalidade dos médicos psiquiátricos, reduzindo os preconceitos em relação aos acusados. Uma possível forma de mudar tal mentalidade é, por exemplo, introduzir na base curricular do curso de Psiquiatria a história dos Hospitais Psiquiátricos e do Movimento Antimanicomial.

Também seria benéfico que o Código Penal fosse alterado de maneira a se adequar à Resolução, com alteração do art. 97 que prevê a internação para crimes punidos com pena de reclusão e o tratamento ambulatorial para aqueles com pena de detenção. Isso porque, a despeito da força normativa das Resoluções do CNJ, como decidido pelo STF na Medida Cautelar em Ação Declaratória de Constitucionalidade nº12-16/ Distrito Federal⁸⁰, fato é que o valor simbólico de uma previsão do Código Penal é maior do que uma Resolução do CNJ, garantindo maior segurança jurídica aos acusados.

Outra potencial solução seria a imposição de pena de advertência para os magistrados que não analisarem os casos de internação no prazo de 6 meses previsto no art. 16 da Resolução, conjuntamente com medidas mais severas, como a pena de censura ou remoção compulsória.

No mais, a extensão do Programa de Volta para Casa aos pacientes que estavam internados é vantajosa, garantindo certa estabilidade financeira a pessoas que estiveram isoladas durante um período de tempo considerável, mas não basta, devendo ser adotadas medidas de capacitação profissional desses indivíduos. Nesse sentido, seria interessante que o Projeto Começar de Novo, que fornece cursos e oportunidades de emprego em parceria com Escritórios Sociais, fosse adotado sistematicamente para os egressos dos Hospitais de Custódia.

⁷⁸ Ibidem, p. 150

⁷⁹ Ibidem, p. 31

⁸⁰ Brasil. Supremo Tribunal Federal. Ação Direta de Constitucionalidade, nº 12-6 MC Distrito Federal. Relator: Min. Carlos Britto. DJ, 12 fev. 2006. Diário de Justiça Eletrônico: 01 set. 2006.

Por fim, é necessário que o fim dos Hospitais de Custódia seja acompanhado de um investimento equivalente nas instituições que tratam de saúde mental no Sistema Único de Saúde, de maneira que os egressos de tais locais possam ser adequadamente tratados e acolhidos em sociedade.

VII - A REALIDADE DOS HOSPITAIS DE CUSTÓDIA

Os hospitais de custódia, de maneira análoga às prisões brasileiras, são marcados por situações degradantes, bem como são compostos por maioria de população negra, pobre e sem escolaridade.

V. I - Raça e classe social dos internados

Sobre o perfil dos pacientes internados em hospitais de custódia em relação à classe e ao transtorno mental apresentado, segundo pesquisa realizada em Ribeirão Preto/SP, chegou-se à seguinte conclusão⁸¹:

Dentre os resultados, chamam atenção: a predominância, dentre os internados, de diagnósticos de utilização de substâncias que causam dependência; o grande número de desinternações sem que haja realização de laudo de periculosidade; bem como a predominância de indivíduos de baixa renda e grau de escolaridade [DE OLIVEIRA et al, 2014, p. 26]

Tal perfil é confirmado por censo realizado pelo Instituto Anís e Ministério da Justiça em 2011⁸²:

Nos 26 ECTPs, pretos e pardos somavam 44% (1.782) da população e brancos, 38% (1.535). Havia 0,2% de amarelos e 0,2% de indígenas. Para 16% (um total de 621) da população, não havia registro de cor (...). Quase um quarto dessa população – 23%, ou 933 indivíduos – era analfabeta e 43% tinham ensino fundamental

⁸¹ DE OLIVEIRA, Ricardo Gonçalves Vaz et al. Medida de Segurança: perfil dos internados em um hospital psiquiátrico do interior do Estado de São Paulo. **Revista Brasileira de Segurança Pública**, v. 14, n. 2, p. 210-223, 2020.

⁸² Hospital de custódia: prisão sem tratamento – fiscalização das instituições de custódia e tratamento psiquiátrico do Estado de São Paulo / Organização de Quirino Cordeiro e Mauro Gomes Aranha de Lima. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2014, p. 26.

incompleto. Outros 13% haviam completado o ensino fundamental, 6% tinham o ensino médio e 0,8%, o ensino superior. Um único paciente tinha pós-graduação.

Esse censo também averiguou que, em 2011, 92% da população dos Hospitais de Custódia era formada por homens e a idade média era de 38 anos⁸³.

Nesse sentido, há uma delimitação evidente da classe social que é submetida à medida de segurança: as classes mais baixas. Assim, as pessoas de baixa renda e grau de escolaridade com algum tipo de transtorno mental muitas vezes não têm acesso à uma defesa adequada e, portanto, são submetidas à absolvição imprópria ou até mesmo condenadas quando deveriam ser absolvidas. Logo, esse conjunto de pessoas é duplamente fragilizado: pela condição social e pelos transtornos mentais.

Ainda, o abandono familiar e a falta de informação sobre o sistema judiciário por parte da população de baixa renda são dois outros elementos que contribuem para que o paciente internado em hospital de custódia pela imposição da medida de segurança não seja devidamente acompanhado por profissionais a fim de demonstrar a existência ou não da periculosidade. Destarte, muitos dos pacientes que poderiam ter sua medida de segurança extinta em razão da cessação da periculosidade continuam internados indefinidamente, com caráter perpétuo.

Nesse sentido, uma pesquisa realizada em 2010 por Débora Diniz nas cidades de Juiz de Fora, Ribeirão das Neves, Barbacena e Salvador concluiu que, das 228 pessoas cumprindo medida de segurança, 57 (25%) estavam internadas em período superior a 15 anos (medida de longa duração). Também se verificou 10 casos de internações superiores a 30 anos [DINIZ, PENALVA, 2011, p. 11-12]⁸⁴.

Nos casos de cumprimento de medida de segurança de longa duração, 49% dos internados nunca tinham sido submetidos ao exame de cessação de periculosidade. Ainda, 80 pessoas (35%) continuavam nos hospitais de custódia mesmo após o diagnóstico de cessação

⁸³ Ibidem

⁸⁴ DINIZ, Debora; PENALVA, Janaína. Medidas de Segurança, Loucura e direito penal: uma análise crítica das Medidas de Segurança, Série Pensando o Direito nº 35/2011, Secretaria de Assuntos Legislativos do Ministério da Justiça.

de periculosidade, sendo que em 33 casos havia, inclusive, sentença de desinternação, com expedição da respectiva carta⁸⁵.

