

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA  
FACULDADE DE DIREITO**

**BRUNA MOURA DA SILVA GUÉRCIO**

**MEDIDA DE SEGURANÇA E REFORMA PSIQUIÁTRICA: CONSIDERAÇÕES  
JURÍDICO-PENAIIS DO PROJETO DE LEI DO SENADO Nº 163 DE 2013**

**Juiz de Fora**

**2014**

**BRUNA MOURA DA SILVA GUÉRCIO**

**MEDIDA DE SEGURANÇA E REFORMA PSIQUIÁTRICA: CONSIDERAÇÕES  
JURÍDICO-PENAIIS DO PROJETO DE LEI DO SENADO Nº 163 DE 2013**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade de Direito da Universidade Federal de Juiz de Fora, como pré-requisito parcial à obtenção do grau de Bacharel em Direito, sob a orientação do Professor Mestre João Beccon de Almeida Neto.

**Juiz de Fora**

**2014**

**BRUNA MOURA DA SILVA GUÉRCIO**

**MEDIDA DE SEGURANÇA E REFORMA PSIQUIÁTRICA: CONSIDERAÇÕES  
JURÍDICO-PENAIAS DO PROJETO DE LEI DO SENADO Nº 163 DE 2013**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade de Direito da Universidade Federal de Juiz de Fora, como pré-requisito parcial à obtenção do grau de Bacharel em Direito, sob a orientação do Professor Mestre João Beccon de Almeida Neto.

Aprovada em de de 2014.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Professor Mestre João Beccon de Almeida Neto - Orientador  
Universidade Federal de Juiz de Fora

---

Professora Mestre Ellen Cristina Carmo Rodrigues  
Universidade Federal de Juiz de Fora

---

Professor Brahwlio Soares de Moura Ribeiro Mendes  
Universidade Federal de Juiz de Fora



## **AGRADECIMENTOS**

Ao Professor João Becon de Almeida Neto, pela generosa orientação, acessibilidade e partilha de conhecimento, que foram essenciais à realização deste trabalho;

Aos demais mestres que, sem dúvida, contribuíram para a formação do meu saber;

À minha mãe e aos demais familiares, pelo suporte incondicional;

Ao Lucas, que sempre me inspira a dar o melhor de mim.

Muito obrigada.

Go the extra mile.

## RESUMO

O presente trabalho tem por objetivo dissecar o instituto da medida de segurança, de modo a apontar suas peculiaridades – prazos máximo e mínimo, formas de aplicação e execução - e consequentes incongruências, as quais culminam no completo desamparo aos portadores de sofrimento psíquico que cometem fatos definidos como crimes. Neste intento, o instituto será analisado pela ótica das diretrizes da reforma psiquiátrica do século XX, que visam superar a lógica hospitalocêntrica e só agora reverberam seus efeitos no ordenamento jurídico brasileiro. E o principal desses efeitos é o Projeto de Lei do Senado nº 163 de 2013, que busca conciliar as novas maneiras de abordagem ao portador de sofrimento mental infrator com a finalidade curativa e integrativa da medida de segurança, possibilitando o resgate da cidadania desses indivíduos.

Palavras-chave: medida de segurança; portador de sofrimento psíquico infrator; reforma psiquiátrica; lógica hospitalocêntrica; Projeto de Lei do Senado nº 163 de 2013.

## **ABSTRACT**

The present paper intends to analyze the security measure institute, in order to point out its peculiarities – maximum and minimum terms, the forms of application and execution – and its following inconsistencies, which culminate in the complete abandonment of those with mental suffering who commit crimes. In this purpose, the institute will be examined from the perspective of the guidelines of the twentieth century psychiatric reform, which aims at overcoming the logic centered in mental hospitals, and only now reverberate its effects in the Brazilian legal system. And its main effect is the Senate Bill nº 163 of 2013, which seeks to reconcile the new ways of approaching the lawbreaker with mental suffering with the healing and integrative purpose of the security measure, making it possible to rescue the citizenship of these individuals.

**Keywords:** security measure; lawbreaker with mental suffering; psychiatric reform; logic centered in mental hospitals; Senate Bill nº 163 of 2013.

## SUMÁRIO

	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>10</b>
1	<b>SOBRE A MEDIDA DE SEGURANÇA.....</b>	<b>12</b>
1.1	ASPECTOS HISTÓRICOS.....	12
1.2	DEFINIÇÃO JURÍDICA.....	13
1.3	REGRAS PROCEDIMENTAIS E EFEITOS SANCIONATÓRIOS.....	15
1.4	ESPÉCIES.....	16
2	<b>CRÍTICAS AO MODELO ATUAL DE MEDIDA DE SEGURANÇA.....</b>	<b>18</b>
2.1	QUANTO AOS CRITÉRIOS DE APLICAÇÃO DE SUAS ESPÉCIES.....	18
2.2	QUANTO AOS CRITÉRIOS DE DETERMINAÇÃO DOS TEMPOS MÍNIMO E MÁXIMO.....	19
2.3	QUANTO À PREDOMINANTE LÓGICA MANICOMIAL.....	21
2.3.1	O QUE SÃO E COMO FUNCIONAM OS MANICÔMIOS JUDICIÁRIOS.....	21
2.3.2	AS NOVAS (?) DIRETRIZES DA REFORMA PSIQUIÁTRICA: A LEI Nº 10.216/01.....	24
2.3.3	COMO ADEQUAR O TRATAMENTO DO PORTADOR DE SOFRIMENTO MENTAL INFRATOR ÀS DIRETRIZES DA REFORMA PSIQUIÁTRICA.....	27
3	<b>O PROJETO DE LEI DO SENADO Nº 163 DE 2013.....</b>	<b>31</b>
3.1	EM QUE CONSISTE.....	31
3.2	O QUE INOVOU (E NO QUE FALHO).....	31
	<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>35</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>36</b>

## INTRODUÇÃO

Por muitos e muitos anos, pensou-se que afastando o portador de sofrimento mental infrator do restante da sociedade, com base no comprometimento de sua capacidade de querer e entender, estar-se-ia ajudando-o e curando-o do mal que o atormentava. O tempo, contudo, mostrou que não. Essa não é a melhor maneira de tratá-lo, e não mais deverá ser sustentada.

O instituto da medida de segurança, na forma como ainda é concebido, reforça um modelo segregacional há muito ultrapassado, tendo em vista as últimas reformulações da ciência da saúde mental – a chamada reforma psiquiátrica. Isso porque o Código Penal ainda prevê a internação compulsória como a principal via para o cumprimento da medida de segurança, relegando o tratamento ambulatorial à mera subsidiariedade e aparente faculdade do julgador, como se depreende da leitura do art. 97, *caput* do referido código<sup>1</sup>.

É cediço, contudo, que o tratamento ambulatorial tem se mostrado o método mais eficaz no cuidado com os portadores de transtorno mental. No Brasil, o tratamento ambulatorial é realizado através dos chamados Centros de Atenção Psicossocial – CAPs, que constituem um serviço comunitário de saúde mental e contam com uma rede de diversos profissionais de saúde aptos a desenvolver projetos terapêuticos para não só tratar os pacientes como também permitir o exercício da cidadania deles.

A Lei nº 10.216/01<sup>2</sup> é o diploma normativo regulamentador de tais iniciativas. Porém, por mais inovador que seja, deixou de abarcar a hipótese dos portadores de sofrimento psíquico que cometem delitos, e que necessitam, mais do que qualquer um, de uma rede de atenção à saúde mental. É exatamente nesse ponto que se denota a essencialidade do recente Projeto de Lei do Senado nº 163/13<sup>3</sup>, o qual, além de

---

<sup>1</sup>“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.” (art. 97, *caput* do Código Penal).

BRASIL. Decreto-Lei n. 2.848, de 07 de dezembro de 1940, **Código Penal**. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/del2848.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848.htm)>. Acesso em: 03 dez 2014.

<sup>2</sup> BRASIL. Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial na União, Brasília, 09 abr. 2001. Disponível em:

<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/110216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm)>. Acesso em: 02 dez. 2014.

<sup>3</sup> BRASIL. Projeto de Lei do Senado nº 163 de 2013. Altera os arts. 96, 97, 98 e 99 do Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 – Código Penal; os arts. 682, 685, 715, 743, 751, 752, 753, 754, 755, 762, 775, 777 e 778 do Decreto-lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941 – Código de Processo Penal; os arts. 99, 175 e 177 e institui o art. 101-A na Lei nº 7210, de 11 de julho Fe 1984 – Lei de Execução Penal; e altera o art. 1º e inclui os arts. 9º-A a 9º-G na Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, para modificar o

suprir essa lacuna, traz diversas outras mudanças de suma importância para a concretização dos direitos do portador de sofrimento mental infrator.

