

UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE – UNESC

CURSO DE DIREITO

ISABELA DA SILVA DE LUCA

**MEDIDA DE SEGURANÇA E A LEI DA REFORMA PSIQUIÁTRICA: ANÁLISE DO
DIREITO A SAÚDE DA PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL AUTORA DE
ILÍCITO PENAL.**

CRICIÚMA/SC

2019

ISABELA DA SILVA DE LUCA

**MEDIDA DE SEGURANÇA E A LEI DA REFORMA PSIQUIÁTRICA: ANÁLISE DO
DIREITO A SAÚDE DA PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL AUTORA DE
ILÍCITO PENAL.**

Trabalho de Conclusão do Curso, apresentado para obtenção do grau de bacharel no Curso de Direito da Universidade do Extremo Sul Catarinense, UNESC.

Orientadora: Mônica Ovinski Camargo Cortina

**CRICIÚMA/SC
2019**

ISABELA DA SILVA DE LUCA

**MEDIDA DE SEGURANÇA E A LEI DA REFORMA PSIQUIÁTRICA: ANÁLISE DO
DIREITO A SAÚDE DA PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL AUTORA DE
ILÍCITO PENAL.**

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado pela Banca Examinadora para obtenção do Grau de Bacharel, no Curso de Direito da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC.

Criciúma/SC, 09 de dezembro de 2019.

BANCA EXAMINADORA

Mônica Ovinski Camargo Cortina – Mestre – UNESC - Orientadora

Alfredo Engelmann Filho – Mestre – UNESC

Anamara de Souza – Mestre - UNESC

A todos que estiveram presentes em minha vida durante os anos de graduação. Sobretudo, a Deus, que é a minha base e fortaleza, e a minha família.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus que permitiu que tudo isso acontecesse, ao longo de minha vida, e não somente nestes anos como universitária, mas que em todos os momentos é o maior mestre que alguém pode conhecer.

A esta universidade, seu corpo docente, direção e administração que oportunizaram essa experiência, eivada de confiança, mérito e ética aqui presentes.

A minha orientadora Mônica Ovinski de Carmargo, pela orientação, palavras de apoio e confiança.

Aos meus pais, Débora e Ricardo, e irmã, Isadora, pelo amor, incentivo e apoio incondicional nas horas difíceis de desânimo e cansaço, onde me fizeram entender que o futuro é feito a partir de constante dedicação no presente.

Ao meu namorado Thalys, companheiro de vida e experiência acadêmica que participou ativamente da minha formação com amor e paciência.

A todos que fizeram parte direta ou indiretamente da minha formação, o meu muito obrigado.

“A questão relevante na psiquiatria não deve ser o que há de errado com você, mas sim o que aconteceu com você.”

Eleanor Longden

RESUMO

A saúde brasileira há décadas vem passando por diversas fases e é um dos assuntos mais comentados principalmente na questão política do país. Esse trabalho então teve por objetivo entender o histórico dos direitos das pessoas com transtornos mentais no ordenamento jurídico brasileiro e o impacto da Reforma Psiquiátrica, que ocorreu em 2001, sobre o cumprimento da medida de segurança de internação. Até a Lei 10.216/2001 entrar em vigor as influências pela forma de execução da medida de segurança impactava, sobretudo no sistema social da população carcerária. Com a expansão das políticas públicas ressaltaram-se os direitos humanos e a força de inclusão e ressocialização das pessoas autoras de ilícitos penais e que sofriam de transtornos mentais. O tempo estabelecido pelo Código Penal variou a cada caso, uma vez que, as Medidas de Seguranças só terminavam quando cessaram a periculosidade do agente, sendo assim a perpetuidade da Medida de Segurança alcançou claramente aos inimputáveis. As políticas públicas dentro desse contexto serviram para o desenvolvimento da sociedade como um todo. A importância social do tema trouxe reflexões acerca das medidas aplicadas de segurança e o prazo indeterminado, onde desrespeita a determinação constitucional e, sobretudo as decisões do Supremo Tribunal Federal, sendo a Lei da Reforma Psiquiátrica omissa quanto às condições e prazos das Medidas de Segurança. A pesquisa referente as decisões do STF se deram a partir da coletânea das decisões mais importantes e decisivas, que é lançada a cada ano.

Palavras-chave: Medida de Segurança. Reforma Psiquiátrica. Saúde Mental. Manicômio Judiciário. Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. Inimputáveis. Semi-Imputáveis.

ABSTRACT

The Brazilian health for decades has been going through several phases and is one of the most commented subjects mainly in the political issue of the country. This work then had for objective to understand the history of the rights of the people with mental disturbances in the Brazilian legal system and the impact of the Psychiatric Reform that occurred in 2001, on the fulfillment of the measure of security of internment. Until the Law 10.216/2001 to enter in force the influences for the form of execution of the measure of security impacted, above all in the social system of the prison population. With the expansion of the public politics the human rights and the force of inclusion and resocialization of the people authors of criminal illnesses and that they suffered of mental disturbances were detached. The time established by the Penal Code varied from case to case, since the Security Measures only ended when the dangerousness of the agent ceased, so the perpetuity of the Security Measure clearly reached the unaccountable. Public policies within this context served the development of society as a whole. The social importance of the theme resides brought reflections on the applied measures of security and the undetermined period, where it disrespects the constitutional determination and, above all, the decisions of the Federal Supreme Court, being the Law of the Psychiatric Reform omitted regarding the conditions and periods of the Security Measures.

Keywords: Security Measure. Psychiatric Reform. Mental Health. Judicial asylum. Hospital for Psychiatric Custody and Treatment. Attributable. Semi-Imputable.

LISTA DE TABELAS

Tabela 01 - Quantidade de Presos Internados/Tratamento Ambulatorial

Tabela 02 - Capacidade – Número de Vagas

Tabela 03 - Principais dados do sistema prisional no Estado de Santa Catarina

Tabela 04 - Estabelecimentos Penais

Tabela 05 - Comparação Código Penal de 1940 e Projeto 2012

Tabela 06 - Comparação Código Penal de 1940 e Projeto 2012

Tabela 07 - Comparação Código Penal de 1940 e Projeto 2012

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
CAPS	Centros de Atendimento Psicossocial
CF	Constituição Federal da República do Brasil de 1988
CNPCP	Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária
CP	Código Penal
CPP	Código Processual Penal
DEPEN	Departamento Penitenciário
DUDH	Declaração Universal dos Direitos Humanos
HCTP	Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INFOPEN	Informações Penitenciárias
LEP	Lei de Execução Penal
OEA	Organização dos Estados Americanos
ONU	Organização das Nações Unidas

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	11
2. REFORMA PSIQUIÁTRICA E OS DIREITOS HUMANOS DAS PESSOAS COM TRANSTORNOS MENTAIS.....	13
2.1. HISTÓRICO SOBRE A SAÚDE MENTAL.....	13
2.2. DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS E DECRETO 6.949/2009.....	16
2.3. REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA – LEI 10.216/2001.....	19
2.4. O ESTADO BRASILEIRO E AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL.....	22
3. MEDIDAS DE SEGURANÇA NO ORDENAMENTO JURÍDICO BRASILEIRO.....	27
3.1. A INIMPUTABILIDADE PENAL.....	27
3.2. AS ESPÉCIES DE MEDIDAS DE SEGURANÇA.....	31
3.3. MEDIDAS DE SEGURANÇA E O PRAZO INDETERMINADO;.....	35
3.4. EXECUÇÃO DA MEDIDA DE SEGURANÇA NO BRASIL.....	38
4. DECISÕES DO SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL E A MODIFICAÇÃO PERANTE A MEDIDA DE SEGURANÇA.....	43
4.1. INFLUÊNCIAS QUE A LEI DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA – LEI 10.216/2001 TROUXE PARA AS MEDIDAS DE SEGURANÇA.....	44
4.2. JURISPRUDÊNCIAS – STF;.....	46
4.3. CÓDIGO PENAL DE 1940, PROJETO DO NOVO CÓDIGO PENAL BRASILEIRO E A MEDIDA DE SEGURANÇA.....	49
4.4. CONSOLIDAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS NOS CASOS DE ILÍCITOS PENAIS PRATICADOS POR PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL.....	53
5. CONCLUSÃO.....	58
REFERÊNCIAS.....	61
ANEXO.....	67

1 INTRODUÇÃO

Apesar das medidas de segurança, hoje vigentes, serem modelos de medidas administrativas penais, que possuem caráter de punição, tanto a pena como a medida de segurança possuem características similares, como por exemplo, os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico como instituições de aprisionamento semelhante às prisões em regime fechado.

