

## **A LOUCURA NO ORDENAMENTO JUS-PENALISTA E O ÓBICE À EFETIVAÇÃO DOS DIREITOS HUMANOS: Uma análise da paradoxal perpetuidade das Medidas de Segurança no Brasil**

**Ricardo dos Santos Bezerra<sup>1</sup>**  
**Paula Christianne da Costa Newton<sup>2</sup>**  
**Caio José Arruda Amarante de Oliveira<sup>3</sup>**  
**Mariana Vitória Rodrigues Jácome<sup>4</sup>**

**RESUMO:** Utilizando-se dos métodos de procedimento histórico e exemplificativo e baseado na constatação de que cada cultura, particularmente em cada período da história da humanidade, atribuiu-se à loucura uma função diferente e também maneiras específicas para a sua qualificação. Além disso, em que pese o fato de que cada sociedade, após estabelecer sua maneira de definir e lidar com a loucura, estampa seus reflexos e expressa-se nos espaços construídos dedicados ao louco, a pesquisa apresenta uma análise dos estabelecimentos destinados aos doentes mentais pelas legislações penais. Assim, a partir da Lei n° 7.209/84, instituídas as medidas de segurança e os hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico, o Brasil imprimiu a própria forma como enxergava a loucura. Entretanto, após anos da péssima qualidade estrutural vigente no tratamento dos doentes mentais, a Lei n° 10.216/01, denominada de Lei de Reforma Psiquiátrica, é promulgada visando redefinir as intervenções destinadas a esses indivíduos, em defesa da humanidade e em respeito a recuperação dos doentes mentais e a sua reinserção social. Contudo, a legislação vaga adotada pelo Código Penal Brasileiro e sua densa discricionariedade permitiu a internação por prazo indeterminado de doentes mentais, concretizando a perpetuidade das medidas de segurança. Entrementes constitucionalmente vedado, o abandono perpétuo desses indivíduos ainda é uma realidade no Brasil, fruto da inércia estrutural judiciária e da ineficaz fiscalização das perícias médicas e do cumprimento dos prazos estabelecidos pelas decisões judiciais, tornando duvidosa a efetivação dos Direitos Humanos.

**PALAVRAS-CHAVE:** Loucura. Doentes Mentais. Perpetuidade. Medidas de segurança. Hospitais de Custódia.

<sup>1</sup>Pós-Doutor na Universidade de Salamanca ó USAL; Doutor em Direitos Humanos ó Universidade de Salamanca/ Espanha; Mestre em Direito e Cooperação Internacional ó Vrije Universiteit Brussel; Graduação em Direito pela Universidade Estadual da Paraíba; Professor efetivo do Centro de Ciências Jurídicas da Universidade Estadual da Paraíba. Email: ricsantosbz@gmail.com.

<sup>2</sup>Doutora menção Doutorado Europeu em Direito do Trabalho e Previdência Social - Universidade de Valencia /Espanha; Mestra em Direito do trabalho e segurança social - Universidade de Valencia / Espanha; Mestra em Direito Econômico - Universidade Federal da Paraíba - UFPB; Professora efetiva do Centro de Ciências jurídicas da Universidade Estadual da Paraíba ó UEPB e Professora dos quadros efetivos do Departamento de Direito Privado do Centro de Ciências Jurídicas da Universidade Federal da Paraíba - UFPB. Email: paulla.newton@gmail.com.

<sup>3</sup>Graduando em Direito ó Universidade Estadual da Paraíba. Bolsista de Iniciação Científica da Universidade Estadual da Paraíba, Cota 2019/2020. Email: caioarruda31@gmail.com

<sup>4</sup>Graduanda em Direito ó Universidade Estadual da Paraíba. E-mail: marianavrjacome@gmail.com

## INTRODUÇÃO

Entrementes sua capacidade de originar severas discussões contemporâneas, a loucura desde os primórdios da humanidade ocupa preponderante papel na sociedade mundial. Após séculos de construção social, perpassando por estudos de diversos teóricos, aquela é atualmente compreendida através de sua perspectiva médica. Entretanto, por mais que evidentemente primitivas, a exclusão e marginalização de doentes mentais tornam-se cada vez mais reais.

Paralelamente a essa realidade, o cometimento de infrações penais por tais inimputáveis agrava ainda mais essa situação, em que pese a inexistência de um devido respaldo jurisdicional, especificamente no Brasil, apesar da posituação de um tratamento diferenciado pela legislação.

Visando alcançar a ressocialização e o adequado tratamento para aqueles que, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, eram, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapazes de entender o caráter ilícito do fato ou de determinarem-se de acordo com esse entendimento (BRASIL, 1940), as medidas de segurança, como um instituto do direito penal, surgem através da Lei nº7.209 de 1984, possibilitando a internação de tais agentes em hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico ou a sujeição deles à tratamento ambulatorial.

Isto posto, para a efetivação desta determinação, os hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico tornam-se os estabelecimentos especializados no cumprimento de medidas de segurança. Contudo, a internação retromencionada, de acordo com a legislação específica, deve ocorrer por tempo indeterminado, enquanto não for averiguada, mediante perícia médica, a cessação de periculosidade (BRASIL, 1940). Ainda que o Supremo Tribunal Federal tenha determinado que o tempo máximo da medida de segurança não deve ultrapassar 30 anos (BRASIL, 2005), e o Superior Tribunal de Justiça, através da Súmula 527, assegurado que o tempo de duração não deve ultrapassar o limite máximo da pena abstratamente cominada ao delito praticado, a discricionariedade oriunda da omissão legislativa no Código Penal permitiu, e ainda permite, a concretização da atual realidade do Brasil: a perpetuação do cumprimento de medidas de segurança.

Ademais, essa realidade espelha que o positivismo penal no Brasil permite o esquecimento desse grupo social, promovendo a sua exclusão em nome de uma distorcida

defesa social, a qual encontra-se centrada em um conceito de periculosidade presumida do ólouco. Outrossim, aliada às precárias condições dos hospitais de custódia e a ineficaz fiscalização da estrutura e do cumprimento das medidas de segurança nesses locais, a falida busca de reinserção social desses doentes mentais alimenta ainda mais a perpetuidade das medidas de segurança, caminhando em oposição à efetivação de direitos fundamentais constitucionais e à consagração dos Direitos Humanos.

Em que pese o fato da Lei de Reforma Psiquiátrica (Lei nº 10.216/01) ter sido promulgada buscando a proteção das pessoas com transtornos mentais no Brasil, impedindo qualquer forma de abuso e exploração e assegurando seu acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, baseado na humanidade, no respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade, sua positividade não impediu que, 18 anos depois, ainda existam cidadãos invisíveis e em abandono perpétuo em hospitais de custódia.