## 1 SOBRE A MEDIDA DE SEGURANÇA

### 1.1 ASPECTOS HISTÓRICOS

Insistem os juristas hodiernos, presos à letra da lei<sup>4</sup>, que o instituto da medida de segurança se difere daquilo que se concebe como sanção penal. Infelizmente, o que se percebe, na realidade, é um instituto que quanto mais quer se distanciar da pena, mais dela se aproxima, podendo ser ainda mais danoso.

Prevista pela primeira vez no ordenamento jurídico brasileiro com a promulgação do Código Penal de 1940, a medida de segurança, juntamente com suas boas intenções de tratamento e prevenção, foi rascunhada já no Código Criminal do Império, em 1830. Este código estabelecia que o “louco de todo gênero” (expressão que já denota imensa carga pejorativa) deveria ser recolhido em estabelecimento apropriado ou entregue para sua respectiva família conforme o livre arbítrio do juiz, não sendo, contudo, julgado como criminoso<sup>5</sup>.

Já em 1890, o Código Penal dos Estados Unidos do Brasil determinava que os incapazes devido à doença mental deveriam ser entregues à sua família ou recolhidos em hospitais próprios, se assim exigisse o seu estado mental, para fins de segurança pública<sup>6</sup>. Nota-se, portanto, que, neste documento, a indicação da internação era baseada no risco representado pelo agente, e não na conveniência do juiz. Amoldava-se, assim, ao ideal de defesa social, isto é, a meta primária de tal providência era impossibilitar o portador de sofrimento mental infrator de fazer um mal à sociedade como um todo.

Ao redor do mundo, tem-se notícia da primeira codificação da medida de segurança no Código Penal Norueguês de 1902, tendo sido a “solução” copiada pelo Código argentino de 1921 e pelo Código fascista de Rocco – o Código de Processo Penal italiano, de 1930. No Brasil, como já foi adiantado, a medida de segurança veio inscrita no Código Penal de 1940<sup>7</sup>.

---

<sup>4</sup> V. 87 da Exposição de Motivos da Nova Parte do Código Penal.

<sup>5</sup> V. art. 12 do Código Criminal do Império (BRASIL. **Código Criminal do Império**, de 16 de dezembro de 1830. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/lim/lim-16-12-1830.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lim/lim-16-12-1830.htm)>. Acesso em: 02 dez. 2014).

<sup>6</sup> V. art. 29 do Código Penal dos Estados Unidos do Brasil (BRASIL. **Código Penal dos Estados Unidos do Brasil**, de 11 de outubro de 1890. Disponível em: <<http://legis.senado.gov.br/legislacao/ListaTextoIntegral.action?id=50260>>. Acesso em: 02 dez. 2014).

<sup>7</sup> MATOS, Virgílio de. **Crime e psiquiatria: uma saída**: preliminares para a desconstrução das medidas de segurança – Rio de Janeiro: Revan, 2006, p. 82.

O referido código, ao adotar o sistema do duplo binário, posicionou a medida de segurança de forma paralela à pena, ora complementando-a, ora substituindo-a. Assim, se fosse reconhecido o estado perigoso do agente, seriam aplicáveis tanto a pena quanto a medida de segurança, mesmo ao imputável e ao semi-imputável. Segundo seu artigo 78<sup>8</sup>, de determinadas situações podia-se inclusive presumir a periculosidade do agente, o que permitia a imposição da medida de segurança sem qualquer tipo de aferição específica do indivíduo. O agente era, então, punido pelo que era, e não pelo que havia cometido.

A Lei nº 7.209 de 11 de julho de 1984 reformou a parte geral do Código Penal de 1940<sup>9</sup>, que perdura até os dias de hoje. Dentre as principais modificações trazidas pela reforma, está o abandono do sistema do duplo binário, o qual foi substituído pelo sistema vicariante. Este sistema, também conhecido como unitário, elimina por completo a dupla aplicação de pena e medida de segurança para os imputáveis e semi-imputáveis. Ora, “por mais que se diga que o fundamento de uma e outra são distintos, na realidade, é o mesmo indivíduo que suporta as duas consequências pelo mesmo fato praticado”<sup>10</sup>.

Dessa forma, cindiu-se a resposta punitiva entre penas – para os imputáveis – e medidas de segurança – para os inimputáveis. Ao semi-imputável, o chamado “fronteiriço”, será aplicada ou a pena, ou a medida de segurança, nunca as duas, considerando-se que somente no caso de o infrator necessitar de “especial tratamento curativo”, como diz a lei<sup>11</sup>, é que a pena deverá ser convertida em medida de segurança.

Mas afinal, em quê consiste a medida de segurança?

## 1.2 DEFINIÇÃO JURÍDICA

---

<sup>8</sup> “Presumem-se perigosos:

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

II – os referidos no parágrafo único do art. 22;

III – os condenados por crime cometido em estado de embriaguez pelo álcool ou substância de efeito análogo, se habitual a embriaguez;

IV – os reincidentes em crimes dolosos;

V – os condenados por crime que hajam cometido como filiados a associação, bando ou quadrilha de malfeitores.” (art. 78 do Código Penal).

<sup>9</sup> BRASIL. Lei nº 7.209, de 11 de julho de 1984. Altera dispositivos do Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 – Código Penal, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 13 jul. 1984. Disponível em: < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/1980-1988/17209.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1980-1988/17209.htm)>. Acesso em: 02 dez. 2014.

<sup>10</sup> BITENCOURT, César Roberto. **Tratado de Direito Penal**: parte geral 1 - 20ª ed. rev., ampl. e atual – São Paulo: Saraiva, 2014, p. 858.

<sup>11</sup> V. art. 98 do Código Penal.

Primeiramente, para que a ideia de medida de segurança seja concebida, é preciso entender que a mesma decorreu de uma opção política, posteriormente legitimada pela dogmática penal, que fragmentou o sistema de responsabilidade criminal em dois distintos discursos de fundamentação: sistema de culpabilidade (imputabilidade/pena) e sistema de periculosidade (inimputabilidade/medida de segurança).

Assim, ao contrário do caráter retributivo das penas criminais, fundadas na culpabilidade do fato passado, as medidas de segurança, vistas sob a ótica preventiva (e assistencial, segundo a interpretação paralela do legislador) são calcadas na periculosidade de autores inimputáveis de fatos definidos como crimes, com o objetivo de evitar a prática de fatos puníveis futuros<sup>12</sup>. O sujeito perigoso, então, contrapõe-se ao culpável na medida em que não possui condições mínimas de discernir a situação em que está envolvido, sendo impossível avaliar a ilicitude de seu ato. Daí decorre a impropriedade da aplicação da pena ao inimputável, dado o menor grau de reprovação do ato voluntário praticado por ele.

Pois bem. O artigo 26, *caput*, do Código Penal, definindo a inimputabilidade psíquica, prevê que será 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 se determinar de acordo com esse entendimento.

O parágrafo único deste dispositivo, por sua vez, estabelece a semi-imputabilidade, que é uma causa de diminuição de pena. Dessa forma, a pena aplicada poderá ser reduzida de um a dois terços se, no momento da conduta delitiva, o agente não era totalmente capaz de compreender a ilicitude do fato e de se comportar de acordo com a expectativa do direito, em virtude de perturbação de saúde mental ou desenvolvimento incompleto ou retardado.

Ressalta-se que a inimputabilidade que se trata aqui é a psíquica, existindo paralelamente à etária, à qual o direito brasileiro destina outro diploma normativo – o Estatuto da Criança e do Adolescente. Ambas, contudo, atingem diretamente um dos elementos configuradores do delito, que é a culpabilidade, razão pela qual as condutas praticadas por inimputáveis não podem ser adjetivadas como crime propriamente dito.

---

<sup>12</sup> V. 87 da Exposição de Motivos da Nova Parte Geral do Código Penal.

Isso acarreta, conseqüentemente, a impossibilidade de aplicação da pena, conforme a lógica adotada pela dogmática penal.

### 1.3 REGRAS PROCEDIMENTAIS E EFEITOS SANCIONATÓRIOS

Para averiguar se alguém é ou não inimputável por sofrimento psíquico (e, portanto, “perigoso” face à sociedade), lança-se mão do chamado incidente de insanidade mental, previsto pelo Código de Processo Penal<sup>13</sup> em seu Livro I, Título VI, Capítulo VIII. O incidente pode ocorrer em qualquer fase da persecução criminal (fase de inquérito ou instrução processual), importando na suspensão do processo até o seu deslinde. Poderá ser ordenado de ofício pelo juiz ou a requerimento das partes<sup>14</sup>. Uma vez instaurado o incidente, caberá ao médico legista a tarefa de atestar o grau de periculosidade do autor do fato. E como bem aponta Carvalho, “periculosidade entendida, na sistemática dos Códigos Penal e de Processo Penal, como um *estado de antisociabilidade* que permite realizar um *juízo de probabilidade de delinquência futura* baseado nos déficits psíquicos do periciando”<sup>15</sup>.