Evidente, portanto, que apesar das previsões legais e jurisprudenciais para limitação da medida de segurança, essa ainda possui caráter perpétuo na prática, com internações extremamente duradouras e ausência de realização de exames periódicos para averiguação da periculosidade. Como agravante, a população dos hospitais de custódia são abandonadas pelo Estado, permanecendo internadas mesmo quando há constatação da cessação da periculosidade. Nas palavras de Thayara Castelo Branco⁸⁶:

Isso demonstra o esquecimento, o abandono e falta de políticas públicas assistenciais, com uma rede extra-hospitalar capacitada e funcional, capaz de promover a reinserção dessas pessoas. A agressão e a violência extrapolam níveis de racionalidade: são declaradas, reais e legitimadas. [CASTELO BRANCO, 2019, p. 148]

Assim, o modelo adotado de medidas de segurança é disfuncional, punindo a população pobre e mantendo os inimputáveis internados por tempo excessivo, em caráter perpétuo. Os internados são relegados ao esquecimento, tornando-se párias da sociedade. Os exames para averiguação da periculosidade, que deveriam ser frequentes, tornam-se raros e, mesmo quando realizados, não são respeitados. Nessa lógica, as medidas de segurança são uma forma que a sociedade encontra para excluir, em caráter quase permanente, aqueles que considera como inferiores.

⁸⁵ Ibidem, p. 33-34.

⁸⁶ BRANCO, Thayara Castelo. **A (des) legitimação das medidas de segurança no Brasil**. Livraria do Advogado Editora, 2019.

V. II - Estrutura dos hospitais de custódia

As condições existentes nos atuais hospitais de custódia são muito precárias, submetendo os internados a um estado degradante, como demonstra pesquisa realizada pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo⁸⁷:

Os três Hospitais apresentam inadequações nas instalações físicas. O espaço é pequeno para o contingente de internos abrigados. Mesmo quando o número de leitos planejados é superior ao número de leitos operacionais, observa-se que há superpopulação de pacientes. Nas enfermarias com mais de 50 leitos, a distância entre os leitos é mínima, estando os espaços de internação abaixo do preconizado pela legislação. Tal situação interfere no conforto térmico e ventilação no local, propiciando um maior risco de transmissão de agentes infecciosos.

Nos diferentes pavilhões observamos celas e enfermarias com janelas sem vidro, colchonetes sem revestimento e falta de enxoval para as camas, que praticamente inexistem.

As condições de higiene e limpeza são precárias em todas as enfermarias fiscalizadas. Podemos observar paredes com infiltração de umidade, tetos sem forro, janelas sem vidro e sem funcionamento, impossibilitando isolamento térmico e luminoso adequados. [CASTELO BRANCO, 2019, p. 82]

Nesses locais, diversos direitos fundamentais dos detentos são violados, como, por exemplo, sua integridade física e moral, o direito à saúde, a dignidade humana e a vedação a penas cruéis.

Ainda, não raros são relatos de práticas que se assemelham à tortura. Em 2016, foram realizadas denúncias de que o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HTCP), em Cariacica, Vitória, Espírito Santo, mantinha pacientes acorrentados a celas pequenas e insalubres⁸⁸. Não obstante, o Subcomitê de Prevenção da Tortura (SPT) pertencente à

⁸⁷ Ibidem, p. 82

⁸⁸ BOURGUIGNON, Natália. **Paciente é acorrentado em hospital de custódia no ES, mostra vídeo**. G1, 2016. Disponível em: <<http://g1.globo.com/espírito-santo/noticia/2016/07/video-mostra-paciente-acorrentado-em-hospital-de-custodia-no-es.html>>. Acesso em: 25 de agosto de 2022

Organização das Nações Unidas (ONU) emitiu relatório analisando situação de locais de privação de liberdade no Brasil, mencionando o Cento de Tratamento em Dependência Química Roberto Medeiros, hospital de custódia no Rio de Janeiro⁸⁹.

Sendo assim, a realidade dos hospitais de custódia em muito remonta ao estado de coisas inconstitucional dos presídios reconhecido na Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 347, na qual o Supremo Tribunal Federal⁹⁰ reconheceu a violação massiva de direitos fundamentais dos detentos pela omissão do Poder Público.

Diante disso, evidente está que a internação dos inimputáveis, além de não cumprir sua função essencial de tratá-los e ressocializá-los, agrava sua condição já extremamente vulnerável, afastando-os de seus laços familiares e dificultando o acesso a tratamentos adequados. Não obstante, reflete diversas vulnerabilidades sociais, colocando-os em uma situação ainda mais fragilizada.

⁸⁹ Subcomitê de Prevenção da Tortura e outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes. **Relatório sobre a visita ao Brasil do Subcomitê de Prevenção da Tortura e outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes**, CAT/OP/BRA/R.1, 08 de fevereiro de 2012. Disponível em: https://acnudh.org/load/2012/07/relatorio_SPT_2012.pdf. Acesso em: 11 de outubro de 2022.

⁹⁰ Brasil. Supremo Tribunal Federal. **Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 347**. Relator: Min. Marco Aurélio Mello. Diário da Justiça Eletrônico, 27 de maio de 2015.

VIII - PROPOSTA REFORMA DA MEDIDA DE SEGURANÇA

Como afirma Salo de Carvalho (2015, p. 503)⁹¹, a existência de um tempo mínimo para a internação ou tratamento ambulatorial, como prevê o artigo 97, parágrafo 1º do Código Penal, “*demonstra, em realidade, a inserção (subliminar) de uma tarifa retributiva de sanção aos inimputáveis*”.

Isso mostra que a medida de segurança, tal como está prevista no ordenamento jurídico brasileiro, cumpre a função de uma pena privativa de liberdade, mas sem as garantias existentes na pena de prisão, como a progressão de regime. Logo, se o objetivo do Código Penal é o tratamento do semi-imputável, é preciso compatibilizar os requisitos de periculosidade e inimputabilidade com os princípios que regem a aplicação da pena em nosso sistema.