Nos dois formatos há uma privação de liberdade que traz desafios à reinserção social. O surgimento da Lei de Reforma Psiquiátrica, Lei nº 10.216/01, desencadeou uma grande e abrangente discussão sobre o tratamento do agente que comete ilícito penal, quando este tem diagnóstico de transtorno mental e seu processo de cura e reinserção social. As decisões do STF vêm delimitando a interpretação normativa, mas esse debate está longe de cessar, gerando inquietude entre os operadores do direito, a sociedade, os magistrados e até doutrinadores.

Diante desse contexto, o objetivo desta pesquisa é examinar os direitos das pessoas com transtornos mentais no ordenamento jurídico brasileiro e o impacto da Reforma Psiquiátrica, que ocorreu em 2001, sobre o cumprimento da medida de segurança de internação. A legislação quanto ao tempo determinado em que o paciente passa nessas instituições é bastante contraditória, uma vez que, a Constituição Federal determina expressamente que não poderá ser maior que 30 (trinta) anos o tempo da pena, vedado a sua perpetuidade e no Código Penal impõe que a internação será por tempo indeterminado até a cessação da periculosidade tendo somente expresso o prazo mínimo.

Para cumprir com esse objetivo a monografia que segue está dividida em três capítulos que se subdivide na apresentação da saúde mental, em um breve histórico a partir da Lei da Reforma Psiquiátrica, Lei nº 10.216/01 que alterou o modelo de cuidado e regularizou, no campo jurídico, os principais pontos defendidos em prol das pessoas que possuem algum tipo de deficiência mental. As políticas públicas desenvolvidas no Brasil são de grande importância para que haja realmente uma garantia da reinserção social e da reabilitação psicossocial assistida ao paciente psiquiátrico, conjuntamente com o cumprimento do disposto nas legislações. Além de trabalhar com as formas de medidas de segurança e suas características e requisitos, no segundo capítulo analisar-se-á o sistema carcerário brasileiro e suas realidades, com base em dados do DEPEN.

O terceiro capítulo estudar-se-á os acórdãos proferidos pelo Supremo Tribunal Federal (STF) que trazem consigo uma grande controvérsia perante a legislação, pois diferentemente do que a CF e o Código Penal se posicionam sobre a internação em medida de segurança após a Lei 10.216/01, a jurisprudência toma frente a algo que os legisladores ainda não veem como prioridade e a comparação entre o Código Penal vigente e o Projeto do Código Penal desenvolvido e que está em tramitação no Senado.

Assim, a importância social deste trabalho reside em trazer reflexões acerca da medida de segurança que é aplicada por prazo indeterminado, em respeito à determinação constitucional e sobre o estudo das decisões do Supremo sobre o tema da medida de segurança e da internação por não acompanharem as mudanças operadas pelo novo paradigma de cuidado para com os doentes mentais, previsto na Lei 10.216/01.

Para a construção desta pesquisa optou-se por utilizar o método dedutivo, em pesquisa do tipo teórica e qualitativa, com revisão bibliográfica diversificada em livros, artigos de periódicos, teses e dissertações e, principalmente sobre os pressupostos que desencadearam a reforma psiquiátrica. Os critérios de seleção das obras incluíram publicações do Ministério da Saúde, ONU, OEA e Convenções Internacionais importantes para o desenvolvimento completo do trabalho. A coleta e análise dos acórdãos contaram com metodologia específica, que será apresentada em momento oportuno.

2 REFORMA PSIQUIÁTRICA E OS DIREITOS HUMANOS DAS PESSOAS COM TRANSTORNOS MENTAIS

A Reforma Psiquiátrica implica não somente nos valores éticos, mas também políticos e profissionais, sendo ela crucial para que ocorressem alterações que reconhecessem a cidadania para as pessoas com transtorno mental, voltado à problemática dos pacientes psiquiátricos (CASTELLS, 1999, p. 293). Sobretudo, é uma forma de inclusão dos pacientes com algum tipo de doença mental, tratando-se de um desafio com a sociedade para que haja mudança nas formas de tratamento perante qualquer deficiência (CASTELLS, 1999, p. 295).

Não se reprime pela lei somente a reforma física dos hospitais, que em suma, é uma reclusão que não permite troca social com a população. Mas, também apresentar para a sociedade um lugar comunitário (FOUCAULT, 1977, p. 48). A Lei nº 10.216/2001 juntamente com a ONU e a OEA vem para garantir que a pessoa com transtorno mental passe a ser vista como um cidadão com seus direitos e deveres, incluindo uma assistência digna, podendo o paciente dar consentimento ao tratamento, sem desqualificar e considerar como louco o ser humano que não escolheu aquela condição (BRASIL, 2019).

2.1 SAÚDE MENTAL E TRANSTORNOS MENTAIS: ASPECTOS CONCEITUAIS

A responsabilidade penal da pessoa que comete ilícitos penais e que respectivamente possui transtornos mentais é bastante controversa, se tornando uma questão polêmica entre a sociedade e o próprio ordenamento jurídico, mas, para adentrar nesse cenário é preciso entender os aspectos conceituais que trouxeram em pauta a saúde mental no Brasil (BRASIL, 2001).

O conceito de saúde mental é complexo de se definir. Os indivíduos que na sociedade desempenham um comportamento apropriado para aquela época e são adaptados normalmente a algum ambiente são considerados saudáveis. Por sua vez, os que não conseguem seguir o mesmo ritmo assumindo o mínimo de responsabilidade são considerados doentes e excluídos daquele grupo. Os fatores culturais, como valores e crenças, influenciam o modo que a sociedade vai definir a saúde e as doenças acometidas para aquele povo. Pode-se então dizer que a saúde é um complemento entre bem-estar mental, social e físico (VIDEBECK, 2012, p 16).

A doença mental, então, como todas as outras doenças “é a expressão das contradições do nosso corpo orgânico e social, e, como tal, toda doença é um produto histórico-social” (BOARINI, 2006, p. 30).

A saúde mental tem vários componentes, e uma ampla variedade de fatores a influência. Esses fatores interagem; assim, a saúde mental de uma pessoa é um estado dinâmico, sempre em mutação. Os fatores que a afetam podem ser categorizados em individuais, interpessoais e socioculturais. Os individuais, ou pessoais, incluem constituição biológica, autonomia, autoestima, capacidade de crescimento, habilidade de ver sentido na vida, resiliência ou firmeza emocional, orientação para a realidade e habilidades de controle do estresse e de enfrentamento. Os fatores interpessoais, ou relacionais, incluem comunicação eficaz, capacidade de ajudar os outros, equilíbrio. Os socioculturais incluem senso de comunidade, intolerância à violência (VIDEBECK, 2012, p. 17).