Caso conclua a perícia forense pela periculosidade do autor e sua conseqüente inimputabilidade, deverá ser o mesmo absolvido, sendo que esta é uma absolvição imprópria, pois, apesar de afirmada a inexistência do crime, o autor do fato é submetido coercitivamente à medida de segurança, sujeitando-se ao estrito controle estatal<sup>16</sup>.

Considerando que a periculosidade, que é o fundamento de aplicação da medida de segurança, é entendida como um estado ou um atributo natural do sujeito (no caso, a potencialidade delitiva de, a qualquer momento, causar ato lesivo contra si ou contra terceiros), os efeitos sancionatórios jamais poderiam ser delimitados na própria sentença, antes do cumprimento da medida. Pela lógica atual do instituto, é absolutamente coerente a impossibilidade de definir o tempo da resposta jurídica ao ato previsto como delito praticado pelo inimputável. Na explicação de Carvalho:

---

<sup>13</sup> BRASIL. Decreto-lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941, **Código de Processo Penal**. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/del3689compilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del3689compilado.htm)>. Acesso em: 04 dez. 2014.

<sup>14</sup> V. art. 149 do Código de Processo Penal.

<sup>15</sup> CARVALHO, Salo de. **Penas e medidas de segurança no direito penal brasileiro: fundamentos e aplicação judicial** – São Paulo: Saraiva, 2013, p. 502.

<sup>16</sup> V. art. 97, *caput* do Código Penal.

Se o inimputável é portador de uma *doença* (diagnóstico médico), a duração do tratamento será estabelecida conforme a resposta positiva ou negativa que o paciente apresentará durante o procedimento curativo. Sendo a medida de intervenção adequada e a resposta do paciente positiva, o resultado é a diminuição ou controle do impulso delitivo com o consequente diagnóstico de *cessação de periculosidade*. Do contrário, se inadequada a medida ou negativa a resposta, mantém-se o estado perigoso (prognóstico de delinquência futura), sendo necessário o prolongamento da internação compulsória.<sup>17</sup>

Em consonância com tal pensamento, assim determinou o Código Penal Brasileiro, em seu 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”.

A parte final deste dispositivo permite salientar ainda que, não obstante haja uma indefinição acerca do limite máximo da medida de segurança, o prazo mínimo é categoricamente estipulado. A linha de pensamento para tal estipulação é a seguinte: ainda que o grau de reprovação seja menor ao inimputável, uma vez que este não consegue discernir por completo a ilicitude de seus atos, é necessária, ao menos, a inserção (subliminar, é claro) de uma *tarifa retributiva* de sanção, de modo que ele possa *pagar* à sociedade todo o mal por ele cometido. Percebe-se, portanto, que situações em que já ocorreu a cessação de periculosidade antes do prazo mínimo (que inclusive não são assim tão raras, dada a morosidade da justiça) são completamente ignoradas pela sistemática penal. A *tarifa retributiva* da medida de segurança acaba, então, sobrepondo-se à sua própria finalidade terapêutica, tão “festejada” pelos seus apoiadores.

#### 1.4 ESPÉCIES

O Código Penal brasileiro, em seu art. 96, estabelece duas espécies de medida de segurança: a internação psiquiátrica (inciso I) e o tratamento ambulatorial (inciso II).

A internação psiquiátrica (ou compulsória) determina o cumprimento da medida de segurança nos chamados Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico – HCTPs (termo cunhado na Reforma de 1984) ou, na ausência destes, em outro

---

<sup>17</sup> CARVALHO. *Penas e medidas de segurança no direito penal brasileiro*, p. 503.

estabelecimento adequado. Tais hospitais, apesar do nome rebuscado, nada mais são do que os famosos manicômios judiciários – “instituições totais com características asilares e segregacionistas similares à penitenciária”<sup>18</sup>. A forma penitenciária destes hospitais é inclusive reforçada pela própria Lei de Execução Penal, que remete explicitamente ao modelo carcerário ao tratar dos HCTPS.<sup>19</sup>

Já o tratamento ambulatorial é a espécie que impõe ao inimputável o acompanhamento médico-psiquiátrico sem a obrigatoriedade de reclusão em uma instituição. É considerada uma medida restritiva, contrapondo-se à internação compulsória, que possui caráter detentivo.

Para definir qual espécie de medida de segurança seria aplicada em cada caso concreto, estabeleceu o art. 97, *caput* do Código Penal a previsão genérica da gravidade do ilícito (reclusão e detenção). Dessa forma, a regra é a da internação psiquiátrica. Contudo, nos casos em que a conduta praticada pelo inimputável tiver como previsão a pena de detenção, poderá o juiz, subsidiariamente, aplicar o regime ambulatorial.

Percebe-se então uma vasta distinção entre medida de segurança e pena: enquanto esta exige uma complexa estrutura para sua determinação, aquela se basta com a mera previsão das formas reclusiva ou detentiva. Ora, mais uma vez, deparamo-nos aqui com aspectos completamente equivocados no que concerne ao instituto da medida de segurança. Desse modo, passa-se ao próximo item do presente trabalho, de forma a esmiuçar tais mazelas.

---

<sup>18</sup> *Ibidem*, p. 506.

<sup>19</sup> “O Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico destina-se aos inimputáveis e semi-imputáveis referidos no art. 26 e seu parágrafo único do Código Penal. Parágrafo único. Aplica-se ao hospital, no que couber, o disposto no parágrafo único, do artigo 88, desta Lei” (art. 99 da Lei de Execução Penal).

“O condenado será alojado em cela individual que conterà dormitório, aparelho sanitário e lavatório. Parágrafo único. São requisitos básicos da unidade celular: a) salubridade do ambiente pela concorrência dos fatores de aeração, isolamento e condicionamento térmico adequado à existência humana; b) área mínima de 6,00m<sup>2</sup> (seis metros quadrados)” (art. 88 da Lei de Execução Penal).

## 2. CRÍTICAS AO MODELO ATUAL DE MEDIDA DE SEGURANÇA

### 2.1 QUANTO AOS CRITÉRIOS DE APLICAÇÃO DE SUAS ESPÉCIES

Como explicitado anteriormente, a forma como a medida de segurança é aplicada no caso concreto, no que tange às suas espécies curativas, é relativamente simples, e tal simplicidade não corresponde, de forma alguma, a uma garantia em termos de eficácia na proteção dos direitos fundamentais dos portadores de sofrimento psíquico. A bem da verdade, esse procedimento acaba se tornando algo bastante prejudicial, na medida em que cria uma situação de vácuo que pode facilmente dar margem a decisões desarrazoadas.

Uma vez que a espécie de medida de segurança a ser aplicada é predeterminada pelo legislador, temos que, em tese, a internação compulsória deverá ser imposta aos fatos mais graves. Contudo, como bem demonstra Carvalho:

(...) o critério da gravidade do delito é apenas hipotético, porque não há, na legislação penal ordinária e extravagante, uma plena correspondência (proporcionalidade) da quantidade e da espécie de pena com a gravidade do delito, notadamente porque no sistema punitivo nacional é prevista a detenção para inúmeros crimes com penas que não podem ser consideradas baixas – p. ex., abandono material (art. 244, *caput*, do Código Penal); abstenção ou desistência ilegais do processo licitatório (art. 95, parágrafo único, da Lei n. 8.666/93); aferição de benefício por falta de procedimento de licitação (art. 89, parágrafo único, da Lei n. 8.666/93); duplicata simulada (art. 172, *caput*, do Código Penal); exposição ou abandono de recém-nascido com resultado morte (art. 134, § 2º, do Código Penal), dentre inúmeros outros.<sup>20</sup>

Embora o procedimento legal não tenha sido alterado, a orientação doutrinária e jurisprudencial já caminha para mudanças no sistema de aplicação das medidas de segurança, descartando a preponderância da internação (e conseqüentemente a subsidiariedade do tratamento ambulatorial) e levando em consideração não só a natureza da pena cominada ao tipo penal (reclusão ou detenção), mas também as condições pessoais do inimputável para determinar a espécie de medida a ser aplicada<sup>21</sup>.

---

<sup>20</sup> CARVALHO. *Penas e medidas de segurança no direito penal brasileiro*, p. 510.

<sup>21</sup> BITENCOURT. *Tratado de Direito Penal*, p. 861

Pouco, muito pouco. Ainda que tenha havido essa mudança, continua subsistindo o uso de critérios genéricos para a estipulação da medida adequada (de forma completamente diferente da imposição das penas *stricto sensu*), o que impede o devido procedimento de individualização da sanção penal, além de escancarar a sina da dogmática penal em persistir na negação das últimas diretrizes de tratamento psiquiátrico (questão que será melhor analisada à frente).