A primeira mudança necessária é a retirada de um tempo mínimo de duração da medida de segurança, já que se o critério é a periculosidade do agente, caso se demonstre que o inimputável não representa perigo para a comunidade, não existe razão para imposição da medida de segurança. Por exemplo, se o agente recebe tratamento adequado, com acompanhamento regular de profissionais e acolhimento da família, retirá-lo de tal contexto e colocá-lo em hospital de custódia, afastando-o de sua rede de apoio, é contraproducente em relação a seu processo terapêutico e pode representar grande retrocesso em seu quadro psico-social.

Ainda, para garantir o melhor tratamento, o dispositivo que discorre sobre a medida de segurança deveria prever hipótese em que o juiz pode deixar de aplicar a medida de segurança se a condição biopsicossocial do inimputável assim permitir.

Não obstante, a medida de segurança, tal como se apresenta hoje, viola a proibição de penas perpétuas, já que não há duração máxima para sua aplicação.

⁹¹ Ibidem

Nesse sentido, o Superior Tribunal de Justiça, em 2015, aprovou a Súmula 527⁹², que dispõe: “O tempo de duração da medida de segurança não deve ultrapassar o limite máximo da pena abstratamente cominada ao delito praticado”.

Ocorre que tal Súmula não vincula os demais tribunais, mas tão somente fixa a interpretação jurisprudencial da Corte a respeito da lei federal. Dessa maneira, não raramente é possível verificar decisões em sentido contrário, refutando a limitação temporal da medida de segurança. Tome-se como exemplo:

EMENTA: ABSOLVIÇÃO IMPRÓPRIA - MEDIDA DE SEGURANÇA - PRAZO INDETERMINADO - DURAÇÃO QUE DEVE PERDURAR ENQUANTO NÃO CESSAR A PERICULOSIDADE DO AGENTE - LIMITE TEMPORAL MÁXIMO DE TRINTA ANOS - A medida de segurança aplicada em virtude de sentença absolutória imprópria deve perdurar por tempo indeterminado, persistindo enquanto não se verificar a cessação de periculosidade do réu - No entanto, considerando o óbice constitucional à pena perpétua, o prazo de duração da medida de segurança não pode ser eterno, ficando jungido ao período máximo de trinta anos, conforme interpretação sistemática e teleológica dos artigos 75 e 97 do Código Penal. V.P.V. APELAÇÃO CRIMINAL - FURTO QUALIFICADO TENTADO - PRELIMINAR DE NULIDADE DA SENTENÇA POR AUSÊNCIA DE FIXAÇÃO DE PENA PRIVATIVA DE LIBERDADE - IMPOSSIBILIDADE - ACUSADO INIMPUTÁVEL - SENTENÇA ABSOLUTÓRIA IMPRÓPRIA. PREFACIAL REJEITADA. Tratando-se de acusado inimputável, inviável a aplicação de pena, uma vez que o ato por ele praticado não se ajusta a concepção de delito, ensejando a prolação de Sentença Absolutória Imprópria, a qual origina, exclusivamente, medida de segurança. PRELIMINAR DE NULIDADE DA SENTENÇA POR INEXISTÊNCIA DE FIXAÇÃO DO PRAZO MÁXIMO DA MEDIDA DE SEGURANÇA - AUSÊNCIA DE DETERMINAÇÃO LEGAL - INTELIGÊNCIA DO ART. 97, § 1º, DO CÓDIGO PENAL - MANUTENÇÃO DO TRATAMENTO ENQUANTO PERDURAR A PERICULOSIDADE. PREFACIAL REJEITADA. **Nos termos do art. 97, § 1º, do Código Penal a medida de segurança, consistente em internação ou tratamento ambulatorial, não terá um tempo máximo**

⁹² BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Súmula nº 527. Data de publicação: 18 maio de 2015.

determinado, devendo perdurar enquanto não cessar a periculosidade do agente. (...).⁹³

HABEAS CORPUS. PACIENTE INIMPUTÁVEL. MEDIDA CAUTELAR. INTERNAÇÃO PROVISÓRIA. PEDIDO DE REVOGAÇÃO. SÚMULA 527, STJ. PERICULOSIDADE. RISCO DE REINCIDÊNCIA. CONTEXTO FAMILIAR DESFAVORÁVEL. MANUTENÇÃO. 1. Habeas Corpus impetrado contra a decisão que indeferiu o pedido de revogação da internação provisória, decretada em razão de doença mental do paciente. 2. O paciente foi denunciado, pela prática, em tese, dos crimes descritos nos artigos 21 do Decreto-Lei nº 3.688/41 e 147 do Código Penal, ambos na forma do artigo 61, inc. II, alínea "f", do Código Penal, c/c com o 5º, incisos I e II e 7º, I e II, ambos da Lei nº 11.340/2006, praticados contra sua curadora. 3. Nos termos do artigo 319, inciso VII, do CPP, a internação provisória do acusado é possível nas hipóteses de crimes praticados com violência ou grave ameaça, quando os peritos concluírem ser o réu inimputável. 4. **Não obstante o teor da súmula 527 do Superior Tribunal de Justiça, o caso dos autos guarda particularidades, pois o Incidente de Insanidade Mental demonstra o agravamento da doença e risco, de moderado a alto, de violência e reincidência.** Além disso, o réu não tem rede de apoio familiar, tendo inclusive, agredido a própria curadora. 5. Demonstrada periculosidade do paciente, bem como que a manutenção da medida cautelar é necessária para evitar a prática de novas infrações penais, não há que se falar em constrangimento ilegal. 6. Ordem denegada.⁹⁴

Habeas Corpus. Execução Penal. Decisão que indeferiu pleito de extinção de medida de segurança, cuja duração ultrapassou a soma das penas máximas cominadas abstratamente aos delitos praticados. Súmula 527, STJ. Matéria versada na impetração já apreciada por ocasião do julgamento, por esta C. Câmara, do Agravo em Execução nº 0007876-84.2015.8.26.0000, **em cujo acórdão se reconheceu a impossibilidade da extinção da medida de segurança enquanto não atestada a cessação da periculosidade do agente. Quadro fático inalterado, conforme recente laudo psiquiátrico.** Não conhecimento. Impossibilidade desta C. Corte de rever seus próprios julgados. Writ não conhecido.⁹⁵

⁹³ Minas Gerais. Tribunal de justiça. Apelação criminal nº 10338140112172001. Relator: Rubens Gabriel Soares, Data de Julgamento: 20/09/2016. Data de Publicação: 30/09/2016

⁹⁴ Distrito Federal. Tribunal de Justiça. Habeas Corpus nº 0717505-59.2021.8.07.0000. Relator: CESAR LOYOLA. Data de Julgamento: 17/06/2021, 1ª Turma Criminal. Data de Publicação no PJe: 24/06/2021 .