## **METODOLOGIA**

De antemão, é mister esclarecer a relevância de se ter um zelo técnico mais acentuado na elaboração da metodologia da pesquisa científica, visto que aquela é essencial à esta, isto é, existe entre a pesquisa e o método utilizado uma relação simbiótica de padronização do engajamento científico com vistas à fruição de um conhecimento que possa alcançar solução com os embates desencadeados pela sociedade. Desse modo, Rodrigues (2016, p.19) assevera:

Assim pode-se dizer que a metodologia científica consiste no estudo, na geração e na verificação dos métodos, das técnicas e dos processos utilizados na investigação e resolução de problemas, com vistas ao desenvolvimento do conhecimento científico. O conhecimento científico se constrói por meio da investigação científica, da pesquisa utilizando-se a metodologia. (RODRIGUES, 2016, p.19)

Por este raciocínio, entende-se o quão imprescindível é a elaboração da metodologia. Assim, o presente trabalho arrolará como métodos de procedimento: O histórico, discutindo os avanços ou as involuções do tratamento penal da loucura no Brasil. Além deste, servirá também o método explicativo, atendendo as indagações e controvérsias existentes a respeito do assunto. Dessa forma, poder-se-á apontar estes como os principais a contornarem a pesquisa, todavia, sem prejuízo que ao longo desta investigação, se reúna outros métodos de procedimento.

No que concerne ao método de abordagem, a pesquisa se deterá ao método dedutivo, assim, se absorverá as questões envolvendo o doente mental, sua imputabilidade perante o *jus*

*puniendi* do Estado, bem como as maneiras de punição àqueles que cometem os delitos previstos na Parte Especial do Decreto-Lei 2848/1940.

Por conseguinte, o estudo visa identificar e esclarecer a problemática que envolve as matérias em discussão. Assim, a questão fundamental da dedução está na relação lógica que deve ser estabelecida entre as proposições apresentadas, a fim de não comprometer a validade da conclusão (MEZZARROBA, MONTEIRO, 2003, p.65). Há nessa perspectiva, devido à natureza do método, o dever do pesquisador de convalidar as premissas sob pena de não alcançar resultados científicos e efetivos.

### **A construção social da loucura e seu tratamento penal no Brasil**

Segundo Durkheim (1983), a sociedade é composta por duas ordens de fatos bastante diferentes: aqueles que são os que devem ser e aqueles que deveriam ser diferentes daquilo que são, isto é, os fenômenos normais e os patológicos, respectivamente (DURKHEIM, 1983, p.114). Assim os grupos humanos funcionam, estabelecendo uma significação própria de normalidade e, conseqüentemente, rotulando como anormal tudo aquilo que foge dos modelos vigentes.

A partir dessa segregação aparentemente natural, os anormais passam a ocupar as margens da sociedade, uma vez que, em regra, não fazem parte de uma homogeneidade pré-definida. A exclusão social de vários grupos sociais possui raízes históricas que se estendem até os dias atuais, dentre eles os taxados *ö*loucos.

Ainda que seu significado seja etimologicamente desconhecido, a loucura possui sua conceituação oriunda de uma construção social permeada por aspectos culturais que se modificaram com o passar dos séculos. Cada cultura, particularmente em cada período da história da humanidade, atribuiu à loucura uma função diferente, e também inventou um modo específico de ser louco (PELBART, 1989, p.42).

Na Grécia Antiga, emergida em seu forte pensamento mitológico, a loucura era vista como um recurso das divindades para que seus desejos não fossem contrariados pela vontade humana. Em meados do século V a.C, as obras de Homero e Hesíodo já demonstravam a loucura como um fenômeno externo ao homem, justificando a ocorrência de comportamentos desequilibrados, em que pese a interferência divina gerar a perda do controle sobre seu próprio consciente (PESSOTTI, 1994).

Expoente da medicina grega, em 400 a.C, Hipócrates, em contraposição às leis atenienses, ao catalogar vários transtornos mentais através de uma visão organicista das

enfermidades da mente, defendia os direitos legais de cidadãos acometidos por perturbações mentais, os quais eram assegurados apenas em assuntos cíveis.

Outrossim, na Roma Antiga também emergiu a necessidade de tipificar a loucura, desenvolvendo uma classificação que disciplinasse o devido tratamento para os loucos. Assim dissertou Jacobina (2003):

Eles conheceram, no seu direito civil, a figura do *furiosus* e do *mentecaptus*, bem como a figura do pródigo. O furioso tem acessos de demência caracterizados por fúria, tendo ou não intervalos lúcidos. O mentecapto òé o idiota, indivíduo de inteligência pouco desenvolvida. O pródigo òé a pessoa *sui juris que dilapida, em prejuízo dos filhos, o patrimônio recebido por sucessão legítima dos parentes paternos. É o perdulário, o esbanjador, retratado na parábola do filho pródigo* (JACOBINA, 2003, p.17)

Os únicos que eram excluídos do Direito Penal eram os *õfuriosusõ*, sobre os quais recaía um estado de custódia, conhecida como *õad tutelam ejus et securitat emproximumõ* (BRUNO, 1984).

Entretanto, aclamado por vários estudiosos como um dos maiores filósofos contemporâneos, Foucault (1978) afirmava que a loucura surgiu e passou a ser vista mundialmente como um dos males do século após o desaparecimento da lepra, doença esta que atormentou a humanidade da Alta Idade Média até o fim das Cruzadas, período no qual foram construídos vários leprosários. Neste ínterim, ò(...) o desatino da loucura substituiu a morte e a seriedade que a acompanha.õ (FOUCAULT, 1978, p. 15). Isto é, até o século XV, as pessoas temiam a morte, mas com a aparição da loucura e o desconhecimento das suas causas, ela tornou-se o principal temor para todos.

Após a diminuição no número de surtos epidêmicos, os leprosários passaram a ser utilizados para asilar novas pessoas que deveriam ser excluídas dos ciclos sociais, dentre eles os doentes mentais, definidos como loucos.

Desaparecida a lepra, apagado (ou quase) o leproso da memória, essas estruturas permanecerão. Frequentemente, nos mesmos locais, os jogos da exclusão serão retomados, estranhamente semelhante aos primeiros, dois ou três séculos mais tarde. Pobres, vagabundos, presidiários e õcabeças alienadasõ assumiram o papel abandonado pelo lazarento, e veremos que salvação se espera dessa exclusão, para eles e para aqueles que os excluem. (FOUCAULT, 1978, p.06)

Outrossim, aludindo-se à pintura de Hieronymus Bosch òNau dos Loucosõ em uma evidente correlação da loucura com a Renascença, Foucault (1978) definia os naus como embarcações que carregavam os loucos das cidades, confiados a mercadores, peregrinos ou marinheiros, que os abandonavam em outras terras, expondo, assim, a literatura e a pintura no século XVI como denúncias da exclusão social de doentes mentais.