## 2.2 QUANTO AOS CRITÉRIOS DE DETERMINAÇÃO DOS TEMPOS MÍNIMO E MÁXIMO

Estando eleita a espécie de medida de segurança a ser imposta ao inimputável, passa-se ao segundo momento da atividade sancionatória judicial na absolvição imprópria, que é a determinação dos tempos mínimo e máximo da medida.

Primeiramente, em relação ao tempo mínimo da medida de segurança, cumpre delinear que o art. 97, parágrafo único do Código Penal determina que tal prazo será fixado entre o intervalo de 1 (um) a 3 (três) anos. Isto significa que, independentemente do tempo que se faça necessário para o suposto tratamento do portador de sofrimento mental infrator, a medida de segurança se fará imperativa por, ao menos, um período específico estipulado pelo juiz, que varia entre 1 (um) e 3 (três) anos.

Ora, a existência deste pedágio mínimo vai de encontro ao próprio fundamento da medida de segurança, que é a periculosidade do agente, e ao seu “objetivo”, que é o tratamento do inimputável até a cessação de sua periculosidade. Se o tratamento for eficaz e a cessação ocorrer antes do prazo mínimo, não deveria o agente ser liberto das amarras da medida de segurança? Aliás, não é tarefa difícil vislumbrar hipóteses em que, durante a longa tramitação processual, o inimputável seja submetido a tratamento psiquiátrico e psicológico e, no momento da sentença, já se encontre em plenas condições de convívio social<sup>22</sup>. Nesses casos, a medida de segurança perderia por completo sua razão de ser, devendo, então, ser afastada.

Contudo, conforme já antecipado, a lógica do prazo mínimo reside na chamada *tarifa retributiva*, isto é, ainda que tenha sido absolvido, o inimputável deve, de alguma forma, ser punido pelo cometimento de fato definido como crime,

---

<sup>22</sup>CARVALHO. *Penas e medidas de segurança no direito penal brasileiro*, pp. 515-516.

retribuindo a sociedade pelo sofrimento causado - como se seu próprio sofrimento psíquico já não fosse o suficiente...

A solução mais adequada, aparentemente, é a não estipulação do prazo mínimo da medida de segurança, até porque não existem critérios aptos para tanto. Cumpre lembrar que a Lei de Execução Penal, apesar do disposto no Código Penal, permite ao juiz da execução, diante de requerimento fundamentado do Ministério Público ou do interessado, seu procurador ou defensor, ordenar o exame para que se verifique a cessação da periculosidade, ainda que no decorrer do prazo mínimo de duração da medida de segurança (art. 176 da Lei de Execução Penal).

Quanto ao tempo máximo da medida de segurança, a discussão é ainda mais acalorada. Isso porque o texto legal não fixou o prazo máximo de sua duração, sendo esta indeterminada (enquanto não cessar a periculosidade), o que nos leva a concluir, invariavelmente, pelo caráter de perpetuidade da medida de segurança.

Em torno desta problemática, o Supremo Tribunal Federal, *a priori*, consolidou o entendimento de que o limite máximo da medida de segurança deve ser de 30 (trinta) anos, com base no art. 75 do Código Penal<sup>23</sup>. Este entendimento se vale de uma interpretação ampla da Constituição Federal de 1988. Ao consignar, em seu art. 5º, XLVII, b, que não existirão penas de caráter perpétuo, a Carta Magna teria conferido ao termo “pena” significado *lato*, adquirindo este o sentido de sanção penal, o qual conglobaria não só as penas criminais como também as medidas de segurança e as medidas socioeducativas. Desse modo, faz-se mister o alcance da vedação da perpetuidade às medidas de segurança. Assim argumenta Bitencourt:

(...) não se pode ignorar que a Constituição de 1988 consagra, como uma de suas cláusulas pétreas, a proibição da prisão perpétua; e, como pena e medida de segurança não se distinguem ontologicamente, é lícito sustentar que esta previsão legal – vigência por prazo indeterminado da medida de segurança – não foi recepcionado pelo atual texto constitucional.<sup>24</sup>

Atualmente, porém, parte da doutrina e da jurisprudência começou a se inclinar à ideia de adequar o limite da medida de segurança àquele correspondente ao máximo de pena abstratamente cominado no tipo penal imputado ao portador de

---

<sup>23</sup> BRASIL. Supremo Tribunal Federal, *Habeas Corpus* 97.621, Rel. Min. Cezar Peluso, j. 02.06.2009. Disponível em: <<http://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=AC&docID=597914>>. Acesso em: 02 dez. 2014.

<sup>24</sup> BITENCOURT. **Tratado de Direito Penal**, p. 863.

sofrimento psíquico infrator<sup>25</sup>. O objetivo é procurar diminuir o nível de desproporcionalidade entre o tempo de internação e o dano causado, que por vezes é de pouca expressividade, advindo de pequenos furtos ou lesões corporais leves.<sup>26</sup>

Ainda assim, contudo, permanece uma profunda desigualdade de tratamento entre os que são submetidos a penas e aqueles que recebem medida de segurança, sendo os maiores prejudicados os que deveriam demandar melhor cuidado, tendo em vista sua especial condição psíquica. Afinal, o tempo da sanção não é um fim em si mesmo. Ele influencia diversos outros aspectos da pena, como a redefinição do prazo de prescrição (prescrição em concreto) e a fixação de direitos do preso na execução (detração, remição, progressão de regime, livramento condicional)<sup>27</sup>. Nenhum deles é aplicado ao inimputável.

Dessa forma, visando uma maior aproximação isonômica entre a punição com pena e aquela com medida de segurança, defende Amilton Bueno de Carvalho uma terceira solução: a adequação do tempo máximo da medida à pena que seria aplicável no caso concreto. Assim, ao prolatar a sentença de absolvição imprópria, o julgador realizaria o mesmo procedimento usado para condenações, perpassando pela dosimetria da medida como se pena fosse – excluindo somente as circunstâncias concernentes à imputabilidade – e estipulando o horizonte sancionatório máximo.<sup>28</sup> Com isso, todos aqueles efeitos referenciados no parágrafo anterior poderiam ser efetivados para o inimputável, garantindo-lhe o cuidado que merece.

## 2.3 QUANTO À PREDOMINANTE LÓGICA MANICOMIAL

### 2.3.1 O QUE SÃO E COMO FUNCIONAM OS MANICÔMIOS JUDICIÁRIOS

O primeiro manicômio judiciário fundado no Brasil foi o atual Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Heitor Carrilho, situado no Rio de Janeiro, cuja

---

<sup>25</sup>BRASIL. Superior Tribunal de Justiça, *Habeas Corpus* 143.315, Rel. Min. Og Fernandes, j. 05.08.2010. Disponível em:

<[https://ww2.stj.jus.br/processo/revista/documento/mediado/?componente=ITA&sequencial=991079&num\\_registro=200901458955&data=20100823&formato=PDF](https://ww2.stj.jus.br/processo/revista/documento/mediado/?componente=ITA&sequencial=991079&num_registro=200901458955&data=20100823&formato=PDF)>. Acesso em: 02 dez. 2014.

<sup>26</sup> Nessa perspectiva, interessante se faz o documentário *A Casa dos Mortos*, dirigido pela antropóloga Débora Diniz, que escancara a realidade manicomial sob o ponto de vista dos internos do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Salvador, na Bahia.

**CASA dos Mortos, A.** Direção: Débora Diniz. Produção: Imagens Livres. Documentário. 23' 59''. Disponível em: <<http://www.acasasmortos.org.br/>>. Acesso em: 02 dez. 2014.

<sup>27</sup> CARVALHO. *Penas e medidas de segurança no direito penal brasileiro*, pp. 514-515.

<sup>28</sup> *Ibidem*, p. 515.

inauguração se deu em 1921<sup>29</sup>. Antes disso, poucos são os registros, no Brasil, de internação institucionalizada dos portadores de sofrimento mental. Quando cometiam alguma “maluquice” mais violenta, eram misturados aos presos comuns ou enviados às Santas Casas de Misericórdia para o devido “tratamento” de contenção. Não surtindo efeito o tratamento, acabavam por perambular mendigando nas ruas por alimento ou alguma proteção<sup>30</sup>. As próprias famílias, antes de poderem optar pelos manicômios, costumavam esconder seus loucos em quartos da casa ou em barracões construídos perto da habitação principal, nutrindo por eles um sentimento misto de medo e vergonha<sup>31</sup>.

A ideia, portanto, sempre foi segregar o portador de sofrimento mental do restante da sociedade, de preferência para longe e para sempre. O manicômio judiciário chega, então, para coroar a regra da segregação máxima dos chamados indesejáveis, que não só não conseguiam produzir da forma adequada (dentro de um contexto capitalista), como também representavam um risco ao bem estar da sua comunidade. “Se é uma ‘máquina de produção’ que não produz, evidentemente está sem controle. É preciso contê-lo e tratá-lo para minimizar a periculosidade inerente ao seu problema mental. Controle passa a ser a palavra ‘mágica’”<sup>32</sup>.