O transtorno mental consiste basicamente em um padrão comportamental que ocorre em uma pessoa tornando-se uma síndrome e associando-a a sentimentos de incapacidade, tristeza, paranoias e dor dependendo de qual transtorno afeta aquele indivíduo. O indivíduo pode ser afetado, ainda, por fatores biológicos e genéticos (VIDEBECK, 2012, p 18). De acordo com a folha informativa da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2018), essas doenças continuam crescendo (depressão, transtorno afetivo bipolar, esquizofrenia, demências, deficiências intelectuais, entre outros), tendo impactos significativos e causando consequências sociais:

O estigma e a discriminação podem diminuir o acesso à saúde e aos serviços sociais. Além disso, as pessoas com psicose correm alto risco de exposição a violações de direitos humanos, como o confinamento de longo prazo em instituições. (OMS, 2019).

Historicamente, a doença mental vem sendo um modo de excluir e punir o indivíduo. Tentou-se relacionar os transtornos mentais com superstições, atribuindo as doenças mentais a crenças primitivas. Durante o período década de 1970, houve a criação de instituições para o tratamento dos transtornos mentais com um conceito de asilamento. Abrigando e oferecendo proteção aos pacientes que sofriam com as medidas drásticas que eram usadas na época, como açoite, espancamento e até morte (VIDEBECK, 2012, p. 18).

A doença mental no século XXI aumentou significativamente, tanto que atualmente, os transtornos mentais afetam 23 (vinte e três) milhões de pessoas no Brasil, o que corresponde a quase 11% (onze por cento) da população brasileira que sofrem com algum tipo de doença mental (BRASIL, 2019). A rotina pesada da população e o ritmo acelerado desencadeiam síndromes que possuem tratamentos, mas que pode não haver cura e somente equilíbrio com os medicamentos. Claudia Caytano, Assessora Regional da Organização Pan-Americana da Saúde – (OPAS, 2018) elucida o motivo da má qualidade dos serviços prestados no sistema de saúde: “As pessoas com transtornos mentais continuam sem receber tratamento adequado e eficaz devido à falta de acesso aos serviços de saúde mental, ao estigma cultural e a pouca capacidade resolutiva da atenção primária”. A Organização Mundial da Saúde (2018) ainda alerta sobre os sistemas de saúde:

Os sistemas de saúde ainda não responderam adequadamente à carga dos transtornos mentais. Como consequência, a distância entre a necessidade de tratamento e sua oferta é ampla em todo o mundo. Em países de baixa e média renda, entre 76% e 85% das pessoas com transtornos mentais não recebem tratamento. Em países de alta renda, entre 35% e 50% das pessoas com transtornos mentais estão na mesma situação.

A ausência de elementos que sejam realmente eficazes para a inclusão social das pessoas com algum transtorno mental preocupa o cenário nacional e o futuro desses pacientes, que foram excluídos do mundo, e juntamente com todos aqueles que por algum motivo não participam da sociedade (BRASIL, 2018). “A criminalização da doença mental refere-se à prática de prender e processar transgressores da população em geral” (VIDEBECK, 2012, p. 86), no entanto, se receberem tratamento antes não se cometerão ilícitos penais. A Carta Magna de 1988, expressa a importância e deixa extremamente claro os direitos das pessoas que tenham alguma de deficiência no seu artigo 23, inciso II:

Art. 23. É competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios: [...].

II - cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência; (BRASIL, 1988).

Por esse motivo, “o tratamento médico adequado aos necessitados se insere no rol dos deveres do Estado, porquanto responsabilidade solidária dos entes

federados” (BRASIL, 2015). O Estado, então, tem o dever de cumprir sua assistência a esses pacientes. Além de qualificar-se como direito fundamental que assiste a todas as pessoas, por ser indissociável do direito à vida, independente se for saúde física ou mental, o poder público seja qualquer esfera não pode se manter inerte a sua atuação com a saúde da população, tendo base no artigo 196 da Carta Magna:

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

Nesse sentido, conclui-se que a rede pública de saúde mental, e mais especificamente, a atenção psicossocial, deve poder oferecer a população e construir junto aos pacientes e a família, que também faz parte dos usuários, estratégias que supram as necessidades de todos para abordar a reintegração das pessoas com qualquer tipo de transtorno mental. (BRASIL, 2011, p. 27-28). Agora, é possível determinar os objetivos essenciais do serviço de saúde mental, devendo ser tratamento individual e abrangendo todo território nacional para que possam ser tratado com um serviço moderno e equilibrado (THORNICROFT; TANSELLA, 2010, p. 15-16).

2.2 OS DIREITOS HUMANOS E FUNDAMENTAIS DAS PESSOAS COM TRANSTORNOS MENTAIS NO ÂMBITO DA ONU E DA OEA

A questão dos transtornos mentais envolve não somente a medicina, mas também o ordenamento jurídico, uma vez que, envolve a garantia de seus direitos fundamentais e humanos (BRASIL, 1988). Os tratados ratificados pela ONU e OEA têm o objetivo de pactuar os direitos humanos das pessoas que possuem alguma deficiência. A Assembleia Geral da ONU, em 13 de dezembro de 2006, aprovou uma Resolução que estabeleceu a Convenção dos Direitos das Pessoas com Deficiência, com o objetivo de “proteger e garantir o total e igual acesso a todos os direitos humanos e liberdades fundamentais por todas as pessoas com deficiência, e promover o respeito à sua dignidade”. Essa Assembleia deu origem ao artigo 5º,

parágrafo 3º, da Constituição Federal. “Para atingir esse objetivo, a iniciativa promove a total participação de pessoas com deficiência em todas as esferas da vida, desafiando costumes, estereótipos, preconceitos, práticas danosas e estigmas.” (ONU, 2016).

Nestes moldes, foi criada também a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo. Sob o decreto nº 6.949 ela orienta “promover, proteger e assegurar o desfrute pleno e equitativo de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais por parte de todas as pessoas com deficiência e promover o respeito pela sua inerente dignidade.” (ONU, 2009). O Protocolo Facultativo esclarece que “qualquer Estado parte reconhece a competência do Comitê sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência para receber e considerar comunicações submetidas por pessoas ou grupos, sujeitos à sua jurisdição, alegando serem vítimas de violação.” (ONU, 2016). Não suficiente, a Convenção Interamericana para Eliminação de todas as formas de discriminação contra as pessoas com deficiência, foi criada “com objetivo prevenir e eliminar todas as formas de discriminação contra as pessoas portadoras de deficiência e propiciar a sua plena integração à sociedade.” (BRASIL, 2001).

Além destas, a Declaração Universal dos Direitos Humanos reconhece que as pessoas com transtorno mental têm direitos e deveres políticos, civis, culturais e sociais a serem respeitados (BRASIL, 1948); Assim como no Pacto Internacional sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, considerando que foi adotado pela XXI Sessão da Assembleia Geral das Nações Unidas (BRASIL, 1966).

No mesmo raciocínio, há o Pacto Internacional sobre os Direitos Civis e Políticos que estrutura “os princípios proclamados na Carta das Nações Unidas, o reconhecimento da dignidade inerente a todos os membros da família humana e de seus direitos iguais e inalienáveis constitui o fundamento da liberdade, da justiça e da paz no mundo” (BRASIL, 1966). No âmbito da OEA, há a Convenção Interamericana para prevenir e punir qualquer tipo de tortura. Reiterando por meio de sua redação que:

Tortura é o ato pelo qual são infligidos intencionalmente a uma pessoa pena ou sofrimentos físicos ou mentais, com fins de investigação criminal, como meio de intimidação, como castigo pessoal, como medida preventiva, como pena ou com qualquer outro fim (OEA, 1985).