Ademais, sabe-se que em *o Século dos Manicômios*, Pessoti (1996) aponta que a segregação de doentes mentais já era datada no século VII no Oriente, período no qual já existiam locais para asilar loucos, os quais vieram a emergir apenas no século XV na Europa. Nestes hospícios, contudo, os doentes recebiam o auxílio de pessoas religiosas, as quais não possuíam preparo médico ou psiquiátrico.

A partir dos avanços medicinais e do florescimento da corrente filosófica positivista, emergiu no imaginário das classes dominantes que, além de segregar os doentes mentais, seria necessário desenvolver um controle vigiado sobre seus atos. É nesse diapasão que, do final do século XV até o século XVII passam a surgir a recepção de loucos em hospitais.

Denominado por Foucault (1978) como o período das Grandes Internações, esse lapso temporal ficou conhecido pelo inchaço de instituições asilares que recolhiam pessoas com comportamento desviante:

A internação é uma criação institucional própria ao Século XVII. Ela assumiu, desde o início, uma amplitude que não lhe permite uma comparação com a prisão tal como era praticada na Idade Média. Como medida econômica e precaução social, ela tem valor de invenção. Mas na história do desatino, ela designa um evento decisivo: o momento em que a loucura é percebida no horizonte social da pobreza, da incapacidade para o trabalho, da impossibilidade integrar-se no grupo; o momento em que começa a inserir-se no texto dos problemas da cidade. (FOUCAULT, 1978, p.78)

Em ato contínuo, com a chegada do século XVIII, a Psiquiatria encontra novos rumos, paralelamente ao desenvolvimento do Direito Penal como uma ciência, momento no qual passa-se a compreender que a responsabilização de pessoas portadoras de transtornos mentais pelo cometimento de infrações penais necessitaria de tratamento divergente do que estaria sendo utilizado.

Diante disso, constatando-se que a loucura se configurou como doença mental, os manicômios começam a ser criados, exclusivamente para doentes mentais, sob a influência do psiquiatra francês Phillippe Pinel, em meados do Século XIX. Os pensamentos de Pinel ficaram conhecidos como *reformas pinelianas*, marcadas pela articulação entre saber e técnica e pela aderência ao ideário revolucionário das Revoluções Industrial e Francesa, traduzido em liberdade nos hospícios, igualdade entre sãos e doentes, e fraternidade entre filantropia e esclarecimento (ZILBOORG, 1963, p.323).

Adentrando no século XIX, a teoria terapêutica da loucura ganha novos destinos a partir do *o Traité Médico-Philosophique sur l'aliénation mentale*, peça-chave para a primeira revolução psiquiátrica. Este tratado trouxe consigo a análise da alienação a partir de descrições

densas dos doentes, construindo, assim, argumentos que tornaram a loucura uma verdade positiva, objeto específico do alienismo, agrupado em suas várias espécies, além do estabelecimento de um campo de pesquisa e sistematização capaz de tratar e curar as diversas manifestações da loucura (STREVA, 2012, p.21).

Entretanto, ainda que a medicina avançasse em seus estudos de neurofisiologia e neuroanatomia, a sociedade encontrava-se dividida em compreender a loucura como uma doença orgânica ou como uma doença passível de tratamento moral. Diante disso, mesmo com o passar dos anos, os loucos permaneceram submissos à imposição da ordem e da disciplina institucional, e dessa realidade também se fez partícipe o Brasil.

O Código Penal Brasileiro de 1890, em seu artigo 27, definia que não eram considerados criminosos aqueles que por imbecilidade nativa ou enfraquecimento senil, fossem absolutamente incapazes de imputação. Posteriormente, em seu artigo 29, determinava que esses indivíduos isentos de culpabilidade em razão de afecção mental deveriam ser entregues às suas famílias, ou recolhidos a hospitais de alienados, caso o seu estado mental assim exigisse pela segurança do público (BRASIL, 1890).

Paralelamente, reforçando a irresponsabilidade estatal perante os doentes mentais, em seu artigo 378, tratando sobre contravenções de perigo comum, a legislação penal ainda definia como crime deixar vagar loucos confiados à sua guarda, ou, quando evadidos de seu poder, não avisar a autoridade competente, para os fazer recolher, bem como receber em casa particular, sem aviso prévio à autoridade, ou sem autorização legal, pessoas afetadas de alienação mental.

Outrossim, em 15 de fevereiro de 1890, o Marechal Deodoro da Fonseca, através do Decreto nº206-A, criou o serviço de assistência médica e legal ao óalienado, determinando seu recolhimento no Hospício Nacional, localizado no Rio de Janeiro, e nas colônias Conde de Mesquita de São Bento (BRASIL, 1890). De acordo com seu artigo 13, seriam considerados alienados:

Art.13 Todas as pessoas que, por alienação mental adquirida ou congênita, perturbarem a tranquillidade pública, offenderem a moral e os bons costumes, e por actos attentarem contra a vida de outrem ou contra a própria, deverão ser collocadas em asyloes speciaes, exclusivamente destinados á reclusão e ao tratamento de alienados.

Posteriormente, em 22 de dezembro de 1903, através do Decreto nº1132, a lei especial para a organização da assistência médico legal a alienados no Distrito Federal, estabelece que cada estado devia reunir recursos para a construção de manicômios judiciários e que,

enquanto tais estabelecimentos não existissem, deviam ser construídos anexos especiais aos asilos públicos para o seu recolhimento.

A partir disso, é criado no Hospício Nacional de Alienados uma seção especial nomeada a Seção Lombroso, referenciando o antropólogo criminal italiano Cesare Lombroso que, no final do século XIX, ficou conhecido pela teoria dos criminosos natos, ou seja, pessoas que nasceriam com uma marcada tendência para o mal, seção esta designada aos denominados loucos criminosos (CARRARA, 2010). Em 25 de novembro de 1921, através do Decreto 14.831, surge o primeiro Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro.

Em 1940, o Código Penal traz uma nova percepção ao tratar dos inimputáveis, determinado em seu artigo 22 que são isentos de pena os agentes que, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter criminoso do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.

É evidente que a maneira como cada sociedade definiu e lidou com a loucura, espelhou seus reflexos e expressou-se nos espaços construídos dedicados ao louco. A modificação da realidade dos manicômios judiciais e a percepção do caráter terapêutico da loucura só vem a ser modificada com a Lei nº 7.209 de 1984, a qual cria as medidas de segurança e possibilita a internação de doentes mentais infratores em hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico ou a sujeição deles à tratamento ambulatorial.