⁹⁵ São Paulo. Tribunal de Justiça. Habeas Corpus nº 2217026-37.2016.8.26.0000. Relator: Juvenal Duarte, Data de Julgamento: 01/12/2016, 5ª Câmara de Direito Criminal, Data de Publicação: 05/12/2016

Não obstante, a ausência de previsão legal para determinação da duração máxima da medida de segurança já na sentença contribui para que as pessoas mais pobres, sem acesso a uma defesa adequada que vele pelos seus direitos, como acompanhamento adequado para o paciente e a avaliação periódica para verificação do critério da periculosidade, continue indefinidamente nos hospitais de custódia, ainda que não representem mais riscos à sociedade.

Também, a ausência de prazo máximo fixado em lei impede o reconhecimento de prescrição, já que essa é calculada a partir da pena máxima estipulada para o delito.

Logo, como maneira de solucionar as divergências jurisprudenciais e garantir a aplicação concreta do art. 5º, inciso LXVII da Constituição, é preciso que o legislador preveja expressamente a limitação temporal da medida de segurança, restringindo-a à pena máxima para o delito que o paciente cometeu.

Além disso, o conceito de periculosidade se mostra insuficiente para a imposição da medida de segurança ao paciente. Como já demonstrado anteriormente, a medida de segurança possui caráter de pena, tendo, em certa medida, aspecto de punição e, por isso, deve ter prazo máximo previsto na sentença.

Nos termos do artigo 59 do Código Penal,⁹⁶ para fixação da pena base, o juiz deve avaliar “a culpabilidade, aos antecedentes, à conduta social, à personalidade do agente, aos motivos, às circunstâncias e conseqüências do crime, bem como ao comportamento da vítima”. No entanto, como visto no Capítulo II do presente estudo, a inimputabilidade retira do agente sua culpabilidade, não podendo ser essa utilizada como critério para fixação da pena. Não obstante, a conduta social, a personalidade do agente e os motivos do crime são fatores relacionados com aspectos subjetivos do apenado, mas tais aspectos subjetivos ficam prejudicados em razão do transtorno mental, que altera a percepção da realidade seu comportamento perante terceiros. Logo, dos critérios listados no artigo 59, deve-se levar em

⁹⁶ Art. 59 - O juiz, atendendo à culpabilidade, aos antecedentes, à conduta social, à personalidade do agente, aos motivos, às circunstâncias e conseqüências do crime, bem como ao comportamento da vítima, estabelecerá, conforme seja necessário e suficiente para reprovação e prevenção do crime:

I - as penas aplicáveis dentre as cominadas;

II - a quantidade de pena aplicável, dentro dos limites previstos;

III - o regime inicial de cumprimento da pena privativa de liberdade;

IV - a substituição da pena privativa da liberdade aplicada, por outra espécie de pena, se cabível

consideração na aplicação da medida de segurança os antecedentes do paciente, as circunstâncias e consequências do crime e o comportamento da vítima. Também é preciso considerar as agravantes e atenuantes, bem como as causas de aumento e diminuição da pena.

Outro grande problema do sistema de medida de segurança é a inexistência de previsão de exames periódicos para verificar a cessação ou não da periculosidade do indivíduo. A única avaliação prevista no Código de Processo Penal é ao fim do prazo mínimo de duração da medida de segurança (art. 775, caput). A ausência de prazo para revisões periódicas a respeito da necessidade da internação ou do tratamento ambulatorial do inimputável contribui para o caráter perpétuo da medida de segurança, já que, na maioria das vezes, nem o paciente nem sua família possuem condições para exigir a realização tais exames e contestar a necessidade da internação. Isso se confirma com a pesquisa de Débora Diniz que conclui que 49% dos internados nunca tinham sido submetidos ao exame de cessação de periculosidade⁹⁷.

Assim, para mitigar tal problema, propõe-se que seja adotada a revisão periódica da necessidade da medida de segurança a cada 3 meses, de maneira obrigatória, com a realização do exame de cessação de periculosidade, avaliação biopsicossocial e decisão fundamentada. Caso descumprido esse prazo, deve-se colocar o inimputável em liberdade. Dessa maneira, deve-se substituir a recomendação da revisão a cada 30 dias, prevista no art. 13, parágrafo 3º da Resolução 487 do CNJ, já que tal prazo é muito diminuto, tornando difícil sua concretização.

Não obstante, a ausência de previsão de progressão de regime viola o princípio da individualização das penas, assim como a fixação do regime - internação ou tratamento ambulatorial - com base na pena de reclusão ou detenção prevista para o delito cometido. Tal princípio impõe que a pena aplicada ao réu condenado seja leve em consideração a gravidade do delito cometido, suas circunstâncias e a culpabilidade do agente.