Inobstante não seja um manicômio judiciário propriamente dito, mas sim um hospital psiquiátrico, o Hospital Colônia de Barbacena é um dos casos mais emblemáticos de segregação social. Considerado um dos maiores manicômios do Brasil, o Colônia era o lar não só de portadores de sofrimento psíquico, como também de todos aqueles tidos como “perigosos”, que pudessem colocar em xeque a segurança dos demais ou sua própria, que atentassem contra a moral e os bons costumes. Eram epiléticos, alcoólatras, homossexuais, prostitutas. Eram meninas grávidas violentadas por seus patrões, filhas de fazendeiros que perderam a virgindade antes do casamento. Alguns eram apenas tímidos. Outros, ainda crianças<sup>33</sup>. E o propósito curativo da internação psiquiátrica desses indivíduos jamais se concretizou. Os que ali entraram mal saíram, quanto menos se curaram.

---

<sup>29</sup> DINIZ, Débora. **A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil: censo 2011** – Brasília: Letras Livres: Editora Universidade de Brasília, 2013, p. 246.

<sup>30</sup> MATOS. **Crime e psiquiatria**, p. 61.

<sup>31</sup> *Ibidem*, p. 61.

<sup>32</sup> *Ibidem*, p. 59.

<sup>33</sup> ARBEX, Daniela. **Holocausto brasileiro** – 1. ed. – São Paulo: Geração Editorial, 2013, p. 14.

Todas as técnicas utilizadas dentro do hospital (*eletrochoque, lobotomia*) pretendem controlar, ao nível do corpo e da mente, uma loucura que extravasa esse corpo e essa mente. O objetivo não é a cura nem a recuperação, mas o controle. Se todo hospital usa a psiquiatria na base de medicamento, na base de eletrochoque, ela é uma farsa, porque ninguém sai curado com isso. Ninguém.<sup>34</sup>

Especificamente quanto aos manicômios judiciais (ou hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico), conforme já explicitado no item 2.4, são eles estabelecimentos de segregação com as mesmas características de uma penitenciária, pois assim faz referência a Lei de Execução Penal. De acordo com trabalho censitário realizado em 2011<sup>35</sup>, existem atualmente, no Brasil, 23 Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTPs) e 03 Alas de Tratamento Psiquiátrico (ATPs) localizadas em presídios ou penitenciárias. Juntos, eles formam o conglomerado de Estabelecimentos de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (ECTPs) do país. Os estados do Acre, Amapá, Goiás, Maranhão, Mato Grosso do Sul, Roraima e Tocantins não possuem ECTPs. Já os estados de Minas Gerais, Rio de Janeiro e São Paulo são os únicos que possuem mais de um ECTPs, com três ECTPs cada<sup>36</sup>. Um deles inclusive se situa em Juiz de Fora: é o chamado Hospital de Toxicômanos Padre Wilson Vale da Costa (HTPWVC).

Até 2011, contabilizavam-se 3.989 homens e mulheres internados em tais estabelecimentos em condições de completa desumanidade<sup>37</sup>. Nesse complexo, misturam-se os mais diversos sujeitos. Na classificação processual-penal, eles podem ser descritos como: indivíduos internados para cumprimento da medida de segurança, internados para realização de laudo pericial, transferidos de presídios, em situação temporária, internados por conversão de pena, sem contar ainda os chamados “esquecidos anônimos”, os quais, depois de tanto tempo de internação, acabam se tornando seres no ostracismo, não possuindo sequer uma identidade própria. Na classificação psiquiátrica, que fundamenta o caráter inimputável desses sujeitos, a variedade é ainda maior: há os epiléticos, esquizofrênicos, com retardo mental, com transtornos afetivos uni ou bipolares, transtornos de personalidade, de preferência

---

<sup>34</sup> **EM nome da razão:** um filme sobre os porões da loucura. Direção: Helvécio Ratton. Documentário, 23'50". Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=R7IFKjl23LU>>. Acesso em: 16 nov. 2014.

<sup>35</sup> DINIZ. **A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil.**

<sup>36</sup> *Ibidem*, p. 11-12.

<sup>37</sup> *Ibidem*, p. 13.

sexual, transtornos mentais orgânicos ou oriundos do vício em drogas, além daqueles que nem a psiquiatria consegue classificar<sup>38</sup>.

O dado, contudo, que mais chama atenção é o seguinte: das 3.989 pessoas internadas, pelo menos 741 não deveriam estar em restrição de liberdade, seja porque o laudo pericial já atestou a cessação da periculosidade, seja porque a sentença judicial determinou a desinternação, ou porque estão internadas sem processo judicial, ou ainda porque a medida de segurança imposta se encontra extinta (por exemplo, por já ter sido cumprida por mais de 30 anos). E se considerarmos os indivíduos internados com laudos psiquiátricos ou exames de cessação de periculosidade em atraso, esse número salta para 1.194. São 1.194 pessoas internadas sem justificativa. São 1.194 vidas relegadas ao descaso, que evidenciam com nitidez a estrutura inercial do modelo penal-psiquiátrico do encarceramento<sup>39</sup>.

### 2.3.2 AS NOVAS (?) DIRETRIZES DA REFORMA PSIQUIÁTRICA: A LEI Nº 10.216/01

No século XX, alguns movimentos de resistência contra as formas de segregação institucional começaram a desabrochar, sendo os principais eixos de luta o movimento antimanicomial e a antipsiquiatria, encabeçada pelo psiquiatra italiano Franco Basaglia. O resultado desse processo de desestabilização da lógica manicomial foi a deflagração de diversas reformas psiquiátricas em inúmeros países ocidentais<sup>40</sup>. E o objetivo das reformas psiquiátricas é simples: superar a *lógica hospitalocêntrica*.

Para romper com essa lógica, o processo é lento. Primeiramente, os manicômios devem ser paulatinamente desativados, findando-se o processo de abertura de novas vagas e evitando a remessa de novos internos. Para casos de internação necessária (que são a minoria), deverá haver a transferência dos portadores de sofrimento mental para leitos em hospitais gerais. Para os demais casos, a orientação recomendada é a inserção dos mesmos em redes alternativas transdisciplinares de atendimento, cuja criação deverá ser fomentada pelo poder público, de modo a abranger maiores parcelas da população.

---

<sup>38</sup> DINIZ. **A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil**, p.14.

<sup>39</sup> Ibidem, p. 16.

<sup>40</sup> CARVALHO. **Penas e medidas de segurança no direito penal brasileiro**, p. 517-518.

Obviamente, a mudança do ambiente de tratamento desses indivíduos é o propósito essencial da reforma psiquiátrica. Porém, não é o único. A postura dos profissionais de saúde perante os usuários do sistema de saúde mental deve ser também modificada. Ora, a própria *linguagem da loucura*, como mecanismo de violência simbólica, deve ser desconstruída. A redesignação de *louco de todo gênero* para *sujeito portador de sofrimento psíquico* ou *usuário do sistema de saúde mental* já carrega, em si, uma nova maneira de lidar com a subjetividade desses indivíduos. Passa-se a enxergar o sujeito primordialmente enquanto pessoa, detentor de direitos e deveres, e não enquanto uma doença, que precisa urgentemente de controle. Todas essas mudanças são de vital importância, pois possibilitam “romper com os estigmas do processo de coisificação do portador de sofrimento psíquico que caracterizam os procedimentos de institucionalização”<sup>41</sup>.

De uma forma didática, Jacobina enumera os parâmetros mais importantes por que passa a reforma psiquiátrica:

(...) A) abordagem *interdisciplinar* da saúde mental, *sem prevalência* de um profissional sobre o outro. B) *Negativa do caráter terapêutico do internamento*. C) Respeito pleno da *especificidade* do paciente, e da natureza *plenamente humana* da sua psicose. D) Discussão do conceito de “cura”, não mais como “*devolução*” ao paciente de uma “*sanidade perdida*”, mas como trabalho permanente de construção de um “*sujeito*” ali onde parece existir apenas um “*objeto*” de intervenção terapêutica. E) A denúncia das estruturas tradicionais como estruturas de *repressão e exclusão*<sup>42</sup>.

Em meio a este contexto de reforma psiquiátrica, surgiu, no Brasil, a Lei Federal nº 10.216, de propositura do então deputado federal Paulo Delgado, a qual, após doze anos de tramitação, muitas manobras políticas e diversas emendas a seu texto, foi sancionada em 2001. Já tendo completado uma década de vigência, a norma ainda continua dividindo opiniões. Seus críticos afirmam que ela não conseguiu instituir mecanismos específicos para a progressiva extinção dos manicômios, provocando uma desospitalização em massa sem a implantação de uma rede extra-hospitalar capaz de atender à demanda. Para seus defensores, a lei impôs um novo rumo de reestruturação do setor<sup>43</sup>.

<sup>41</sup> CARVALHO. **Penas e medidas de segurança no direito penal brasileiro**, p. 519.