### **O caráter preventivo da Medida de Segurança frente à inimputabilidade dos doentes mentais**

Conforme preceitua o artigo 26 do Código Penal Brasileiro, os inimputáveis podem ser conceituados como aqueles que por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, eram ao momento da conduta comissiva ou omissiva, inteiramente incapazes de apreender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com essa apreensão. A partir dessa definição, em contraposição, faz-se necessário rememorar os elementos essenciais para o acometimento de um crime e a aplicação da pena por aquele que é o agente detentor, de forma indelegável, do *jus puniendi*: O Estado.

Doravante, o primeiro elemento é a tipicidade do fato, isto é, se a conduta do agente está devidamente tipificada, além disso, se este concorreu com a conduta e concordou com o resultado, bem como se existe nexo de causalidade entre esta conduta e o resultado naturalístico. Nessa esteira, o segundo elemento é a ilicitude ou antijuridicidade, ou seja, se



aquela conduta típica não está amparada pelas excludentes de ilicitude, quais sejam: Legítima defesa, estado de necessidade, estrito cumprimento de dever legal ou exercício regular de direito. Neste ponto da problemática, deve-se ressaltar a proporcionalidade e o risco ou iminência da lesão de um ou mais direitos.

Ainda nessa perspectiva, o terceiro e rudimentar elemento é a culpabilidade. É nesse requisito de constituição delituosa que está inserido o conceito de imputabilidade. Desse modo, só pode ser aplicada a pena quando o agente não é no momento do crime inimputável, ou *a contrario sensu* do Art.26 supracitado, era ao tempo da ação inteiramente capaz de perceber o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com essa percepção. Assim, Toledo (1994) preconiza:

A culpabilidade recai sobre o agente, sobre o comportamento humano que realiza um fato-crime. Coloca-se a tônica no fato do agente, não no agente do fato. Apoia-se esta concepção da culpabilidade na constatação empírica, pragmática, de que o agente, sendo dotado de certa capacidade de compreensão e de escolha, é culpável por um fato ilícito, na medida em que concretiza o injusto, podendo, nas circunstâncias, ter agido de outro modo (TOLEDO, 1994, p.235).

Nesse diapasão, superados os elementos típicos do delito, conclui-se que aos doentes mentais e pessoas de desenvolvimento incompleto ou retardado falta o requisito da culpabilidade, visto que estes são penalmente tutelados como inimputáveis. Logo, é clarividente que não poder-se-á aplicar a pena, mas, por outro lado, não cabe à Jurisdição Penal eximir-se de prevenir a sociedade de um fato delituoso que possa vir a ocorrer com a omissão em deixar de aplicar uma sanção penal não ao agente, mas, mormente, ao fato ilícito (BITENCOURT, 2004).

Ademais, constata-se que são incluídas no Código Penal, por meio da Lei 7.209/1984, as medidas de segurança, com o finalismo e a sistemática vicariante, acompanhando as mudanças trazidas pela Alemanha à época (SCHINDLER, 2007). Assim, é cediço que a intenção do legislador foi romper com o sistema duplo binário adotado pelo Decreto-Lei 2848/1940. Por este sistema, impõe-se a pena e a medida de segurança ao semi-imputável. Nessa sistemática adotada embrionariamente pelo ordenamento penal, Mayrink (1998) aduz:

Aliás, como ex-diretor de estabelecimento penal (1966), posso atestar que o duplo-binário era uma fantasia e não uma realidade. Inexistiam estabelecimentos penais próprios para custodiar os semi-imputáveis, e as medidas de segurança aplicáveis aos imputáveis eram transformadas em liberdade vigiada após simbólico exame de verificação de cessação de periculosidade (MAYRINK, 1998, p.1930).

Acrescenta-se, que existe para doutrina, exclusivamente o caráter preventivo das medidas de segurança, no que se refere ao ordenamento jurídico *lato sensu*, destoando, assim, da natureza retributivo-preventiva das penas aplicadas aos imputáveis. A finalidade preventiva da pena indica a eficácia da prevenção geral, enquanto que a retributiva é a regeneração da ordem violentada pelo delito cometido, observados os princípios da proporcionalidade e razoabilidade (MAYRINK, 1998). Assim Jesus (1986) elucida:

As penas e as medidas de segurança constituem as duas formas de sanção penal. Enquanto a pena é retributivo-preventiva, tendendo atualmente a readaptar socialmente o delinquente, a medida de segurança possui natureza essencialmente preventiva, no sentido de evitar que um sujeito que praticou um crime e se mostra perigoso venha a cometer novas infrações penais (JESUS, 1986, p.473)

Adentrando-se a análise das medidas de segurança, têm-se que suas espécies contidas no Art.96 do ordenamento jus-penalista são a internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou a sujeição a tratamento ambulatorial. A primeira espécie é aplicada quando o fato criminoso for punível com reclusão, enquanto que a segunda quando punível com detenção. Importante ressaltar que na internação há presunção *iuris tantum* de periculosidade, assim, para Bittencourt (2004, p.739) a periculosidade pode ser definida como um estado duradouro de ãanti-sociabilidadeö.

Por essas análises, é oportuno somar à pesquisa, que mais que uma finalidade preventiva, as medidas de segurança visam atingir uma finalidade curativa e terapêutica, pois foi assim que se posicionou a Corte do Superior Tribunal de Justiça ó STJ no julgamento do *Habeas Corpus* 233474<sup>5</sup>, de relatoria do Ministro Sebastião Reis Júnior.

Ademais, discussão pertinente corresponde ao tempo em que será operada a sanção penal de internação ou tratamento ambulatorial. Sabe-se que por força da lei penal, o tempo mínimo é de 1 a 3 anos, e que a liberação dar-se-á apenas quando realizada a 1ª perícia médica que ateste a cessação de periculosidade do agente inimputável que praticou o ato criminoso. Contudo, e o limite máximo? A resposta é temerosa. O Código Penal de 1940 não só não previu um tempo máximo, como indeterminou o prazo. Com base nessa incongruência legal, Streva (2012) questiona:

Se, por exemplo, um indivíduo que foi classificado pelo juiz penal como um ãdoente mentalö tiver cometido o tipo penal de lesão corporal, previsto no *caput* do artigo 129 do CP, não será ele passível de responsabilidade. Logo,

---

<sup>5</sup>A medida de segurança tem caráter curativo, portanto, não se deve libertar o inimputável até que esteja devidamente provado seu bom estado de saúde mental [...]Tal prova se faz através da perícia médica. (Superior Tribunal de Justiça, HC nº 233474, Relator Ministro Sebastião Reis Júnior, MT, 19/04/2012.)

será absolvido impropriamente e encaminhado para um suposto tratamento por prazo indeterminado, sendo o tempo mínimo de 1 a 3 anos. Todavia, o delito cometido tem a pena de 3 meses a 1 ano no Código Penal. Ora, ele será absolvido formalmente para ser punido indeterminadamente e por mais tempo do que quem seria se considerado culpável pelo ordenamento penal? (STREVA, 2012, p. 49)

Não obstante, sem adentrar num papel de pitonisa, não parece razoável para doutrina, nem para a jurisprudência a indeterminação do prazo da aplicação da medida de segurança. É imprescindível destacar também, que através da Súmula 527 do STJ o tempo de duração da medida de segurança não deve ultrapassar o limite máximo da pena abstratamente cominada ao delito praticado.