⁹⁷ DINIZ, Debora; PENALVA, Janaina. Medidas de Segurança, Loucura e direito penal: uma análise crítica das Medidas de Segurança, Série Pensando o Direito nº 35/2011, Secretaria de Assuntos Legislativos do Ministério da Justiça. P. 11-12

Sobre o assunto, Nilo Batista (1990, p. 104/105)⁹⁸ afirma que a determinação da pena deve levar em consideração não só o contexto em que o delito foi cometido, mas também a conjuntura social na qual o apenado está inserido:

Por individualização se entende aqui especialmente a individualização judicial, ou seja, a exigência de que a pena aplicada considere aquela pessoa concreta à qual se destina. Neste campo, o tema mais atual é a chamada co-culpabilidade. Trata-se de considerar, no juízo de reprovabilidade que é a essência da culpabilidade, a concreta experiência social dos réus, as oportunidades que se lhes depararam e a assistência que lhes foi ministrada, correlacionando sua própria responsabilidade a uma responsabilidade geral do estado que vai impor-lhes a pena; em certa medida, a co-culpabilidade faz sentar no banco dos réus, ao lado dos mesmos réus, a sociedade que os produziu, como queria Ernst Bloch. Como diz Zaffaroni, "reprovar com a mesma intensidade a pessoas que ocupam situações de privilégio e a outras que se acham em situação de extrema penúria é uma clara violação ao princípio da igualdade corretamente entendido". "O direito realmente igual" - anota Cirino - "é o que considera desigualmente indivíduos concretamente desiguais". O artigo 5º, inciso 1 do Código Penal da República Democrática da Alemanha, de 1968, abre as portas a essa orientação: "uma ação é cometida de forma reprovável quando seu autor, não obstante as possibilidades de uma conduta socialmente adaptada que lhe tenham sido oferecidas, realiza, por atos irresponsáveis, os elementos legalmente constitutivos de um delito ou de um crime". [BATISTA, 1990, p. 104/105].

Nesse sentido, no momento de imposição da medida de segurança, é preciso levar em consideração os obstáculos enfrentados por uma pessoa com transtorno mental, seu nível de integração social e sua rede de apoio, de forma a compreender as circunstâncias que levaram o agente a realizar aquela conduta, de maneira a analisar qual a responsabilidade do Estado perante os atos cometidos pelas pessoas menos privilegiadas.

Ainda, hoje se reconhece, na psiquiatria, que o tratamento mais adequado para as pessoas com algum tipo de transtorno mental é feito na sociedade, em contato com a família, sem cortar seus laços afetivos e de maneira voluntária. É partindo dessa concepção que a Lei

⁹⁸BATISTA, Nilo. **Introdução crítica ao direito penal brasileiro**. Rio de Janeiro: Revan, 1990.

da Reforma Psiquiátrica determinou que a internação de pacientes com transtornos mentais deve ocorrer apenas em último caso, quando “recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes” (art. 4º).

Dessa maneira, a fixação a priori do tipo de medida de segurança a ser imposta, a depender da pena prevista para o delito cometido ser de reclusão ou detenção, vai na contramão da Lei de Reforma Psiquiátrica, bem como desconsidera o contexto no qual o paciente está inserido e qual o tratamento mais adequado para ele. A regra, na medida de segurança, deve ser o tratamento ambulatorial e, apenas em casos mais graves, a internação em hospital de custódia. Assim, a fixação do regime de tratamento do inimputável deve se basear em suas condições particulares.

Por fim, caso seja determinada a internação do paciente, é necessário que haja algum tipo de “progressão de regime” para o tratamento ambulatorial, de forma a garantir a continuidade de sua terapia, mas sem ignorar sua evolução. Tais critérios de progressão não devem ser uma forma de estabelecer um prazo mínimo para internação, mas sim uma maneira de determinar um limite máximo para seu cumprimento.

Sendo assim, sugere-se que seja fixado em lei a realização de exame médico a cada 3 meses, necessariamente, para verificar se a necessidade da internação se mantém ou se há possibilidade de cessar a medida de segurança, com necessidade de justificação, baseada no laudo médico, do juiz caso opte pela manutenção da internação. Com isso, inverte-se a lógica atual de perpetuação da internação em hospital de custódia. Além disso, deve haver progressão da internação para o tratamento ambulatorial de maneira obrigatória, após cumpridos 2/3 (dois terços) da pena fixada no caso concreto, para que haja progressiva reintegração social do inimputável.

IX - CONCLUSÃO FINAL

Conforme os argumentos expostos, conclui-se que a estrutura dos manicômios judiciais, bem como da medida de segurança, é herança de um passado capacitista, com grande influência da teoria degenerativa de Benedict Augustin Morel, na qual as neuropatologia são passadas hereditariamente, e do determinismo biológico e social elaborado mais profundamente pelos positivistas em todas as suas vertentes, como Cesare Lombroso e o positivismo antropológico, Enrico Ferri e sua vertente social e Raffaele Garofalo com o positivismo jurídico. No Brasil, ressalta-se a teoria racista de Nina Rodrigues, que relaciona raça, transtornos mentais e criminalidade.

Além disso, a configuração do manicômio judicial foi pensada para excluir pessoas com deficiência da sociedade, segregando-as e impedindo seu tratamento de forma adequada. Tal é o caso do Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro, que surgiu de uma subdivisão do Hospital Nacional de Alienados. Tal Hospital se localizava em uma área afastada do Rio de Janeiro, de forma a excluir as pessoas acometidas por transtornos mentais da sociedade.

A estrutura da medida de segurança, tal como se apresenta atualmente, é inconstitucional no plano teórico pela ausência de individualização da pena, já que não há previsão de progressão da internação para o tratamento ambulatorial.

Não obstante, a medida de segurança é inconstitucional por ser pena com caráter perpétuo, pois não há limitação, a priori, do prazo máximo para internação do inimputável. Para tentar dirimir tal problema, o Supremo Tribunal Federal limitou o cumprimento da medida de segurança ao prazo de 30 anos - atualmente, tal prazo seria de 40 anos, que é o limite máximo para cumprimento da pena privativa de liberdade - e o Superior Tribunal de Justiça determinou que o prazo máximo para a imposição de medida de segurança deve ser a pena máxima prevista para o delito cometido. No entanto, a despeito de tais decisões, o que se verifica na prática é que tais limitações não são respeitadas, prevalecendo internações de caráter duradouro, com períodos superiores a 15 anos e inclusive casos de internações que ultrapassam 30 anos.

Ainda, a medida de segurança é inconstitucional concretamente, pois, em sua execução, verificam-se situações extremamente precárias nos hospitais de custódia,

enquadrando-se como penas cruéis e degradantes, o que poderia se enquadrar em um estado de coisas inconstitucional, com violações constantes de direitos humanos. Tais condições também violam a Convenção da Pessoa com Deficiência e a Convenção Americana de Direito Humanos, que visam garantir direitos básicos como a vida e a integridade física.