<sup>42</sup> JACOBINA, Paulo Vasconcelos. Direito Penal da Loucura: Medida de segurança e Reforma Psiquiátrica. **Boletim dos Procuradores da República**, Brasília, nº 70, ano VI, p. 16-21, abril de 2006.

<sup>43</sup> ARBEX. **Holocausto brasileiro**, p. 226-227.

Apesar das incompletudes da Lei nº 10.216/01, é inegável reconhecer que a mesma representou um importante passo para uma nova abordagem no tratamento do portador de sofrimento psíquico de acordo com as diretrizes da reforma psiquiátrica, que se não eram assim tão novas, no Brasil, teimavam em não se concretizar (e ainda assim, alguns ECTPs, mesmo depois de 2001, foram inaugurados no país<sup>44</sup>).

A referida lei consagra o principal paradigma da reforma psiquiátrica ao explicitar, em seus dispositivos, a proibição de qualquer forma de tratamento manicomial. Mesmo nos casos excepcionais, a internação psiquiátrica ainda será subsidiária, sendo indicada apenas quando os recursos extra-hospitalares (serviços comunitários) se mostrarem insuficientes<sup>45</sup>. A finalidade é criar espaços permanentes para a reinserção social do portador de sofrimento psíquico em seu meio, devendo o tratamento ocorrer no ambiente menos invasivo possível para ele, preferencialmente em serviço comunitário de saúde mental ou em instituições ou unidades hospitalares gerais que ofereçam assistência na área da saúde mental. O mais importante, contudo, é que ele seja tratado com humanidade e possa reunir as condições para ser protagonista de seu próprio processo de reinserção social<sup>46</sup>.

Nesta toada, foram criados os chamados Centros de Atenção Psicossocial (CAPs), os quais, atualmente regulamentados pela Portaria nº 336/GM de 19 de fevereiro de 2002, têm a missão de dar um atendimento às pessoas de uma determinada área que sofrem com transtornos mentais severos e persistentes, oferecendo cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial, “com o objetivo de substituir o modelo hospitalocêntrico, evitando internações e favorecendo o exercício da cidadania e da inclusão social dos usuários e de suas famílias”<sup>47</sup>. Integrantes da rede do Sistema Único de Saúde – SUS, os CAPs pretendem promover a inserção dos usuários através de ações intersectoriais que envolvam educação, trabalho, esporte, cultura e lazer, montando estratégias conjuntas de enfrentamento dos problemas<sup>48</sup>.

---

<sup>44</sup> DINIZ. **A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil**, p. 13.

Alguns dos ECTPs inaugurados a partir de 2001: Unidade de Saúde Mental II de Mato Grosso (2003), Centro de Apoio Médico e Pericial de Ribeirão das Neves (2002) e Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico do Pará (2007).

<sup>45</sup> V. art. 4º, §3º da Lei nº 10.216/01.

<sup>46</sup> V. arts. 2ª, 3ª e 4ª da Lei nº 10.216/01.

<sup>47</sup> BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004, p. 12.

<sup>48</sup> *Ibidem*, p. 13.

A Lei nº 10.216/01 regulamenta ainda as formas de internação compulsória, que são aquelas determinadas pelo Poder Judiciário. Estabelece que o juiz competente “levará em conta as condições de segurança do estabelecimento quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e dos funcionários”<sup>49</sup>. Isto posto, não se vislumbram quaisquer motivos que possam justificar o tratamento diferenciado entre os usuários comuns dos serviços de saúde mental e aqueles que praticaram delitos. Como bem aponta Carvalho, “independentemente da via de acesso aos serviços públicos de saúde mental (internação voluntária, involuntária ou compulsória), o tratamento prestado deve ser equânime e regido pela lógica da desinstitucionalização”<sup>50</sup>.

### 2.3.3 COMO ADEQUAR O TRATAMENTO DO PORTADOR DE SOFRIMENTO MENTAL INFRATOR ÀS DIRETRIZES DA REFORMA PSIQUIÁTRICA

A lição mais importante trazida pela reforma psiquiátrica, sem dúvida alguma, é o reconhecimento da autonomia do portador de sofrimento mental, na medida em que ele deve ser visto como ser que age, e não como ser que é agido. Considerando, contudo, sua situação de maior vulnerabilidade, seu *status* jurídico deve ser privilegiado. Isto significa que, além de lhe serem assegurados todos os direitos que marcam a posição jurídica de réu imputável, esses direitos devem também ser ampliados a ele.

A primeira questão a ser repensada é o próprio fundamento da medida de segurança: a periculosidade. Neste diapasão, pertinente é a afirmação de Mattos:

(...) a solução não pode ser apenas – unanimidade a partir do final do século XIX -, nem tratar – vez que o “tratamento” tem sempre implicado maior exclusão -, mas prevenir que o portador de sofrimento mental passe ao ato e transforme, transtornando sua própria vida e daqueles que lhe são próximos. Portanto, o tratamento de que fala a Lei nº 10.216/01 só pode ser entendido como as medidas de cuidado e acompanhamento, no processo de inserção social do portador de sofrimento mental, ou seja, o que temos denominado prevenção<sup>51</sup>.

O conceito de periculosidade, em si, já é dúbio e dotado de enorme carga pejorativa. Afinal, a “periculosidade” do inimputável é uma presunção, que não passa

---

<sup>49</sup> V. art. 9º da Lei nº 10.216/01.

<sup>50</sup> CARVALHO. **Penas e medidas de segurança no direito penal brasileiro**, p. 530.

<sup>51</sup> MATOS. **Crime e psiquiatria**, p. 153.

de uma ficção, baseada no preconceito que identifica o “louco” – ou quem quer que aparente ser diferente – como perigoso. Além disso, ela pressupõe que o “louco” representa apenas um objeto de intervenção, de cura ou contenção, sem que ele tenha capacidade de fala nesse processo. Assim, como a reforma psiquiátrica levanta a bandeira exatamente oposta a essa, pressupondo que o portador de sofrimento psíquico é sujeito de direito e deveres e, portanto, tem sim capacidade de intervir no rumo do processo terapêutico, a periculosidade há de ser substituída.

Este novo cenário, inclusive, impede que se afirme que o portador de sofrimento psíquico é absolutamente irresponsável pelos seus atos, o que importa numa readequação do próprio conceito de inimputabilidade. Isso por que negar a ele a capacidade de se responsabilizar é um dos principais atos de assujeitamento e de coisificação. “Entender o portador de sofrimento psíquico como sujeito (de direitos) implica assegurar-lhe o direito à responsabilização, situação que deverá produzir efeitos jurídicos compatíveis com o grau ou o nível que esta responsabilidade *sui generis* pode gerar”<sup>52</sup>.

Dessa forma, estaríamos diante de uma *responsabilidade diferenciada* do portador de sofrimento mental infrator. E, com isso, faz-se mister repensar a própria aplicação da medida de segurança. Para alguns doutrinadores, como Virgílio de Mattos, Paulo Queiroz e Amilton Bueno de Carvalho<sup>53</sup>, de cuja posição comungo, a responsabilidade diferenciada do portador de sofrimento psíquico deve ser reconhecida por meio de um juízo condenatório, sendo o transtorno mental uma atenuante genérica, diminuindo a pena. Ademais, seriam-lhe asseguradas todas as garantias inerentes ao *status* jurídico de réu: no âmbito do direito material, as causas de exclusão da tipicidade (como os princípios da insignificância e da adequação social), da ilicitude (consentimento do ofendido), da própria culpabilidade (coação moral irresistível, erro de proibição inevitável, inexigibilidade de conduta diversa) e da punibilidade (prescrição); no âmbito processual, a composição civil, a transação penal, e a suspensão condicional do processo; no âmbito da execução, a remição, a detração, a progressão de regime e o livramento condicional.

Ao final, a pena apurada seria substituída pela medida de segurança, que passaria a ser regulada, em seu máximo, pela quantidade de sanção atribuída, sendo o

---

<sup>52</sup> CARVALHO. *Penas e medidas de segurança no direito penal brasileiro*, p. 526.

<sup>53</sup> *Ibidem*, p. 527.

limite mínimo completamente abandonado – basta estarem constatadas as condições de convívio social do sujeito para que a medida de segurança seja imediatamente extinta, independentemente de tempo mínimo.

Ressalta-se que será possível ao julgador, no procedimento da dosimetria, analisar a culpabilidade do réu, uma vez que não são completamente estranhos ao portador de sofrimento psíquico os outros elementos da culpabilidade, quais sejam, a consciência da ilicitude e a exigibilidade de conduta diversa. Se for verificado que o sofrimento psíquico afetou, de alguma forma, a consciência e/ou a exigibilidade, seria também permitida a aplicação da causa especial de diminuição da pena do art. 26, parágrafo único do Código Penal.