O Supremo Tribunal Federal, desse modo, posicionou-se limitando em 30 anos o tempo de internação ou tratamento ambulatorial. Em conclusão, a desinternação ou liberação condicional do internado deverá ser sempre condicional, devendo ser reintegrada a situação anterior se o agente, antes de decorrido um ano, pratica fato que indique a resistência da periculosidade, conforme esclarece o Art.97, § 3º do Código Penal Brasileiro.

Embora, seja acatado pela doutrina e pacífico entre as Cortes Superiores o entendimento acerca do tempo máximo das medidas de segurança, há no Brasil uma inconsistência cognitiva por parte das Instituições responsáveis pela aplicação das medidas de segurança, a medida que ao doente mental não são resguardados os seus direitos fundamentais, sendo este o fato gerador da assimetria entre a sentença judicial e o cumprimento das Medidas de Segurança.

### **Assimetria entre a Sentença Judicial e o cumprimento da Medida de Segurança**

Após anos de irresponsabilidade estatal perante os doentes mentais, a Lei 7.209, em 1984, reformando a legislação penalista, originou as medidas de segurança como a providência adequada para o doente mental ou com desenvolvimento mental incompleto ou retardado, que 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, destinando-os à internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou sujeitando-os à tratamento ambulatorial (BRASIL, 1984).

De acordo com o artigo 97, § 1º, do Código Penal Brasileiro, o prazo dessa internação ou desse tratamento ambulatorial possui como lapso temporal mínimo de 1 (um) a 3 (três) anos. Contudo, em que pese o tempo máximo, esse seria indeterminado, perdurando enquanto

não fosse averiguada, mediante perícia médica, a cessação de periculosidade, a qual seria presumida. Nesse sentido disserta Carvalho (2013, p.510):

Todavia, esta relativa simplicidade não significa garantia em termos de eficácia da tutela dos direitos fundamentais dos portadores de sofrimento psíquico contra eventuais abusos e excessos. Pelo contrário, a inexistência de um procedimento claro para a determinação, p. ex., da quantidade mínima e máxima da medida de segurança, cria uma situação de vácuo na qual as lógicas manicomial e punitiva se inserem. (CARVALHO, 2013, p.510)

Constatando essa discricionariedade concedida inapropriadamente pelo legislador, o Superior Tribunal de Justiça, após a concessão de um *Habeas Corpus* a um paciente submetido a medida de segurança há mais de 24 anos, entendeu que o tempo de cumprimento da medida de segurança deveria ser limitado ao máximo da pena abstratamente cominada ao delito perpetrado, como já visto anteriormente. Assim, entendeu o STJ:

HABEAS CORPUS. EXECUÇÃO PENAL. SENTENÇA ABSOLUTÓRIA IMPRÓPRIA. MEDIDA DE SEGURANÇA. PRAZO MÁXIMO DE CUMPRIMENTO. ART. 97, § 1º, DO CÓDIGO PENAL. RECURSO PROVIDO. 1. Paciente preso em flagrante no dia 20/10/2010, por crime de lesão corporal cometido contra sua tia, sendo o flagrante homologado e convertido em prisão preventiva. 2. Prolatada sentença de absolvição imprópria, submetendo o réu ao cumprimento de medida de segurança por prazo indeterminado, foi interposta apelação, parcialmente provida, apenas para limitar o tempo máximo de cumprimento da medida de segurança ao máximo de 30 anos, nos termos do art. 75 do Código Penal. 3. A Sexta Turma do Superior Tribunal de Justiça entende que o limite máximo da duração da medida de segurança é o mesmo da pena abstratamente cominada ao delito praticado, com base nos princípios da isonomia e da proporcionalidade. 4. Habeas corpus não conhecido. Writ concedido, de ofício, para, fixando o prazo máximo de 3 anos para a medida de segurança, declarar o término do seu cumprimento. (HC 269377/ AL HABEAS CORPUS 2013/0124571-2, Sexta Turma, Superior Tribunal de Justiça, Relator: Ministro Rogerio Schietti Cruz. Julgado em: 02/10/2014, publicado em: 13/10/2014).

Contudo, - destrinchado o entendimento mencionado de maneira superficial anteriormente - após deferir um *Habeas Corpus*, o STF manifestou-se de forma diversa, compreendendo que o prazo máximo a ser aplicado na medida de segurança deva ser aquele previsto para as penas, no artigo 75 do Código Penal, de 30 (trinta) anos. Nesse sentido, Habeas Corpus 97.621 do STF:

EMENTAS: AÇÃO PENAL. Réu inimputável. Imposição de medida de segurança. Prazo indeterminado. Cumprimento que dura há vinte e sete anos. Prescrição. Não ocorrência. Precedente. Caso, porém, de desinternação progressiva. Melhora do quadro psiquiátrico do paciente. HC concedido, em parte, para esse fim, com observação sobre indulto. 1. A prescrição de medida de segurança deve calculada pelo máximo da pena cominada ao delito atribuído ao paciente, interrompendo-se-lhe o prazo com o início do seu cumprimento. 2. A medida de segurança deve perdurar enquanto não

haja cessado a periculosidade do agente, limitada, contudo, ao período máximo de trinta anos. 3. A melhora do quadro psiquiátrico do paciente autoriza o juízo de execução a determinar procedimento de desinternação progressiva, em regime de semi-internação. (HC 97621 / RS HABEAS CORPUS, Segunda Turma, Supremo

Entretanto, apesar dessa divergência, é evidente a busca pelo impedimento da perpetuidade da internação pelas duas instituições. Outrossim, ainda que o caráter perpétuo das medidas de segurança seja algo legalmente vedado, a realidade não acompanha as decisões supracitadas, direcionando ao esquecimento uma população totalmente invisível para a sociedade. Além do desconhecimento sobre o perfil dessas pessoas, que impede o aperfeiçoamento das políticas de assistência em saúde mental, a ineficaz fiscalização do cumprimento do período adequado das medidas de segurança agrava e permite várias pessoas vulneráveis fiquem internadas em caráter perpétuo.