Ademais, a própria base da medida de segurança se mostra inadequada, porque se fundamenta na periculosidade do autor em razão de seu transtorno mental. Sendo assim, pune-se a pessoa neurodivergente por quem ela é, adotando-se um direito penal do autor que se mostra incompatível com o direito penal do fato adotado pelo Brasil.

Os critérios de inimputabilidade e periculosidade se mostram inadequados diante da compreensão mais recente da psiquiatria e da psicologia sobre os transtornos mentais. A constatação da periculosidade, por exemplo, depende de alta arbitrariedade dos médicos que realizam os exames, uma vez que não existe um parâmetro a priori que possa ser utilizado para todos os casos.

No âmbito da inimputabilidade, a deturpação total ou parcial da realidade capaz de impedir o conhecimento do ilícito no momento da prática do delito é algo difícil de ser averiguado na prática e também depende em grande medida dos critérios adotados pelos médicos no momento da produção do laudo.

Assim, o que se verifica é que o poder judiciário fica, em parte, dependente do entendimento dos médicos que atuam no caso em questão e de suas convicções. Logo, é preciso que se altere o Código Penal, de forma a se prever que a medida de segurança deve ser imposta de acordo as necessidades de cada acusado, mediante avaliação biopsicossocial de múltiplas equipes médicas, para que se tenha opiniões diversas dos profissionais.

Outrossim, a medida de segurança contraria o entendimento da psiquiatria recente de que a melhor maneira de tratar pessoas com transtornos mentais é realizar as terapias necessárias sem romper o vínculo de tais pessoas com a sociedade e com seus familiares e sua rede de apoio, devendo-se priorizar o tratamento extra-hospitalar dos pacientes.

Tal concepção foi melhor elaborada por Franco Basaglia, que entendia que os hospitais psiquiátricos possuíam estrutura semelhante às prisões e que tanto os hospitais quanto as prisões cumpriam o propósito de retirar da sociedade uma parcela da população indesejada. O médico tentou implementar as reformas de desinstitucionalização no Hospital

de Gorizia, mas não obteve sucesso em razão da resistência social enfrentada. No entanto, no Hospital Regional de Trieste, Basaglia realizou mudanças profundas, com maior igualdade entre pacientes, profissionais e sociedade, além da implementação de centros comunitários de saúde mental. Tal experiência teve grande êxito, resultando na Reforma Psiquiátrica italiana, que culminou na determinação da extinção dos manicômios em 1978. Ainda, Trieste obteve reconhecimento internacional da Organização Mundial da Saúde (OMS), que reconheceu tal local como “zona piloto” no que tange ao tratamento das pessoas acometidas por transtornos mentais.

No Brasil, essa visão foi adotada pela Reforma Psiquiátrica, ressaltando-se a Lei 10.216/2001, a qual determina que o tratamento extra-hospitalar deve ser adotado como regra, enquanto a internação, sobretudo a internação compulsória, deve ser medida excepcional em casos extremos.

Ocorre que as mudanças implementadas nos hospitais psiquiátricos brasileiros não se refletiram em alterações no modelo de medida de segurança e nos hospitais de custódia. Apesar das alterações significativas trazidas pela Resolução 487 do CNJ, diversos problemas permanecem.

Uma das grandes evoluções resultantes de tal Resolução é a determinação da modalidade de cumprimento da medida de segurança a partir das necessidades do acusado, mediante avaliação biopsicossocial. Outra medida importante é a previsão de um Projeto Terapêutico Singular para os inimputáveis.

A disposição mais significativa diz respeito ao fim dos Hospitais de Custódia no prazo de 6 meses, porém o número de internados aumentou⁹⁹. Ainda, houve forte reação da comunidade médica desaprovando a Resolução. Assim, a ineficácia prática das alterações normativas demonstram a necessidade da revisão da própria base das medidas de segurança, que é a periculosidade, além da urgência de adoção medidas políticas, como um maior investimento na área de saúde mental fornecida pelo Sistema Único de Saúde, e sociais, como uma mudança na mentalidade da comunidade médica.

⁹⁹ Manicômios judiciais extintos? Especialista explica resolução do CNJ. Migalhas, 2023. Disponível em: <<https://www.migalhas.com.br/quentes/390389/manicomios-judiciarios-extintos-especialista-explica-resolucao-do-cnj>>. Acesso em: 25 de outubro de 2023.

Ademais, a Resolução nada dispõe sobre a existência de um prazo mínimo para a medida de segurança. Tal prazo também é contraproducente, principalmente nos casos em que a pessoa acometida por transtorno mental que cometeu fato descrito como crime tenha uma rede de apoio social e familiar capaz de promover o tratamento adequado e que ela não apresente risco de reincidência.

Na prática, a medida de segurança serve para isolar as classes sociais mais baixas, punindo-se, em regra, homens pretos e pardos sem educação formal. Portanto, é evidente que a medida de segurança perpassa diversos preconceitos existentes na sociedade e, sobretudo, no poder judiciário, além de escancarar o abandono de tal população.

Por fim, tanto a sociedade, quanto os integrantes do poder judiciário reproduzem em larga medida o capacitismo com relação às pessoas com deficiência mental, tratando-os determinados ao cometimento de delitos em virtude dos transtornos mentais, retirando o mérito de qualquer escolha pessoal dos doentes.

Diante disso, é notável que o sistema da medida de segurança no Brasil precisa ser revista, retirando-se a pena mínima para imposição do tratamento ambulatorial e da internação. Também é preciso que se fixe uma “pena” na sentença, levando em consideração as agravantes e atenuantes e as causas de aumento e diminuição de pena, para fins de prescrição e de maneira a limitar a duração da medida de segurança a tal pena. Deve-se priorizar também o tratamento da pessoa no ambiente familiar, evitando-se romper seus laços afetivos e sociais. Também é preciso que haja previsão legal para realização periódica do exame biopsicossocial do indivíduo, sugerindo-se o prazo máximo de 3 meses entre cada exame, de maneira a acompanhar a evolução de cada paciente, evitando-se internações por períodos superiores ao necessário. Por fim, deve-se adotar uma postura de extinção gradativa do modelo manicomial, reinserindo os inimputáveis em sociedade, assim como prevê a Resolução 487 do CNJ.

X - BIBLIOGRAFIA

ARBEX, Daniela. **Holocausto brasileiro**. Editora Intrínseca, 2019.