Após essa etapa, chega-se, então, à forma de execução da medida de segurança. Conforme delineado no item anterior, os avanços da reforma psiquiátrica devem ser universais e, portanto, necessitam ser incorporados ao sistema penal. Assim, a internação compulsória trocaria de papel com o tratamento ambulatorial, passando ela mesma a ser meramente subsidiária – de preferência, excepcional, quando os demais recursos terapêuticos se mostrarem completamente ineficientes. Ultrapassado o limite máximo da pena fixada, seria decretada a extinção da medida de segurança – o que só faz findar o controle judicial sobre o tratamento, mas não impede que o sujeito continue um usuário do sistema de saúde mental.

Neste contexto, interessante se faz apontar duas experiências inovadoras ocorridas no país. São elas: o Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário (PAI-PJ), instituído pelo Tribunal de Justiça de Minas Gerais, e o Programa de Atenção ao Louco Infrator (PAILI), criado pelo Tribunal de Goiás<sup>54</sup>. Em ambas as experiências, é vetado o recolhimento de pacientes psiquiátricos em instituições de natureza carcerária, sendo os mesmos transferidos para o tratamento ambulatorial prestado pela rede pública de saúde – em especial, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPs).

Para fins informativos, salienta-se que, em relação ao PAILI, foram constatados 198 casos de pacientes já atendidos pelo programa, sendo que 177 continuavam ativos em 2010. Em seis anos de funcionamento do programa, 25 medidas de segurança foram extintas, sendo apenas seis por morte de paciente e 19 pela cessação

---

<sup>54</sup> CARVALHO. **Penas e medidas de segurança no direito penal brasileiro**, p. 531.

da periculosidade<sup>55</sup>. Tais números demonstram que o PAILI tem obtido relativo sucesso em alcançar seus objetivos de promoção da reinserção social dos pacientes em medida de segurança, mediante o contínuo acompanhamento sócio-assistencial, de saúde e jurídico. Havendo mais exemplos como esse, é possível então acreditar que o punitivismo exacerbado aos portadores de sofrimento psíquico está com os dias finalmente contados.

---

<sup>55</sup> ANIS – Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero. Medidas de Segurança, Loucura e direito penal: uma análise crítica das medidas de segurança. **Série Pensando o Direito**, nº 35/2011, Brasília, DF, novembro de 2011, p. 41.

### 3 O PROJETO DE LEI DO SENADO Nº 163 DE 2013

#### 3.1 EM QUE CONSISTE

As normas jurídicas - vistas como direito positivo, escrito - fatalmente fracassam em acompanhar com sincronia os fatos e acontecimentos da realidade. Afinal, considerando a sua estrutura e o seu longo processo de tramitação até serem aprovadas e, então, produzirem efeitos, é natural que os fatos descritos na sua hipótese de incidência permaneçam um bom tempo sem a devida regulamentação legislativa.

No caso dos portadores de sofrimento mental infratores, a história é exatamente essa. Embora as diretrizes da reforma psiquiátrica datem de meados do século XX e já se tenha, no Brasil, uma lei que as consagre (Lei nº 10.216/01), nenhum diploma normativo brasileiro de âmbito federal aplicou tais diretrizes especificamente àqueles que recebem a medida de segurança por terem cometido fatos definidos como crimes. A discussão trazida até aqui quanto a uma readaptação da medida de segurança se cinge a posicionamentos doutrinários e jurisprudenciais. Nenhuma lei abordou o assunto. Não até agora.

O Projeto de Lei do Senado nº 163/13 chega para mudar o rumo dessa história. Publicado no Diário do Senado Federal no dia 09 de maio de 2013, o projeto que tem por fim modificar o regime da medida de segurança e o tratamento da pessoa portadora de transtorno mental que pratica infrações se encontra, atualmente, junto à Comissão de Constituição, Cidadania e Justiça, estando pronta para deliberação em pauta desde 02 de abril de 2014<sup>56</sup>.

Para atingir sua finalidade, o PLS nº 163/13, de relatoria do Senador Vital Do Rêgo, propõe alterações tanto nos Códigos Penal e de Processo Penal quanto na Lei de Execução Penal, no que tange às regras aplicáveis às medidas de segurança, de modo a fazer sobressair, como devia ter sido feito desde a sua origem, o seu caráter curativo e ressocializador, além de acrescentar dispositivos à Lei nº 10.216/01, para que as inovações da reforma psiquiátrica alcancem também a área penal.

#### 3.2 O QUE INOVOU (E NO QUE FALHOU)

---

<sup>56</sup> BRASIL. Senado Federal. Disponível em: <[http://www.senado.leg.br/atividade/materia/detalhes.asp?p\\_cod\\_mate=112597](http://www.senado.leg.br/atividade/materia/detalhes.asp?p_cod_mate=112597)>. Acesso em: 03 dez. 2014.

A primeira grande mudança promovida pelo projeto de lei em questão é a abolição do fundamento da medida de segurança: a chamada periculosidade. A pecha de “perigoso” atribuída ao portador de sofrimento psíquico é não só preconceituosa como também degradante, diminuindo-o enquanto pessoa. Acertadamente, o termo “periculosidade” foi, então, substituído por “(in)aptidão ao convívio social” em todos os dispositivos que lhe fazem referência: art. 97, § 3º do Código Penal, arts. 715, 775 e 777 do Código de Processo Penal e arts. 175 e 177 da Lei de Execução Penal, que também teve o Capítulo II do Título VII alterado (“Da aptidão ao convívio social”).

A questão da determinação dos prazos mínimo e máximo da medida de segurança também é objeto do projeto de lei. O tão famigerado prazo mínimo da medida de segurança foi, finalmente, extinto, sob a legítima justificação de que a sua existência ofende os princípios constitucionais da dignidade da pessoa humana e da necessidade de individualização. Afinal, o tratamento do portador de transtorno mental deve ser feito de acordo com a sua condição de saúde e progressão curativa, sem que ele tenha que cumprir um período mínimo, que só contribuía para evidenciar o caráter retributivo da medida de segurança. Dessa forma, a perícia médica para a verificação da aptidão de convívio social deverá ser realizada no prazo máximo de um ano, e deverá ser repetida, no mínimo, de ano em ano ou a qualquer momento durante a vigência da medida de segurança.

Quanto ao prazo máximo, foi enfim positivado o entendimento do Supremo Tribunal Federal de que o mesmo deve ser de 30 (trinta) anos, em aplicação analógica do art. 75 do Código Penal, referente ao tempo de cumprimento das penas privativas de liberdade. Partindo do pressuposto de que as penas e as medidas de segurança são ontologicamente semelhantes, por serem consequências jurídicas da prática de crimes e instrumentos do *jus puniendi* estatal, não faz sentido algum excluir a medida de segurança do comando constitucional de vedação a penas perpétuas. Restringir direitos fundamentais de um sujeito para o resto da vida não só contraria o anseio humano por liberdade, como também não possui qualquer utilidade social.

Além disso, através da inserção do §1º ao art. 96 do Código Penal, passou-se a prever expressamente que a prescrição da medida de segurança deve ser calculada com base no máximo da pena cominada ao delito praticado pelo agente, interrompendo-se o referido prazo com o início de seu cumprimento.

Finalmente, em consonância com todas essas mudanças, propôs-se alterações na própria forma de execução da medida de segurança. Em primeiro lugar, é previsto, no art. 99 do Código Penal, que a internação ou o tratamento ambulatorial será realizado nos termos da Lei nº 10.216/01, isto é, de acordo com as diretrizes da reforma psiquiátrica. Dessa forma, a pessoa portadora de transtorno mental submetida à medida de segurança deverá seguir programa individualizado de tratamento realizado por equipe multidisciplinar, que contemple ações referentes às áreas de trabalho, moradia e educação, bem como seja voltado para a reintegração sócio-familiar.

Insta salientar ainda a preocupação do legislador em relação ao portador de transtorno mental que apresente quadro grave de dependência institucional ou esteja há mais de 05 (cinco) anos internado para cumprimento de medida de segurança. Isso porque a reforma psiquiátrica tem como objetivo despertar a sensação de pertencimento deste indivíduo à sociedade, o que jamais será alcançado com a segregação permanente do mesmo. Por tal razão, incluiu-se o §7º ao art. 97 do Código Penal, que prevê uma política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, com concessão de bolsas de incentivo à desinternação e inserção dos pacientes em serviços residenciais terapêuticos, sob a responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário.