É promulgada em 2001, mesmo ano da Lei 10.216 a Convenção Interamericana para a eliminação de todas as formas de discriminação contra as pessoas portadoras de deficiência. Seu intuito é humanizar os serviços de tratamento psicológico e psiquiátrico em estabelecimentos públicos. Além desses sistemas ainda contam com convenções regionais (OEA, 2001). A Organização das Nações Unidas (ONU) foi fundada em 1945, sendo a maior organização do mundo, envolvendo 193 países. Sua sede fica na cidade de Nova York (BRASIL, 2018). Seus objetivos principais são a defesa dos direitos fundamentais e humanos, garantia da paz mundial, progresso social e criação de condições que mantenham a justiça e o direito internacional. Para a ONU os direitos humanos têm um conceito claro e objetivo (BRASIL, 2018):

Os direitos humanos são direitos inerentes a todos os seres humanos, independentemente de raça, sexo, nacionalidade, etnia, idioma, religião ou qualquer outra condição. Incluem o direito à vida e à liberdade, à liberdade de opinião e de expressão, o direito ao trabalho e à educação, entre e muitos outros. Todos merecem estes direitos, sem discriminação (ONU, 2018).

Além desta, a Organização dos Estados Americanos é o mais antigo organismo regional do mundo, ela foi criada em 1948, tendo como membros 35 Estados independentes das Américas, e seu objetivo é intensificar a solidariedade, paz e justiça integral as pessoas. A principal diferença entre elas é o número de países membros e as regiões que são englobadas. No âmbito da OEA a carta da organização conceitua também os direitos humanos (OAS, 2018):

A COMISSÃO INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS:

Artigo 106: Haverá uma Comissão Interamericana de Direitos Humanos que terá por principal função promover o respeito e a defesa dos direitos humanos e servir como órgão consultivo da Organização em tal matéria. Uma convenção interamericana sobre direitos humanos estabelecerá a estrutura, a competência e as normas de funcionamento da referida Comissão, bem como as dos outros órgãos encarregados de tal matéria (OEA, 1967).

Esses tratados medem a deficiência pelo nível de interação que podem ter com as pessoas ao seu redor. Os Estados têm liberdade plena para aderirem esses documentos ou não. Foi um marco histórico e esses dispositivos

internacionais são considerados emendas constitucionais, incorporando ao sistema nacional no mesmo grau hierárquico que a Carta Magna. Mas, é importante ressaltar que nem todos os tratados tem configuração de Emenda Constitucional (CAPEZ, 2016, p. 588).

A Constituição Federal de 1988 impactou os direitos fundamentais e sociais reconhecendo muitos direitos e impondo ao Estado deveres para garantir a inclusão (BRASIL, 1988). As doenças mentais viraram prioridade no âmbito da medicina estando cada vez mais comum e tornando-se globalizada, a forma de tratamento deve ser o mais humanizado possível, a Assembleia Geral sobre a proteção de pessoas acometidas de transtorno mental nº A/49 diz que:

Nos casos em que o tratamento for realizado em um estabelecimento de saúde mental, o usuário terá direito, sempre que possível, de ser tratada próxima a sua residência, ou à de seus parentes ou amigos e terá o direito de retornar a comunidade o mais breve possível.

O enfoque do problema atualmente é a linha tênue entre a qualidade da saúde pública e a segurança pública associado com os direitos humanos. A possibilidade de esquecer o infrator dentro do hospital de custódia é uma desculpa para não o deixar viver em uma sociedade cujos padrões são tão enraizados que se torna quase impossível de levá-lo a uma redenção (ARBEX, 2013, p. 158). Além do mais, a doença que acomete a maioria desses autores de ilícitos penais são enfermidades incuráveis, mas que ficam ainda piores quando isolados, pois a partir daí se sentem cada dia mais incapazes e insuficientes para a sociedade (BRASIL, 2018).

2.3 LEI DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA – LEI 10.216/2001;

O modelo clínico brasileiro expandiu-se na década de 70 juntamente com a indústria farmacêutica e das tecnologias hospitalares. Enquanto o mundo estava em período de “desospitalização”, o Brasil, sob o golpe militar gerava um cenário de aumento de leitos (KANTORSKI; SILVA, 2001, p. 148). Os cuidados com a psiquiatria nos anos desse movimento representou uma extensão dos hospitais de rede privada. Assim, “na área da saúde mental, desde o pós-guerra, cresceu as críticas sob a perspectiva terapêutica”. Essas críticas levantaram questões que

foram entendidas na doutrina majoritária como reformistas. Os novos modelos de tratamento buscavam o combate contra a exclusão dos pacientes, violência e limites nas instituições (KANTORSKI; SILVA, 2001, p. 152-153). A década de 80 foi pioneira em negatividade em vários setores mundiais. A queda na economia, a grave crise política do golpe militar e o aumento da população brasileira disparado geraram grandes prejuízos (KANTORSKI; SILVA, 2001, p. 159). O fato de a prioridade ter sido o setor econômico constituiu um abalo nas zonas periféricas no setor da saúde. Foi criada, então, a primeira tentativa de mudança nesse processo (KLEIN; FREITAS; FONSECA, 2008, p. 32-33).

No início da década o plano “PREV-SAÚDE” em regiões de saneamento e habitação, com o objetivo de reestruturar os serviços de saúde (KANTORSKI; SILVA, 2001, p. 159). Entre 1995 e 1999, em meio ao governo do Fernando Henrique Cardoso e momentos de alto desemprego, miséria e violência social foram reduzidos os avanços da reforma e alguns recuos e abalos em programas estaduais e municipais. Após anos de debate, crise e divisão na consolidação da rede de serviços e ampliação da saúde ocorreu a aprovação da Lei 10.216 em 06 de abril de 2001, completando doze anos no parlamento brasileiro (KLEIN; FREITAS; FONSECA, 2008, p. 36-38). Essa lei reflete no âmbito histórico uma grande mudança social, onde os pacientes começaram a ser tratados como seres humanos, ou pelo menos geraram direitos e uma base que fortalece quando o objetivo da lei não é cumprido. O fim dos manicômios foi a principal e a mais importante mudança (FIRMINO, 2014, p. 51).

Durante décadas milhares de pessoas foram internadas contra sua vontade, sem nem mesmo um diagnóstico correto se possuíam ou não algum problema mental. O primeiro hospício foi como um “prêmio de consolo” para a sociedade que já não suportava a convivência com os doentes mentais (ARBEX, 2013, p. 28). Foi um terrorismo, com superlotação e situações degradantes. No livro *Holocausto Brasileiro* (2013, p. 24) a autora Daniela Arbex alimenta o quão horrível era a situação dos pacientes:

Em 1930, com a superlotação das unidades, uma história de extermínio começou a ser desenhada. Trinta anos depois, existiam cinco mil pacientes em lugar projetado inicialmente para 200. A intenção era clara: economizar espaço nos pavilhões para caber mais e mais infelizes.

Muitos pacientes eram homossexuais, alcoólatras, envolvido com drogas ilícitas e que causavam dependência, outras vezes eram mulheres que tinham se envolvido sexualmente antes do casamento (ARBEX, 2013, p. 28). A superação dos manicômios tratou também sobre o modo de fazer política no país tendo um marco histórico em ambos os setores. Apesar de a medicina ter avançado muito nos últimos tempos ainda, uma em cada três pessoas tem algum tipo de transtorno mental durante seu ciclo de vida (ONU, 2018).

A Reforma Psiquiátrica é um movimento que elevou o patamar da psiquiatria para uma nova política social, ou seja, não é só um modelo novo de manicômios ou serviços especializados, é a evolução da população. Desenvolvendo autoanálise sobre o modo como tratam o próximo (ONU, 2018). A autora Daniela Arbex no livro ainda identifica como a medicina brasileira lida com as tradições do país: “A medicina brasileira tem tradição de cárcere. Por isso, a lógica da internação faz com que os recursos médicos sejam predominantemente hospitalares, subtraindo recursos do tratamento ambulatorial, comunitário, aberto.”. Desta forma, é claro o quão avassalador foi à entrada em vigor da Lei em síntese. A forma em que ela abrange os direitos humanos é uma maneira de abraçar cada paciente que necessita de atendimento e para a família que luta a luta do seu parceiro. A autora ainda explica o que ocorreu após o período de vigência da Lei até a época (2013, p. 204-207).