AMARANTE, Paulo; NUNES, Mônica de Oliveira. **A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios**. *Ciência & saúde coletiva*, v. 23, p. 2067-2074, 2018.

BASAGLIA, Franco. O homem do pelourinho. **Educação e sociedade**, n. 25, 1986.

BASAGLIA, Franco et al. **A liberdade comunitária como alternativa ao retrocesso institucional**. *Libertas*, v. 22, n. 1, 2022.

BATISTA, Nilo. **Introdução crítica ao direito penal brasileiro**. Rio de Janeiro: Revan, 1990.

BECCARIA, Cesare. **Dos Delitos e das Penas**. 3ª ed. São Paulo: Edijur, 2012.

BITENCOURT, Cezar Roberto. **Tratado de direito penal - Parte geral**. Saraiva Educação, v. 1, 26ª edição, 2020.

BOURGUIGNON, Natália. **Paciente é acorrentado em hospital de custódia no ES, mostra vídeo**. G1, 2016. Disponível em: <<http://g1.globo.com/espírito-santo/noticia/2016/07/video-mostra-paciente-acorrentado-em-hospital-de-custodia-no-es.html>>. Acesso em: 25 de agosto de 2022.

BRANCO, Thayara Castelo. **A (des) legitimação das medidas de segurança no Brasil**. Livraria do Advogado Editora, 2019.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei 3.679, de 12 de setembro de 1989. Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória**. Brasília: Câmara dos Deputados. Disponível em: <<https://imagem.camara.gov.br/Imagem/d/pdf/DCD29SET1989.pdf#page=30>>. Acesso em: 13 de junho de 2023.

Brasil. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei 1.152/2003. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais**

egressos de internações. Brasília: Câmara dos Deputados. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=137021&filename=PL%201152/2003>. Acesso em: 13 de junho de 2023.

BRASIL. Rede de Assistência e Proteção Social. **Serviço e Informações do Brasil. Unidade de Acolhimento.** [Brasília]: 2023. Disponível em: <<https://www.gov.br/pt-br/servicos/acessar-unidade-de-acolhimento#:~:text=O%20que%20%C3%A9%3F,v%C3%ADnculos%20familiares%20rompidos%20ou%20fragilizados>>. Acesso em: 20 de agosto de 2023.

Brasil. Supremo Tribunal Federal. **Ação Direta de Constitucionalidade, nº 12-6 MC Distrito Federal.** Relator: Min. Carlos Britto. DJ, 12 fev. 2006. Diário de Justiça Eletrônico: 01 set. 2006.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 347.** Relator: Min. Marco Aurélio Mello. Diário da Justiça Eletrônico, 27 de maio de 2015.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Habeas-corpus nº 84.219 de São Paulo.** Brasília, DF, 16 de agosto de 2005.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Recurso Extraordinário no 466343 / SP – SÃO PAULO.** Relator: Min. Cezar Peluso. DJ, 3 dez. 2008. Diário da Justiça Eletrônico, 5 jun. 2009.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **Súmula nº 527.** Data de publicação: 18 maio de 2015.

CARRARA, Sérgio. Crime e loucura: o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século. In: **Crime e loucura: o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século.** 1998.

CARVALHO, Salo de. **Penas e medidas de segurança no direito penal brasileiro.** Saraiva Educação SA, 2020.

Conselho Federal de Medicina (CFM). **Alerta urgente à sociedade brasileira,** de 08 de maio de 2023. Disponível em: <<https://portal.cfm.org.br/noticias/cfm-apoia-manifestacao->

contra-fechamento-de-hospitais -de-custodia-e-tratamentos-psiquiatricos/>. Acesso em: 23 de outubro de 2023.

Conselho Regional de Medicina de São Paulo (CREMESP). **Nota Pública**, de 13 de abril de 2023. Disponível em: <<https://www.cremesp.org.br/imagens/files/Nota%20p%C3%BAblica.pdf>>. Acesso em: 23 de outubro de 2023.

DALGALARRONDO, Paulo. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. Artmed Editora, 2018.

DE OLIVEIRA, Ricardo Gonçalves Vaz et al. **Medida de Segurança: perfil dos internados em um hospital psiquiátrico do interior do Estado de São Paulo**. Revista Brasileira de Segurança Pública, v. 14, n. 2, p. 210-223, 2020.

Deputados aprovam Convenção sobre pessoa com deficiência. Câmara dos Deputados, 2002. Disponível em: <<https://www.camara.leg.br/noticias/117690-deputados-aprovam-convencao-sobre-pessoa-com-deficiencia/>>. Acesso em: 15 de agosto de 2022.

DINIZ, Debora; PENALVA, Janaína. **Medidas de Segurança, Loucura e direito penal: uma análise crítica das Medidas de Segurança**, Série Pensando o Direito nº 35/2011, Secretaria de Assuntos Legislativos do Ministério da Justiça.

Distrito Federal. Tribunal de Justiça. **Apelação criminal nº 0006862-85.2018.8.07.0001**. Relator: J.J. COSTA CARVALHO. Data de Julgamento: 05/11/2020, 1ª Turma Criminal, Data de Publicação no PJe: 19/11/2020 . Pág.: Sem Página Cadastrada.

Distrito Federal. Tribunal de Justiça. **Habeas Corpus nº 0717505-59.2021.8.07.0000**. Relator: CESAR LOYOLA. Data de Julgamento: 17/06/2021, 1ª Turma Criminal. Data de Publicação no PJe: 24/06/2021.

FERRARI, Eduardo Reale. **Medidas de segurança e direito penal no estado democrático de direito**. São Paulo: RT, 2001.

FERRI, Enrico. **Criminal sociology**. Little, Brown, 1892-1917.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura na Idade Clássica**. 3. ed. São Paulo: Perspectiva, 1961-1993.

GAROFALO, Rafaelle. **Criminologia**. Campinas: Péritas Editora e Distribuidora Ltda, 1893-1997.

GOULART, Maria Stella Brandão. **Raízes Italianas Do Movimento Antimanicomial**. Casa do Psicólogo, 2007.