No ano de 2011, o Departamento Penitenciário Nacional (Depen), do Ministério da Justiça, juntamente com o Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero, realizou um estudo censitário da população que vivia em todos os Estabelecimentos de Custódia e Tratamento Psiquiátrico do país, acabando por constatar que, de 3.989 homens e mulheres, dezoito indivíduos encontravam-se internados há mais de trinta anos e 606 estavam internados há mais tempo do que a pena máxima em abstrato para a infração cometida, representando 21% da população em medida de segurança no país (Brasil, 2012).

Outrossim, ainda fruto desse censo psicossocial e comprovando a estrutura inercial do modelo penal-psiquiátrico dos hospitais de custódia, apurou-se que pelo menos 741 indivíduos não deveriam estar em restrição de liberdade. Essa constatação se traduz em um dado assustadoramente real: um em cada quatro indivíduos internados não deveria estar nos estabelecimentos de custódia. Os motivos para a não internação decorrem desde a existência de laudo atestando a cessação de periculosidade, de sentença judicial determinando a desinternação, até a internação sem processo judicial ou com medida de segurança já extinta (DINIZ, 2013).

Além de tais fatos retromencionados, a pesquisa demonstrou que 7% dos indivíduos possuíam sentença de desinternação e eram mantidos em regime de internação, e que o tempo médio de permanência à espera de um laudo psiquiátrico era de dez meses, fazendo com que 41% dos exames de cessação de periculosidade estivessem em atraso, contrariando o Código de Processo Penal em seu artigo 150, § 1º, que determina o prazo de 45 dias.

Promulgada em 06 de abril de 2001, a Lei nº 10.216 trouxe uma série de modificações, dispondo sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos

mentais, redirecionando o modelo assistencial em saúde mental. Evidenciando a responsabilidade do Estado no desenvolvimento da política da saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida *participação da sociedade e da família*, a lei ainda assegura que o tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio, oferecendo assistência integral à pessoa com transtornos mentais, por meio de uma equipe multidisciplinar.

Contudo, ainda que decorridos 10 anos da denominada Lei da Reforma Psiquiátrica, a pesquisa demonstrou o evidente descaso estatal com a população vulnerável dos hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico. O caráter perpétuo das medidas de segurança distancia-se dos direitos assegurados aos doentes mentais pela lei retromencionada. Sobre essa temática e em que pese o censo realizado em 2011, assim narra Diniz (2013, p.15):

Dito isso, arrisco anunciar o que considero o resultado mais importante do censo: não há periculosidade inerente aos diagnósticos psiquiátricos. O diagnóstico psiquiátrico não é determinante para a infração penal cometida pelo louco. O que há são indivíduos em sofrimento mental que, em algum momento da vida, por razões que não fomos capazes de identificar pela pesquisa documental em dossiês, cometem infrações penais. É possível que a ausência de tratamento de saúde, o abandono de redes sociais de cuidado e proteção, a carência de políticas sociais eficazes para essa população possam ser fatores desencadeantes do ato infracional. O que descobrimos, no entanto, é que essa é uma população majoritariamente masculina, negra, de baixa escolaridade e com periférica inserção no mundo do trabalho, que em geral cometeu infração penal contra uma pessoa de sua rede familiar ou doméstica. (DINIZ, 2013, p.15)

Portanto, apesar das previsões legais impeditivas da indeterminação do prazo das medidas de segurança, a perpetuidade da internação de doentes mentais em hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico ou submissão deles a tratamento ambulatorial representa a realidade brasileira. O desconhecimento desses indivíduos é exposto nos escassos dados disponibilizados pelos órgãos públicos acerca dos estabelecimentos de internação, fato este corroborado pelo distanciamento da datação do censo psicossocial analisado. Tais fatos aqui descritos representam a duvidosa efetivação dos direitos humanos e fundamentais para seres humanos ainda invisíveis socialmente.

### **Os Hospitais de Custódia no Brasil: Tutela ou óbice à efetivação dos Direitos Humanos?**

A Lei 10.216/2001, popularmente conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, iniciou sua vigência no dia 6 de abril de 2001, e para tanto objetivou tutelar os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais apontando também, qual seria o modelo ideal de

assistência em saúde mental. Após esta, os antigos manicômios judiciários foram progressivamente extintos, visto que configura mais cartesiano com a proposta dos Direitos Humanos a implantação de dispositivos territoriais, como o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), que substituíram a internação em instituições fechadas (SANTOS, 2015, p.1216).

Todavia, ainda resiste no ordenamento jurídico a figura do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP). Este estabelecimento consiste em uma instituição pública que abriga àqueles inimputáveis que cometeram crimes e que ao tempo da ação delituosa detinham algum distúrbio mental ou desenvolvimento mental incompleto. Conquanto, a manutenção dessas instituições simetricamente impõe a conservação do *status quo* do achincalhamento aos direitos da pessoa portadora de transtorno mental. Dessa maneira, assevera Correia, Lima e Alves (2008, p. 6-7):

De acordo com a norma, independentemente das circunstâncias que precipitaram a internação psiquiátrica, esta deve se configurar como um recurso terapêutico compromissado com a reintegração social dos internos. Nesse compromisso situa-se a garantia do direito à saúde de toda pessoa com transtorno mental. No caso particular daquela autora de delito, propõe-se que a internação compulsória em HCTP mantenha-se coerente com os mesmos princípios éticos de garantia de direitos humanos, de forma que a penalização da pessoa não se sobreponha ao direito de uma atenção integral às suas necessidades de saúde. Ademais, a penalização legal da pessoa com transtorno mental autora de delito deve observar o princípio da definição temporal da pena, cujo final implica a reinserção do apenado ao convívio familiar e comunitário. (CORREIA;LIMA;ALVES, 2008, p.6-7)

Após visitas realizadas no Brasil entre os dias 19 e 30 de setembro de 2011, o Subcomitê de Prevenção da Tortura (SPT) da Organização das Nações Unidas, com a participação do Brasil, concluiu em seu relatório final, apresentado no ano de 2012, que os hospitais de custódia usados para abrigar pessoas com transtornos mentais e em conflito com a lei eram potenciais espaços de tortura. (NAÇÕES UNIDAS, 2012)

O Centro de Tratamento em Dependência Química Roberto Medeiros, por exemplo, um dos três manicômios judiciários em funcionamento no Rio de Janeiro, foi citado no relatório com apontamentos sobre tortura, constatada a existência de altas doses de medicamentos psicotrópicos ministradas a 95% dos pacientes. É narrado ainda no relatório as seguintes situações: "Eles tinham de manter suas cabeças abaixadas e as mãos para trás quando caminhavam pela instituição. A equipe de saúde mental se encontrava sob estresse, mal paga e sujeita à autoridade dos guardas da prisão. O objetivo da instituição era punitivo, e não terapêutico." (NAÇÕES UNIDAS, 2012)

Ainda em exemplificação, de acordo com Relatório de visita a determinado Hospital de Custódia em Franco da Rocha, São Paulo - patrocinado pelo Mecanismo Nacional de

Prevenção e Combate à Tortura ó foi constatado que a instituição em destaque violava sistematicamente os Direitos Humanos, aplicando ainda hodiernamente, práticas de tortura que obstam a efetivação do caráter terapêutico da medida de segurança (PEDROSO, 2015, p. 19).