Quando a nova legislação foi implantada no país, havia mais de 50 mil leitos em hospitais psiquiátricos, conforme dados do Ministério da Saúde. Dez anos depois, os leitos somavam pouco mais de 30 mil. Nesse período, quarenta e cinco hospitais psiquiátricos foram desativados. Restam 200.

Como uma forma de depósito humano os manicômios ainda não estão completamente extintos. A sociedade ainda paga por isso, ainda que o país tenha avançado muito com a erradicação dos manicômios a cultura ainda está enraizada. As instituições se tornaram apenas um instrumento de repressão social em desfavor dos pacientes, e local de dor e sofrimento, e não de assistência (BOARINI, 2006, p. 30). Por fim, a Lei da Reforma Psiquiátrica foi um processo que surgiu mais concretamente a partir da redemocratização. “Tem como fundamentos apenas uma crítica conjuntural ao subsistema nacional de saúde mental, mas também estrutural

das instituições psiquiátricas, dentro de toda a movimentação político-social” (CARVALHO et al., 2001, p. 87).

2.4 O ESTADO BRASILEIRO E AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL;

O modo como conduzem os pacientes com transtornos mentais constituiu ao longo da história inúmeros desafios, principalmente para o Estado referente à atuação básica da saúde, contando com a elaboração de medidas e políticas públicas para transformar em um tratamento humano e com qualidade (DRUMMOND; RADICCHI; GONTIJO, 2014, p. 69).

O Brasil tem uma área territorial e um número populacional gigantesco o que acarreta complexidade quando o assunto é política pública e suas aplicações. As políticas públicas afetam diretamente a vida de todas as pessoas que vivem no Brasil, tanto financeira quanto pessoalmente, pois a população que utiliza dessas políticas naturalmente necessita de atenção e cuidados (IBGE, 2019).

As políticas públicas são programas, com ações e decisões tomadas pelos governos, podendo ser eles federais, estaduais e/ou municipais com a participação direta ou indireta, de entes públicos ou privados. Abrangem a saúde e educação independente de raça, cor e sexo, meio ambiente e segurança (DINIZ, 2015, p. 137). A autora Simone de Oliveira em seu artigo “Ato infracional e políticas públicas” abrange o quão importante são para a sociedade que utiliza:

Assim, estes indivíduos em situação peculiar de desenvolvimento, além de possuírem todas as prerrogativas legais asseguradas ao cidadão adulto que comete um delito, alcançaram um novo patamar de igualdade e respeito, inclusive, no acesso às políticas públicas, de assistência social e de proteção especial, visando à redução das desigualdades.

O Brasil vive hoje sob uma grave crise nas ações do governo. As propostas não são eficazes e são muito onerosas aos cofres públicos. Sob essa ótica é possível perceber que há um grande índice de aumento na criminalidade pelo baixo número políticas públicas em todos os setores governamentais (OLIVEIRA, 2015, p. 77). Atualmente os mais eficazes são os atendimentos no CAPS, que são nada mais que Centros de Atendimento Psicossocial, criados em 1986 e pertencem ao SUS – Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2017). A doutrina vê como objeto do

CAPS “reivindicação de avanços na assistência local e regional de saúde mental, particularmente a provisão de serviços, psicossocial, como o CAPS” (KLEIN; FREITAS; FONSECA, 2008, p. 114). “Seus serviços de saúde têm caráter aberto e comunitário constituído por equipe multiprofissional e que atua sobre a ótica interdisciplinar e realiza prioritariamente atendimento às pessoas com sofrimento ou transtorno mental” (BRASIL, 2017). Essas unidades assistenciais podem funcionar até 24 horas por dia, durante toda a semana, devendo contar com repouso eventual. Há diversas modalidades com diferentes enfoques (BRASIL, 2011). “A assistência do CAPS lida com atendimento individual (medicamentos, orientações e psicoterápico); atendimento em grupo (oficinas); visitas domiciliares para não perder o contato com a família tanto o paciente quando a equipe de tratamento”. Além de “atendimento à família para o amparo, uma vez que não sabem como lidar com a doença e atividades comunitárias para a inserção na comunidade” (LEONARDO et al., 2005, p. 13).

A forma de conduzir o paciente com transtornos mentais vai além da internação como medida de segurança. Ter uma base como à assistência do CAPS é essencial e muito mais eficaz para a revitalização da doença. Contando com os diversos modelos de assistência e equipe médica, são cem por cento de aproveitamento abrangendo todas as áreas necessárias para o apenado. É capaz de promover atenção suficiente para conduzir a situação.

É certo que a construção de novas práticas para pessoas historicamente situadas à margem, inclusive do Sistema de Saúde, ainda encontra resistência na rede de atenção à saúde mental, na rede SUS, nas comunidades de origem dos pacientes e também nos órgãos de justiça, que, muitas vezes, sugerem a reinternação de pacientes em Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP), mesmo na ausência de novo delito. A experiência vem demonstrando que a reincidência delituosa é evento extremamente raro entre egressos de HCTP em acompanhamento na rede de saúde mental (BRASIL, 2011, p. 37).

Mudanças são percebidas e necessárias para essa política, mas ainda é mais saudável ao paciente. Por mais que seja uma medida de complemento ainda é pouco usada. Os HCTPS podem ainda em momentos de urgência serem acionados, mas não para apenados em plenas condições de melhora. Atualmente não foram suficientes as elaborações de políticas públicas para acarretar a diminuição das desigualdades sociais em todos os âmbitos. Os entraves são

inúmeros para que deem certo e somente as existências dessas políticas sociais não resolvem, uma vez que precisam ser implantadas e muito bem planejadas (BRASIL, 2011). Os colunistas, Itana Viana e Luiz Eugenio de Souza, da Revista de Direito Sanitário, ilustram demasiadamente o poder da política de saúde pública mental:

A política de saúde mental define as linhas a serem desenvolvidas para oferecer assistência com maior potencial de reabilitação psicossocial às pessoas com transtorno mental. Tem como premissa básica a desinstitucionalização do paciente, com ampliação da rede comunitária de cuidados e fortalecimentos de iniciativas de organização de equipamentos que superem tanto o tratamento ambulatorial tradicional, que não favorece a criação de vínculos consistentes entre profissional de saúde e usuário, quanto à internação hospitalar prolongada, iatrogênica pelo isolamento social que promove.

Assim, as políticas públicas redirecionam os apenados para a reconstrução de suas próprias vidas, com o objetivo de incluir o paciente no meio social para que se sinta útil e perfeitamente capaz, além de suas limitações. Apesar de ser importante e no papel ser perfeito elas não atingem suas funções e não incorporam uma bela operação assistencial (CAPEZ, 2016, p. 140). Em 2004 o governo instituiu uma portaria para Reestruturação dos Hospitais Psiquiátricos no Brasil (nº 0052/2004) para incentivar a mudança e reduzir esses leitos.

Institui o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS – 2004: Considerando a urgência de se estabelecer critérios racionais para a reestruturação do financiamento e remuneração dos procedimentos de atendimento em hospital psiquiátrico, com recomposição das diárias hospitalares.

Essa é uma das muitas políticas públicas que ampliaram a visão do acesso aos “manicômios” judiciais. O modelo que era promovido não gerava a reabilitação por enfrentar o isolamento, não visando então à recuperação do paciente e sim o possível descarte do mesmo.

Dois pontos fundamentais que merecem atenção redobrada e que estão intimamente interligadas: A questão da base institucional, econômica e política que dá o suporte a organização do movimento antimanicomial, com um todo, e a questão de direção política de estímulo, fortalecimento e autonomização de usuários e familiares e de suas organizações (KLEIN; FREITAS; FONSECA, 2008, p. 124).