GUIMARÃES, Andréa Noeremberg et al. **Tratamento em saúde mental no modelo manicomial (1960 a 2000): histórias narradas por profissionais de enfermagem**. Texto & Contexto-Enfermagem, v. 22, p. 361-369, 2013. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/tce/a/Nqmhjwx99tRHMv6fR8HLCc/?format=pdf&lang=pt>>

Hospital de custódia: prisão sem tratamento – fiscalização das instituições de custódia e tratamento psiquiátrico do Estado de São Paulo. Organização de Quirino Cordeiro e Mauro Gomes Aranha de Lima. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2014

JACOBINA, Paulo Vasconcelos. **Direito penal da loucura: medida de segurança e reforma psiquiátrica**. In: Direito penal da loucura: medida de segurança e reforma

JUNQUEIRA, Anamélia Maria Guimarães; CARNIEL, Isabel Cristina. **Olhares sobre a loucura: os grupos na experiência de Gorizia**. Rev. SPAGESP, Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, p. 12-22, 2012. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702012000200003&lng=pt&nrm=i>. Acesso em: 25 de outubro de 2023.

KARAM, Maria Lúcia. Medidas de segurança: punição do enfermo mental e violação da dignidade. **verve. revista semestral autogestionária do Nu-Sol**, n. 2, 2002.

LOMBROSO, Cesare. **O Homem Delinquente**. São Paulo: Ícone, 2010.

Manicômios judiciais extintos? Especialista explica resolução do CNJ. Migalhas, 2023. Disponível em: <<https://www.migalhas.com.br/quentes/390389/manicomios-judiciarios-extintos-especialista-explica-resolucao-do-cnj>>. Acesso em: 25 de outubro de 2023.

MEIRELLES, B. B.; CARVALHO, J. **Comunidade Terapêutica democrática ou nova racionalização de operação do poder psiquiátrico: referências históricas de sua emergência.** Revista Ingesta, [S. l.], v. 1, n. 1, p. 268-282, 2019. DOI: 10.11606/issn.2596-3147.v1i1p268-282. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/revista-ingesta/article/view/151759>>. Acesso em: 21 de setembro de 2023.

Minas Gerais. Tribunal de justiça. **Apelação criminal nº 10338140112172001.** Relator: Rubens Gabriel Soares, Data de Julgamento: 20/09/2016. Data de Publicação: 30/09/2016.

MOREL, Benedict- Augustin. **Traité des aliénés dans ses rapports avec la capacité civile et la responsabilité juridique des individus atteintes de diverses affections aiguës ou chroniques du système nerveux.** Paris: Atlas de XII Plaches, 1866.

MOREL, Benedict-Augustin. **Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine et des causes qui produisent ces variétés malades.** Paris: Baillière. 1857.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS); ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Orientações sobre Serviços Comunitários de Saúde Mental: Promoção de Abordagens Centradas na Pessoa e Baseadas em Direitos.** 2021. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/56614/9789275726440_por.pdf?sequence=5&isAllowed=y>. Acesso em 23 de setembro de 2023.

PESSOTTI, Isaías. **O século dos manicômios.** Editora 34, 1996.

RODRIGUES, Nina. Mestiçagem, degenerescência e crime. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 15, p. 1151-1180, 2008.

SANTOS, Ana Luiza Gonçalves dos; FARIAS, Francisco Ramos de. **Criação e extinção do primeiro Manicômio Judiciário do Brasil.** *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, v. 17, p. 515-527, 2014.

SANTOS, Juarez Cirino dos. **Teoria da Pena: fundamentos políticos e aplicação judicial.** Rio de Janeiro, 2005.

SÃO PAULO. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. **Hospital de custódia: prisão sem tratamento – fiscalização das instituições de custódia e tratamento psiquiátrico do Estado de São Paulo**. São Paulo: 2014. Disponível em: <https://www.cremesp.org.br/pdfs/Livro_Hospital_de_Custodia.pdf> . Acesso em: 10 de abril de 2022

SÃO PAULO. Governo do Estado. Procuradoria Geral do Estado. **Cartilha dos Direitos e Deveres dos Presos**. São Paulo: 1999. Disponível em: <<http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/bibliotecavirtual/presos/cartilha.htm>>. Acesso em: 19 de abril de 2022.

SÃO PAULO. Tribunal de Justiça. **Habeas Corpus nº 2217026-37.2016.8.26.0000**. Relator: Juvenal Duarte, Data de Julgamento: 01/12/2016, 5ª Câmara de Direito Criminal, Data de Publicação: 05/12/2016

Senado aprova texto da convenção sobre direito das pessoas com deficiência. Senado notícias, 2008. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2008/07/02/senado-aprova-texto-da-convencao-sobre-os-direitos-das-pessoas-com-deficiencia>>. Acesso em: 15 de agosto de 2022.

SENADO NOTÍCIAS. **Após 20 anos, Reforma Psiquiátrica ainda divide opiniões**. Agência Senado. Brasília, 06 de abril de 2021. Disponível em: <[https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2021/04/06/apos-20-anos-reforma-psiquiatrica-ainda-divide-opinioes#:~:text=A%20Lei%20Antimanicomial%2C%20que%20promoveu%20a%20reforma%2C%20tem%20como%20diretriz,CAPs\)%20em%20todo%20o%20pa%C3%A9s](https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2021/04/06/apos-20-anos-reforma-psiquiatrica-ainda-divide-opinioes#:~:text=A%20Lei%20Antimanicomial%2C%20que%20promoveu%20a%20reforma%2C%20tem%20como%20diretriz,CAPs)%20em%20todo%20o%20pa%C3%A9s)>. Acesso em: 13 de junho de 2023.

SERAPIONI, Mauro. **Franco Basaglia: biografia de um revolucionário**. História, Ciências, Saúde-Manguinhos, v. 26, p. 1169-1187, 2019.

Subcomitê de Prevenção da Tortura e outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes. **Relatório sobre a visita ao Brasil do Subcomitê de Prevenção da Tortura e outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes**, CAT/OP/BRA/R.1, 08 de fevereiro de 2012. Disponível em: https://acnudh.org/load/2012/07/relatorio_SPT_2012.pdf. Acesso em: 11 de outubro de 2022.

ZAFFARONI, Eugenio Raúl et al. **Inimputabilidade e semi-imputabilidade por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado**. Revista EPOS, v. 6, n. 2, p. 141-154, 2015.