Diante disso, é oportuno frisar quanto a discussão acerca da ineficiência dos estabelecimentos em relevo, que, apesar do objetivo traçado pelo Artigo 7, do Pacto Internacional dos Direitos Civis e Políticos - que entrou em vigor no Brasil em 6 de julho de 1992, por intermédio do Decreto nº 592 - vedando aos Países-membros a fazerem o uso da tortura, ou ainda, penas ou tratamento cruéis, desumanos ou degradantes, nas entrelinhas, o Brasil galga lentamente na consolidação dos direitos humanos dos portadores de doenças mentais.

Outrossim, é evidente que a atual situação dos hospitais de custódia também diverge da Declaração de Caracas, a qual, resultante da Conferência Regional para Reestruturação da Assistência Psiquiátrica dentro dos Sistemas Locais de Saúde para a América Latina e o Caribe em 1990, 29 anos atrás, que já apontava a necessidade de õrevisão crítica do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico na prestação de serviçosõ (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 1990), e de alteração das legislações dos países, para que assegurassem o respeito aos direitos humanos e civis dos doentes mentais e promovessem õa organização de serviços comunitários de saúde mental que garantam seu cumprimentoõ (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 1990).

Nesse sentido, o imbróglio é instalado a partir da constatação de que os Hospitais de Custódia no Brasil não estão sendo eficazes na proposta medicinal de ressocialização do indivíduo com transtorno mental. Nada obstante, estes estabelecimentos evidenciam uma postura autoritária do Estado na punição dos õloucosõ infratores. Desse modo, como constata Machado (2017):

Por vezes, ao longo da história, mudam-se os nomes ô de manicômios judiciários a hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico ô mas apenas os nomes; a ideologia segregacionista informadora e a sua práxis excludente e violenta permanecem (BITENCOURT, 2013). Em sendo assim, de nada adianta; seria melhor até mesmo que se mantivessem os nomes com assunção dos reais objetivos (MACHADO, 2017).

Em seu artigo 5º, inciso XLVII, a Constituição Federal de 1988, veda expressamente a aplicação de penas cruéis e de caráter perpétuo. Contudo, ainda que o tratamento destinado aos doentes mentais não seja qualificado legalmente como pena, a realidade dele aproxima-se



muito dessa vedação constitucional, uma vez que cada vez mais indivíduos permanecem persistentemente em hospitais de custódia, com péssimas condições.

Nessa esteira, cumpre salientar, que a medida de segurança, particularmente quanto a modalidade de internação, constitui hoje um aparato perspicaz de segregação. Conclui-se que os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico receberam as práticas dos velhos manicômios judiciais (MACHADO, 2017). Os HCTP são, portanto, segundo Ferrajoli (2002, p.628) prisões-hospitais ou hospitais-prisões, onde se consuma uma dupla violência institucional: o cárcere mais manicômio e onde jazem, esquecidos do mundo, aqueles sentenciados por enfermidade mental.

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Perfazer a construção social da loucura nos tempos mais remotos até hodiernamente, além de, destrinchar o caráter preventivo, terapêutico e curativo ambicionado pela deontologia jurídica e desprezado pela assimetria presente entre a sentença judicial e o cumprimento da medida de segurança no Brasil desemboca na pungente realidade dos doentes mentais que são remanejados aos Hospitais de Custódia.

Conclui-se, portanto, a premência de políticas públicas que visem efetivar os direitos alcançados por este grupo vulnerável ao longo do tempo. Dessa forma, é averiguado a potencialidade lesiva do estabelecimento supramencionado, na reabilitação do doente mental ao convívio social.

Nessa perspectiva, na toada do Movimento de Luta Antimanicomial, surgiu a Lei 10.216/2001. A medida de caráter legiferante deveria ser aplicada com fulcro na eliminação da discriminação contra as pessoas com transtornos mentais, possibilitando a estes a plena interação com a sociedade (STREVA, 2012, p.65). Apesar disso, as leis positivadas seguem sendo desdenhadas pelos ramos do direito, e, mas, mormente, pelos competentes pela análise humanística destes indivíduos - segregados frente o cometimento de um fato ilícito e como o Direito Penal e o Direito Processual Penal.

Não obstante, é *mister* destacar os Tratados Internacionais de Direitos Humanos e em destaque o Pacto dos Direitos Cívicos e Políticos - como instrumentos balizadores da atuação ostensiva estatal (HÄBERLE, 2016, p.55). Assim, acima da sua característica de debilidade, o doente mental é Pessoa Humana e, devido à esta qualidade é aderida a característica da inviolabilidade. Por outro lado, quanto aos direitos fundamentais pela Pessoa Humana

historicamente conquistados, constituir-se-á para o Estado o dever de respeito, proteção e promoção destas garantias imprescindíveis para o gozo das liberdades individuais.

Assim, não se exige notório saber jurídico para cartesianamente chegar ao raciocínio de que a pessoa com transtorno mental dever-se-á ser assistida pelos seus direitos inalienáveis, tão como as pessoas imputáveis que cometem delitos. Não compete ao Estado adotar posturas autoritárias e anti-humanistas que culminam na supressão dos Direitos Humanos de uma das classes mais vulneráveis do ordenamento jus-penalista brasileiro.

## REFERÊNCIAS

BITENCOURT, Cezar Roberto. **Tratado de Direito Penal: parte geral**, volume 1. 9ª edição. São Paulo: Saraiva, 2004. p.739

BITENCOURT, Cezar Roberto. **Tratado de Direito Penal: parte geral. v. 1. 19 ed.** São Paulo: Saraiva, 2013, p. 856

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

BRASIL, Decreto-lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941. **Código de Processo Penal.** Brasília, out de 1940.

BRASIL, Decreto nº 592, de 6 de julho de 1992. **Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos. Promulgação.** Brasília, jul de 1992.

BRASIL, Decreto nº 847, de 11 de outubro de 1890. **Promulga o Código Penal da República.** Rio de Janeiro, out de 1890.

BRASIL, Decreto nº 206-A, de 15 de fevereiro de 1890. **Cria a Assistência Médico-legal de alienados.** Rio de Janeiro, fev de 1890.

BRASIL, Decreto nº 1.132, de 22 de dezembro de 1903. **Reorganiza a Assistência a Alienados.** Rio de Janeiro, dez de 1903.

BRASIL, Decreto nº 14.831, de 25 de maio de 1921. **Aprova o Regulamento do Manicômio Judiciário.** Rio de Janeiro, mai de 1921.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico,1988. 292 p.