“Tendo em vista o quadro apresentado, a política e a existência de várias estratégias para o empoderamento das famílias e pacientes torna-se crucial” Os profissionais da saúde dão vez aos principais protagonistas e dão autonomia para trabalharem juntos pelo avanço de cada um (KLEIN; FREITAS; FONSECA, 2008, p. 118). As propostas para a luta antimanicomial são diversas, como já apresentadas, mas além dessas há programas extremamente importantes para esse combate. O programa “de volta pra cada” do Governo brasileiro:

Garante o auxílio-reabilitação psicossocial para a atenção e o acompanhamento de pessoas em sofrimento mental, egressas de internação em hospitais psiquiátricos, inclusive em hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico, cuja duração tenha sido por um período igual ou superior a dois anos. O PVC busca a restituição do direito de morar e conviver em liberdade nos territórios e também à promoção de autonomia e protagonismo dos usuários (BRASIL, 2011).

No atual contexto essas propostas frisam a importância que o leito familiar tem para cada usuário, se por ter saúde plena já é necessário caminhar ao lado da família, com transtornos mentais deve ser ainda mais prioritário aumentar esse convívio. Mesmo que de forma gradual, “deve-se jogar as sementes para no futuro poder colher propostas concretas que possam criar bases centradas na militância ético-política.” (KLEIN; FREITAS; FONSECA, 2008, p. 129).

A família é alicerçada sobre o respeito, tendo como papel fundamental no tratamento do indivíduo dentro de um ambiente privilegiado por conter zelo, afeto e compreensão. O mais importante é conhecer e se interessar pela pessoa e também pelo transtorno mental que acomete cada ser humano, pois em cada um age de uma maneira singular. Nessa perspectiva, a rede de apoio com preparo e orientação, contribui para uma ampla e resolutiva tarefa que é a reinserção do paciente na sociedade (KLEIN; FREITAS; FONSECA, 2008, p. 129). Diante dessa realidade, a convivência familiar é fator social indispensável para a eficácia da assistência psiquiátrica e das políticas públicas, tornando um elo importante para o paciente. O transtorno mental é complexo não só para o indivíduo, mas para todos que estão a sua volta, é preciso de suporte emocional e médico para atravessar todas as barreiras impostas pelo transtorno. A desinstitucionalização dos HCTPS atribui um novo ponto de vista ao tratamento onde desmistifica o isolamento que

existe entre família, usuário e sociedade (KLEIN; FREITAS; FONSECA, 2008, p. 129).

3 MEDIDA DE SEGURANÇA DENTRO DO ENQUADRAMENTO PENAL NO BRASIL

A medida de segurança é uma sanção de caráter preventivo, disposta no artigo 97 do Código Penal atual e se desenvolve por dois seguimentos: o primeiro é a internação em hospital de custódia e tratamentos psiquiátricos e o segundo a possibilidade de tratamento ambulatorial. Essa medida é uma reação criminal que abrange uma parcela relativamente pequena dos indivíduos carcerários, mas muito usual considerando aspectos processuais. Imperioso salientar que, o objetivo é o tratamento psiquiátrico focado na saúde e bem-estar daquele que vive no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico – HCTP (BRASIL, 1940).

Entende-se ainda que, as consequências trazidas “pelos transtornos mentais geram importantes impactos no âmbito do Direito” e retira a possibilidade de discernimento do que é certo e errado é um fator relevante para retirar a responsabilidade do indivíduo que comete algum ilícito penal e, portanto, gera um fator de inimputabilidade (TRINDADE, 2017, p. 106). Neste sentido, seria fácil confundir a medida de segurança como uma punição, mas, apesar de ser em face do criminoso é uma sanção administrativa pelo impedimento do paciente de analisar sua condição humana (TRINDADE, 2017, p. 107).

Assim, o objetivo central deste capítulo será apresentar uma visão específica sobre as medidas de segurança e seus modos de aplicação, considerando sua evolução e seu posicionamento perante a sociedade excludente. Além disso, será possível analisar a o destaque da culpabilidade nos povos primitivos que em um primeiro momento tinha como finalidade o afastamento da responsabilidade objetiva (FILHO, 2017, p. 15) e as modalidades de inimputabilidade e seus requisitos, analisando o elemento da culpabilidade e as penas impostas aos imputáveis, semi-imputáveis e inimputáveis. O esclarecimento da atual situação carcerária brasileira e a forma com que o Estado está lidando com os pacientes autores de ilícitos penais.

3.1 A CULPABILIDADE COMO ELEMENTO DA DEFINIÇÃO LEGAL DE CRIME: A INIMPUTABILIDADE PENAL

Antigamente, antes da formação dogmática penal, a aplicação da pena se associava à violação de algum comportamento que saia do padrão da época. O direito penal, então, baseava-se no caráter cultural e crenças religiosas. A quebra da tradição era um modo de o Estado ter que intervir na situação no caso concreto. Sendo assim, a religião, a moral e o direito, estavam entrelaçadas. Portanto a culpabilidade não importava para que a pessoa fosse responsabilizada (FILHO, 2017, p.17).

O alto índice da criminalidade tornou necessária uma resposta do Estado, que por sua vez, definiu todos os infratores iguais os punindo equitativamente. Mas, considerando o princípio da igualdade não pode ser tratados todos da mesma maneira. Isso significa dar tratamento isonômico às partes, “tratar igualmente os iguais e desigualmente os desiguais, na exata medida de suas desigualdades.” (NERY JUNIOR, 1999, p. 42). Além disso, o princípio da legalidade, também, foi um marco histórico no direito penal. Isso porque no surgimento do direito penal era conhecido por suas arbitrariedades, sendo motivo de pânico para toda sociedade. E assim, desenvolveu uma resposta firme ao poder vigente de uma garantia ao indivíduo (FILHO, 2017, p. 45). De acordo com o escritor do livro “Dos Delitos e Das Penas”, Cesare Beccaria, “só as leis podem determinar as penas fixadas para os crimes, e esta autoridade somente pode residir no legislador”. Esse princípio foi indispensável para a criação da dogmática penal (BECCARIA, 2017, p. 30). E, por fim, o princípio da proporcionalidade também se enquadra nas medidas de segurança, isto porque precíua a finalidade de equilibrar os direitos individuais sobre a sociedade.

A culpabilidade é a capacidade que o indivíduo possui de se relacionar com o mundo exterior a ponto de ter total domínio e discernimento das suas condutas, “em termos jurídico-penais, pode ser conceituada como a reprovação pessoal pela realização de uma ação ou omissão típica e ilícita em determinadas circunstâncias em que de podia atuar conforme as exigências do ordenamento jurídico” (PRADO, 2018, p 264). Dessa forma, a culpabilidade é um princípio do direito penal, um elemento do crime e um fundamento da pena, que assegura ao indivíduo uma intervenção da violência do Estado (FILHO, 2017, p. 50-51).

A teoria da culpabilidade formulada pelos finalistas é conhecida como normativa pura porque, com o deslocamento do dolo e da imprudência para

a tipicidade, permaneceram na culpabilidade apenas os elementos normativos: capacidade, exigibilidade de outra conduta e consciência de ilicitude. Este último elemento passou a ser analisado apenas normativamente, tendo em vista que para os casualistas a consciência de ilicitude integrava o dolo (FILHO, 2017, p. 78).

Por isso, então, “o objetivo do ordenamento jurídico nesse contexto é, portanto, o de motivar os homens a uma conduta, através da representação desse mal que os ameaça, no caso de uma conduta contrária” (KELSEN, 1973, p. 92). A luz do ordenamento jurídico e do ponto de vista histórico é importante salientar o princípio que rege este capítulo. “O princípio da culpabilidade é uma conquista moderna” que tem como objetivo o ponderamento e a proporcionalidade das penas aplicadas, ou seja, “não haverá pena sem culpabilidade”. Por fim, esse princípio traz garantias penais quais sejam: “exigência de imputação subjetiva (dolo/culpa); individualização da pena; a necessidade de ponderação das circunstâncias pessoais do autor; e a pena adequada à magnitude culpável da conduta do autor” sendo as duas últimas os alicerces das medidas de segurança (PRADO, 2018, p. 82-84).