Na Lei de Execução Penal, as modificações também foram abruptas. A simplória remissão às penitenciárias feita pelo art. 99, parágrafo único, no que tange à organização dos hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico, foi completamente abandonada pelo PLS nº 163/13. Estabeleceu-se, então, que tais estabelecimentos deverão observar as normas do Sistema Único de Saúde – SUS (Lei nº 8.080/90), além das diretrizes da reforma psiquiátrica. Na prática, a consequência disso é simples: progressiva extinção dos manicômios judiciais, coroando os princípios norteadores de desospitalização e desinstitucionalização. Nesta mesma linha de pensamento, prevê o art. 101-A que a criação de novos hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico é vedada, assim como a ampliação de sua capacidade populacional. Ressalta-se ainda que para o cumprimento de tais exigências, instituiu-se a fiscalização pelo Ministério Público e a possibilidade de aplicação de sanções aos estabelecimentos penais e aos seus dirigentes, que vão desde uma mera advertência à completa interdição dos mesmos.

A mudança derradeira realizada pelo PLS nº 163/13 se deu na própria Lei nº 10.216/01, ampliando todos os preceitos nela contidos às pessoas portadoras de

transtorno mental em cumprimento da medida de segurança. Além disso, foram previstas diversas outras medidas públicas que deverão ser adotadas no tratamento dessas pessoas, tais como assistência psicossocial estendida aos familiares, confecção de regulamento para minudenciar o modelo extra-hospitalar de cumprimento da medida de segurança, criação de programas específicos aos portadores de transtornos relacionados ao uso de drogas, realização de censos e estudos jurídicos, sociais e clínicos a fim de melhor conhecer a realidade dessas pessoas e avaliar a terapêutica usada para o tratamento delas, dentre outras.

Considerando todas essas importantes inovações, nota-se, contudo, que nenhuma atenção foi dada ao próprio processo de aplicação da medida de segurança, isto é, a forma como a medida de segurança deve ser individualizada em cada caso concreto. Isso porque a mera absolvição imprópria proferida na sentença judicial pode vir a alijar o portador de sofrimento psíquico de diversos direitos que lhe devem ser assegurados, tanto no âmbito penal e processual, quanto no executório, conforme já delineado. Afinal, não deve haver diferenças na penalização de indivíduos imputáveis e inimputáveis, já que a pena *stricto sensu* e a medida de segurança, no final das contas, são essencialmente a mesma coisa: sanções criminais. Assim, antes mesmo de ser determinado o cumprimento da medida de segurança, essa deve ser resultado de uma dosimetria, como se pena fosse, com análise de todos os elementos da teoria do delito e das circunstâncias que nele gravitam.

Isto posto, a simples previsão do novo §1º do art. 96 do Código Penal de que a prescrição da medida de segurança deve ser calculada com base no máximo da pena cominada ao delito praticado pelo agente é insuficiente, uma vez que não atende aos anseios de uma real equidade de direitos entre imputáveis e inimputáveis. O cálculo de prescrição baseada na pena em abstrato é inconcebível por ainda manter o portador de sofrimento mental em situação prejudicial, e acaba por representar o grande equívoco do honroso PLS nº 163/13.

## CONCLUSÃO

O presente trabalho abordou as principais questões envolvendo o instituto da medida de segurança, em uma análise crítica e propositiva do mesmo, culminando na apresentação do Projeto de Lei do Senado nº 163/13, que visa a uma reformulação mais do que necessária nesta seara.

Após a introdução, foram delineadas as peculiaridades da medida de segurança, desde a sua origem no Brasil até os dias atuais, perpassando pela sua definição no ordenamento jurídico, o modo como é processada e aplicada aos inimputáveis e como se concretiza na prática, isto é, suas formas de execução.

No capítulo 2, preocupou-se em não somente minudenciar as incongruências da medida de segurança como também apontar possíveis soluções para torná-la um instituto verdadeiramente justo e eficaz. Para tanto, inevitável se fez demonstrar a realidade manicomial brasileira e, então, analisar as diretrizes da reforma psiquiátrica do século XX, que prega os ideais de desinstitucionalização e humanidade de tratamento dos portadores de sofrimento psíquico.

Já no capítulo 3, o objetivo se cingiu ao exame do PLS nº 163/13, que embora ainda engatinhe em seu longo trajeto para ser aprovado, já faz nascer a esperança de concretização dos direitos fundamentais das pessoas portadoras de sofrimento mental que cometem delitos, que por tanto tempo foram negligenciadas e abandonadas nos corredores dos velhos manicômios judiciários.

Por fim, há de se ressaltar que, não obstante o propósito principal deste trabalho seja apresentar uma discussão jurídica acerca da medida de segurança e dos direitos dos portadores de sofrimento psíquico infratores, buscou-se igualmente despertar naquele que o lê um sentimento de respeito para com todas as pessoas, de maneira a reconhecê-las sempre e indubitavelmente como sujeitos de direito, independentemente dos atos que tenham praticado ou da forma como a sua racionalidade articula o pensamento.

## REFERÊNCIAS

ANIS – Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero. Medidas de Segurança, Loucura e direito penal: uma análise crítica das medidas de segurança. **Série Pensando o Direito**, nº 35/2011, Brasília, DF, novembro de 2011.

ARBEX, Daniela. **Holocausto Brasileiro**. 1 ed. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

BRASIL. **Código Criminal do Império**, de 16 de dezembro de 1830. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/lim/lim-16-12-1830.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lim/lim-16-12-1830.htm)>. Acesso em: 02 dez. 2014.

BRASIL. Decreto-Lei n. 2.848, de 07 de dezembro de 1940, **Código Penal**. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/del2848.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848.htm)>. Acesso em: 03 dez 2014

BRASIL. **Código Penal dos Estados Unidos do Brasil**, de 11 de outubro de 1890. Disponível em: <<http://legis.senado.gov.br/legislacao/ListaTextoIntegral.action?id=50260>>. Acesso em: 02 dez. 2014.

BRASIL. Decreto-lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941, **Código de Processo Penal**. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/del3689compilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del3689compilado.htm)>. Acesso em: 04 dez. 2014.

BRASIL. Lei nº 7.209, de 11 de julho de 1984. Altera dispositivos do Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 – Código Penal, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 13 jul. 1984. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/1980-1988/l7209.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1980-1988/l7209.htm)>. Acesso em: 02 dez. 2014.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial na União, Brasília, 9 abr. 2001. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/l10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm)>. Acesso em: 02 dez. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial** – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Projeto de Lei do Senado nº 163 de 2013. Altera os arts. 96, 97, 98 e 99 do Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 – Código Penal; os arts. 682, 685, 715, 743, 751, 752, 753, 754, 755, 762, 775, 777 e 778 do Decreto-lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941 – Código de Processo Penal; os arts. 99, 175 e 177 e institui o art. 101-A na Lei nº 7210, de 11 de julho Fe 1984 – Lei de Execução Penal; e altera o art. 1º e inclui os arts. 9º-A a 9º-G na Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, para modificar o

regime da medida de segurança e o tratamento da pessoa portadora de transtorno mental que pratica infração penal. Disponível em:

<<http://www.senado.leg.br/atividade/materia/getTexto.asp?t=127397&c=RTF&tp=1>>. Acesso em: 03 dez. 2014.

BRASIL. Senado Federal. Disponível em:

<[http://www.senado.leg.br/atividade/materia/detalhes.asp?p\\_cod\\_mate=112597](http://www.senado.leg.br/atividade/materia/detalhes.asp?p_cod_mate=112597)>. Acesso em: 03 dez. 2014.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça, *Habeas Corpus* 143.315, Rel. Min. Og Fernandes, j. 05.08.2010. Disponível em:

<[https://ww2.stj.jus.br/processo/revista/documento/mediado/?componente=ITA&seque ncial=991079&num\\_registro=200901458955&data=20100823&formato=PDF](https://ww2.stj.jus.br/processo/revista/documento/mediado/?componente=ITA&seque ncial=991079&num_registro=200901458955&data=20100823&formato=PDF)>. Acesso em: 02 dez. 2014.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal, *Habeas Corpus* 97.621, Rel. Min. Cezar Peluso, j. 02.06.2009. Disponível em:

<<http://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=AC&docID=597914>>. Acesso em: 02 dez. 2014

BITENCOURT, Cézár Roberto, **Tratado de Direito Penal**: parte geral 1 - 20ª ed. rev., ampl. e atual – São Paulo: Saraiva, 2014.

CARVALHO, Salo de. **Penas e medidas de segurança no direito penal brasileiro**. ed 1. São Paulo: Saraiva, 2013.

**CASA dos Mortos, A**. Direção: Débora Diniz. Produção: Imagens Livres.

Documentário, 23' 59". Disponível em: <<http://www.acasadosmortos.org.br/>>. Acesso em: 02 dez. 2014.

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

**EM nome da razão**: um filme sobre os porões da loucura. Direção: Helvécio Ratton. Documentário, 23'50". Disponível em:

<<https://www.youtube.com/watch?v=R7IFKjl23LU>>. Acesso em: 16 nov. 2014.

JACOBINA, Paulo Vasconcelos. Direito Penal da Loucura: Medida de segurança e Reforma Psiquiátrica. **Boletim dos Procuradores da República**, Brasília, nº 70, ano VI, p. 16-21, abril de 2006

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