BRASIL, Lei nº 7.209, de 11 de julho de 1984. **Altera dispositivos do Decreto-Lei 2.848.** Brasília, jul de 1984.

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

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Habeas Corpus nº 842194.** Rel. Min. Marco Aurélio. DJU em 23/09/2005. p. 16.

BRUNO, Aníbal. **Direito Penal. Parte Geral.** 4ª Ed. Rio de Janeiro: Forense, 1984.

CARRARA, Sérgio Luis. **A história esquecida: os manicômios judiciários no Brasil.** RevBrasCrescimentoDesenvolv Hum. 2010; 20(1): 16-29

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

CORREIA, Ludmila Cerqueira; LIMA, Isabel Maria Sampaio Oliveira; ALVES, Vânia Sampaio. **Direitos das pessoas com transtorno mental autoras de delitos.** In: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Rio de Janeiro. Acesso em 2008.

COSTA, Álvaro Mayrink da. **Direito penal: parte geral.** 6. ed. Rio de Janeiro: Forense, 1998. v. 1, t. 3, p. 1.930.

DINIZ, Débora. **A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil.** Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2013. 382 p

DURKHEIM, Émile. **As Regras do Método Sociológico.** Trad. de Carlos Alberto Ribeiro de Moura. São Paulo: Abril Cultural, 2a. edição, série Os Pensadores. Seleção de textos de José Arthur Gianotti. 1983.

FACCHINETTI, Cristiana. Philippe Pinel e os primórdios da Medicina Mental. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental,** São Paulo, 3 set. 2008.

FERRAJOLI, Luigi. **Direito e Razão: teoria do garantismo penal.** São Paulo: Revista dos Tribunais, 2002, p. 628.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura na idade clássica.** Tradução de José Teixeira Coelho Netto. 1. ed. São Paulo: Perspectiva, 1978. 551p.

HÄBERLE, Peter. **Textos clássicos na vida das Constituições.** São Paulo: Saraiva, 2016. 128 p.

JACOBINA, Paulo Vasconcelos. **Saúde Mental e Direito: Um diálogo entre a Reforma Psiquiátrica e o Sistema Penal.** 2003. 99 f. Monografia (Especialização) - Curso de Direito, Departamento de Direito, Fundação Universidade de Brasília - Unb, Brasília, 2003.

JESUS, Damásio E. de. **Direito penal: parte geral.** 11. ed. São Paulo: Saraiva, 1986. 1 v. p. 473.

MACHADO, Leonardo Marcondes. Manicômios judiciários: hospitais ou cadeias? Ambos! **Conjur**, Santa Catarina, p.1, 14 fev. 2017.

MESQUITA JÚNIOR, Sidio Rosa de. **O sistema vicariante na Lei nº 11.343/2006**. Revista Jus Navigandi, ISSN 1518-4862, Teresina, ano 12, n. 1363, 26 mar. 2007. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/9654>. Acesso em: 2 set. 2019.

MEZZARROBA, Orides; MONTEIRO, Cláudia Servilha. **Manual de Metodologia da Pesquisa no Direito**. 6. ed. rev. e atual. São Paulo: Saraiva, 2014.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Relatório do Subcomitê de Prevenção a Tortura-STP. **Relatório do Subcomitê de Prevenção a Tortura- STP**, BRASIL, ano 2012, 4 jul. 2012.

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

PEDROSO, Catarina et al. **RELATÓRIO DE VISITA AO HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSQUIÁTRICO "PROFESSOR ANDRÉ TEIXEIRA LIMA" - HCTP I**. São Paulo: Mecanismo Nacional de Prevenção E combate À tortura, 2015. 41 p.

PELBART, Peter Pál. **DA CLAUSURA DO FORA AO FORA DA CLAUSURA: LOUCURA E DESRAZÃO**. São Paulo: Brasiliense, 1989. 215 p.

PESSOTI, Isaías. **A loucura e as épocas**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira. 1994.

PESSOTI, Isaías. **O Século dos manicômios**. 1. ed. São Paulo: Editora 34. 1996.

PRADO, Alessandra Mascarenhas; SCHINDLER, Danilo. A medida de segurança na contramão da Lei de Reforma Psiquiátrica: sobre a dificuldade de garantia do direito à liberdade de pacientes judiciários. **Revista Direito GV**, Salvador- BA, 10 maio 2017.

RODRIGUES, Auro de Jesus. **Metodologia científica: completo e essencial para a vida universitária**. [s.l]: Avercamp, 2006.

SALVI, Jéssica Pauline Pinheiro. **O PRAZO INDETERMINADO COMO CARÁTER PUNITIVO DA MEDIDA DE SEGURANÇA**. Orientador: Prof. Me. Hélio Miguel Scharen Jr. 2015. 73 f. Monografia (Bacharelado em Direito) - Aluno, Lajeado, 2015.

SANTOS, Ana Luiza Gonçalves dos; FARIAS, Francisco Ramos de; PINTO, Diana de Souza. **Por uma sociedade sem hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico**. História, Ciências, Saúde ó Manguinhos, Rio de Janeiro, v.22, n.4, out.-dez. 2015, p.1215-1230.

SCHINDLER, Danilo Oitaven. **Medida de Segurança: das razões históricas da punição do enfermo mental infrator a definição legal atual**. ConteudoJuridico, Brasília-DF: 02 set 2019. Disponível em: <https://conteudojuridico.com.br/consulta/Artigos/46347/medida-de-seguranca-das-razoas-historicas-da-punicao-do-enfermo-mental-infrator-a-definicao-legal-atual>. Acesso em: 02 set 2019.

STREVA, Juliana Moreira. **O Tratamento Penal da Loucura no Ordenamento Brasileiro.** 2012. 73 f. Monografia (Especialização) - Curso de Direito, Departamento de Direito, Pontífica Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.

Superior Tribunal de Justiça, **HC nº 233474**, Relator Ministro Sebastião Reis Júnior, MT, 19/04/2012.

Superior Tribunal de Justiça. **Habeas Corpus 208.336-SP.** Penal. Inimputável. Aplicação de medida de segurança. 20 mar. 2012.

TOLEDO, Francisco de Assis Toledo. **Princípios Básicos de Direito Penal.** Ed. 5°. São Paulo: Saraiva. 1994.

VIECELI, Ana Paula. ARQUITETURA DA LOUCURA NA ANTIGUIDADE CLÁSSICA: A LOUCURA RITUAL, O TEATRO E OS TEMPLOS DA CURA. **II Congresso de Pesquisa e Extensão da FSG**, Caxias do Sul, p. 01-19, 29 maio 2014.

ZILBOORG, Gregory. **Historia de la psicologia medica.** Buenos Aires: Psique, 1963.