Ante o exposto, podem-se destacar também os elementos da culpabilidade: imputabilidade, potencial consciência da ilicitude e exigibilidade de conduta diversa (PRADO, 2018, p. 272-277). O conceito de imputabilidade tem sua origem perante as “condições pessoais que dão ao agente capacidade para lhe ser juridicamente imputada a prática de um fato punível.”. Além disso, importante destacar que culpabilidade e imputabilidade não podem ser confundidas, uma vez que, “a primeira é o juízo de reprovação social e a segunda é a capacidade de ser culpável e estado de condição do sujeito”. Os conceitos não se confundem, mas podem estar interligados. Essa capacidade descrita como requisito da imputabilidade possui dois aspectos: capacidade de compreender a ilicitude do fato e atuar conforme a compreensão que possui (NUCCI, 2018, p. 311).

Ademais, para causar a exclusão da imputabilidade é preciso possuir algum transtorno mental, desenvolvimento mental incompleto ou ser menor de idade, embriaguez acidental completa ou patológica. As condições psíquicas que afetam a capacidade intelectual para compreender a ilicitude, por exemplo, nos quadros de neuroses obsessivo-compulsivos são considerados transtornos mentais e que, portanto, extinguem a punibilidade tornando os agentes inimputáveis (BITENCOURT, 2013, p. 479). Podem ser elencados alguns tipos de transtornos mentais como esquizofrenia, paranoia, paralisia cerebral progressiva, epilepsia, entre outros (PRADO, 2018, p 272-273).

Dentre os transtornos que são importantes para o direito, elencam-se os relacionados aos traumas e estressores (questões de estresse), psicose puerperal, associado a crimes de infanticídio. Transtornos explosivos, contando com uma falha em controlar impulsos agressivos. A cleptomania constitui um impulso mórbido para furtar mesmo tendo baixo valor econômico e sem precisar. Piromania constitui um impulso mórbido por atear fogo, além de deficiências intelectuais (TRINDADE, 2017, p 106-113).

A potencial consciência da ilicitude se explica pela compreensão do agente perante sua ação, seu conhecimento não precisar ser profundo, “basta que tenha base suficiente para saber que é contrário as normas. O agente só age com culpa quando conhece ou pode conhecer a ilicitude de seu comportamento”. Portanto esse requisito diz respeito à “capacidade de conhecer a contrariedade da conduta em relação à ordem jurídica.” (PRADO, 2018, p 276).

O sistema penal brasileiro adotou o critério biopsicológico normativo como método de aferição da imputabilidade. Significa dizer que o agente era ao mesmo tempo da ação ou omissão, portador de transtorno mental ou de perturbação da saúde mental e/ou desenvolvimento mental incompleto. Significa também que deve haver relação de causalidade entre a sua condição psicológica e o crime praticado e que, tanto esse liame, quanto a condição mental, estejam demonstrado através de prova pericial (TRINDADE, 2017, p 573).

Por fim, a exigibilidade da conduta adversa necessita que a conduta do agente seja reprovável. Mas, “nas hipóteses de delitos dolosos, só poderá ser admitida a inexigibilidade quando esteja expressa na lei. Nos culposos pode ser admitida quando não for ao agente exigível a observância do cuidado objetivamente devido e omissivo.” (PRADO, 2018, p 277). É contextualizado no Código Penal como classifica a isenção da pena:

Art. 26 - É isento de pena o agente que, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento (BRASIL, 1940).

Portanto, relaciona-se ao agente que comete o ilícito penal e as responsabilidades jurídicas que a ele se deve, ou seja, o aspecto concreto que se disciplina a imputabilidade penal. Estabelece, ainda, o Código Penal, a penalidade para os imputáveis, sendo elas: a pena restritiva de liberdade, pena restritiva de

direito e pena de multa. Para os semi-imputáveis caberá à redução da pena variável de um a dois terços, conforme o parágrafo único do artigo 26 do Código Penal. Por fim, os inimputáveis obrigatoriamente serão tratados em medidas de segurança em duas possibilidades, tratamento ambulatorial e internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico, que será objeto de estudo no próximo capítulo (PRADO, 2018, p 443).

Portanto, a periculosidade não está vinculada ao ato de matar em si, mas sim na negação do indivíduo pela existência da lei que o proíbe, ou na dificuldade em aceitar a proibição legal, ou ainda, da incapacidade da pessoa em determinar-se de acordo com esse entendimento (CORDEIRO; LIMA, 2013, p. 39).

Assim, Miguel Reale em seu livro “Filosofia do Direito” especifica que no mundo do dever ser, o princípio dominante é o da imputabilidade, em virtude da qual se atribui uma consequência em razão da prática de determinado ato (2002, p.461).

Para a formação de um juízo de culpabilidade eminentemente pessoal, faz-se necessária à análise da coletividade na qual está inserida o autor do fato. Além de ser um elemento autônomo no juízo de culpabilidade e imprescindível para a concepção da capacidade penal, a consciência de ilicitude também é o critério que define a exigibilidade de conduta conforme ao direito (FILHO, 2017, p.158).

Pelo exposto, conclui-se que no decorrer dos anos houve alguns avanços e retrocessos sobre a matéria em questão e a imputabilidade pode ser entendida como responsabilidade, sendo ela pressuposto necessário para caracterização, pois a pessoa com transtorno mental não possui a compreensão emocional. Assim, a culpabilidade não admite responsabilidade penal objetiva, ela é formada por elementos indispensáveis para sua definição legal.

3.2 MEDIDA DE SEGURANÇA COMO PENA OU COMO SANÇÃO ADMINISTRATIVA: O EMBATE JURÍDICO E A TUTELA DAS PESSOAS SUBMETIDAS À MEDIDA DE SEGURANÇA

O quadro social brasileiro é conturbado quando se analisa os aspectos oriundos da criminalidade e da falta de oportunidade à população. Mas quando

aliado a questão das insanidades mentais, vê-se como um problema psiquiátrico é ainda mais fatigante. Assim, precipuamente, é crucial mencionar que a medida de segurança somente se caracteriza após perícia médica se constatar que no momento do ilícito penal o agente é incapaz de entender o que o ato praticado era um ilícito penal ou quando esse agente, mesmo tendo essa consciência, não era capaz de determinar-se de acordo com esse entendimento. (CORDEIRO; LIMA, 2013, p. 34). A perícia médica é indispensável juntamente ao laudo médico para comprovar o transtorno mental, o psicólogo do apenado produz um laudo, o qual se torna uma prova contundente direcionada ao magistrado, que poderá perante as provas colhidas ao longo dos autos, averiguar de ofício. É importante ressaltar que o juiz não fica vinculado ao laudo pericial, podendo determinar nova avaliação se não convencido ou decidir com base em outras provas dos autos (NUCCI, 2018, p 316).

A inimizabilidade pode ser simulada, ou mais precisamente, a doença mental pode ser simulada, hipótese que sempre deve ser considerada e examinados os possíveis benefícios secundários dessa condição. A avaliação psicológica da inimizabilidade – não apenas psiquiátrica – atenderia melhor a natureza adversária do processo, atribuindo mais garantias ao avaliado e favorecendo o cumprimento dos princípios constitucionais da ampla defesa e do contraditório (TRINDADE, 2017, p 570).

Por ser pequena a parcela da população carcerária que possui algum transtorno mental é importante ressaltar o modo como são tratados esses, pois o Estado não está preparado para enfrentar os desafios que percorrem a mente do agente (CORDEIRO; LIMA, 2013, p. 34). Por esse motivo o Código Penal de 1940 trouxe medidas de segurança para aquela cuja realidade tornou-se o seu imaginário (BRASIL, 1940). Essa medida desvincula a ideia da pena adotada para os presos comuns. Como a fonte do tratamento não pode ser punitiva por não ter sido escolhida obter a doença, transformar a medida de segurança em pena é inconstitucional ferindo os direitos humanos dos pacientes (CORDEIRO e LIMA, 2013, p. 54).

Cezar Roberto Bittencourt fundamenta em seu livro o Tratado do Direito Penal (2013, p. 854) que “o fundamento da aplicação da medida de segurança é exclusivamente a periculosidade.”. A medida de segurança é uma espécie de sanção penal, com caráter preventivo e curativo. Visa à proteção do apenado evitando que o autor de um ilícito penal venha a cometer outro injusto. Assim, receberá tratamento adequado conforme as medidas adotadas pelo Código Penal

vigente. Primeiramente há que se falar que “antes da Reforma Psiquiátrica o juiz poderia aplicar pena culminada com medida de segurança, essa prática se denominava sistema do duplo binário”. Ademais, há duas formas de aplicação: a primeira é a internação em hospital de custódia (antigos manicômios judiciários) e tratamento psiquiátrico, ou em falta outro estabelecimento adequado, e a segunda a sujeição a tratamento ambulatorial. Na primeira hipótese é obrigado o apenado a permanecer na instituição para tratamento médico. Essa decisão advém do magistrado com base no laudo pericial (NUCCI, 2018, p 663). Em concorrência com o exposto a Lei 10.216/2001 destina-se a regular as internações e é compatível com a Lei de Execução Penal, querendo respeitar e buscar a cura do paciente:

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

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

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

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

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

IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;

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

VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

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

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

IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental. (BRASIL, 2001).

“Com efeito, as medidas de seguranças, ao contrário das penas, não devem ser necessariamente proporcionais à gravidade do delito e sim a periculosidade do apenado.” (PRADO, 2018, p 439). Já o tratamento ambulatorial é uma medida restritiva que introduz a dispensa de cuidados médicos, ou seja, tratamento externo. Essa medida poderá ser convertida em medida detentiva a qualquer tempo e o exame de cessação da periculosidade é facultativo. O tratamento ambulatorial é uma segunda possibilidade, visto que a internação é regra geral (NUCCI, 2018, p 665).

Vejamos, a internação e o tratamento ambulatorial visam estabelecer uma forma de ajuda ao condenado, afastando-o da população para que possa dedicar-se

à cura da doença até o momento em que seja capaz de conviver em sociedade novamente (BRASIL, 1940). A Lei de Execução Penal em seu artigo quinto prevê que “os condenados serão classificados, segundo os seus antecedentes e personalidade, para orientar a individualização da execução penal.” para que possa se convalidar a execução da pena de uma forma justa (BRASIL, 1984). Salienta-se, que se as formas de cuidado com a saúde, a aplicação de tecnologias e estudos versarem sobre as pessoas que possuem algum transtorno gerará uma diminuição na prática de injustos penais por parte das pessoas enfermas (CORDEIRO; LIMA, 2013, p. 40). Pois a maioria provém dessa massa que por ser objeto de descaso do Estado acaba aniquilando muitas pessoas doentes e piorando seu estado psíquico pelo modo de tratamento psiquiátrico.

O crime não é consequência da doença mental, mas está vinculado à incapacidade do indivíduo aceitar as normas morais necessárias para a adaptação social. A periculosidade social deve ser um assunto de estudo da psicopatologia forense, da criminologia, da sociologia, dos legisladores, ou seja, da articulação entre a saúde e a Justiça (CORDEIRO; LIMA, 2013, p. 35).

Entende-se que deve ser analisada a conduta e sua saúde mental antes de qualquer alternativa drástica. Então, o objetivo principal não pode ser a punição e sim a adequação do condenado à sociedade em que vive.

A função da medida de segurança é a de impedir que a mesma pessoa, portadora de um transtorno mental, possa cometer outro ato penalmente ilícito, trazendo, deste modo, algum tipo de proteção social contra o risco que esse indivíduo possa trazer (CORDEIRO; LIMA, 2013, p. 38).

Portanto, a prevenção objetiva para que o condenado não repita a prática irá partir do tratamento até cessar a periculosidade. Sendo assim, não podem ser ignoradas as violações dos direitos humanos quando o assunto é hospitais de custódia e seu tempo indeterminado de internações. “A psiquiatria idealiza um mundo “civilizado”, caminhando para a desospitalização e o Direito Penal para o sentido oposto, aprisionamento.” (MATTOS, 2006, p112).

A postura dos hospitais de custódia se confunde com uma prisão (IBRAHIM, 2014, p. 25). Logo, o modo como o indivíduo praticou o delito e a gravidade do ilícito penal é analisada sem o diagnóstico do transtorno mental de

maneira minuciosa, analisando a sua personalidade e com uma investigação social (BRASIL, 1940).

Por analogia, os HCTP's "não passam de uma expressão eufemística utilizada pelo legislador da Reforma Penal de 1984 para definir o velho e deficiente manicômio judiciário" (BITENCOURT, 2013, p. 856). Apesar de ter mudado o nome da instituição o país não utilizou de construções para novos estabelecimentos e melhores parâmetros para o tratamento (BITENCOURT, 2013, p. 856). Portanto, sua pena se dá de maneira coletiva, não tendo respaldo na individualização (BRASIL, 1940).

No que lhe concerne, a Resolução nº 05, de 04 de maio de 2004 do O Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária - CNPCP enaltece no item doze:

A medida de segurança deve ser aplicada de forma progressiva, por meio de saídas terapêuticas, evoluindo para regime de hospital-dia ou hospital-noite e outros serviços de atenção diária tão logo o quadro clínico do paciente assim o indique. A regressão para o regime anterior só se justificará com base em avaliação clínica (BRASIL, 2004).

Diferentemente do que acontece, a medida de segurança deve ter como primeira espécie a forma de tratamento, almejando a cura ou melhora do enfermo. A proteção dos pacientes que utilizam da medida de segurança deve se ocasionar em primeiro lugar, tanto no direito como na saúde, onde atualmente não confere adequada visibilidade ao assunto. Destarte, a pena é a obrigação dada ao condenado a se adaptar as normas impostas à sociedade, e, a medida de segurança é para a falta da percepção e adaptação do apenado considerando suas práticas (CIA, 2011, p. 17).

3.3 MEDIDAS DE SEGURANÇA E O PRAZO INDETERMINADO: A PREVISÃO LEGAL E SUAS INCONGRUÊNCIAS

A questão da duração indeterminada das medidas de segurança merece uma atenção especial e uma reestruturação legislativa. "O princípio da legalidade não admite que a lei formal, sendo ela clara, certa e precisa, a prática anterior do ilícito seja aplicada para prejuízo do agente", sendo assim, desconsidera claramente a regência do princípio e sua extrema importância no ordenamento jurídico. Todos

os condenados seja á medida de segurança ou à pena restritiva de liberdade tem o direito de saber a duração da sua pena (CIA, 2011, p. 50).

Em seu artigo 5º a Constituição Federal considera efetivo o princípio da reserva legal, no inciso XXXIX juntamente com o princípio da anterioridade legal (BITENCOURT, 2013, p. 854-855). Com esse propósito, o Código Penal impõe um tempo mínimo de estadia no HCTP que varia de um a três anos, independentemente do ato ilícito cometido, mas caso não seja cessada a periculosidade o causador do dano ficará por tempo indeterminado na instituição. A priori é importante ressaltar que “a medida de segurança só pode ser executada após o trânsito em julgado da sentença. Para o início da execução é indispensável à expedição de guia de internamento ou de tratamento ambulatorial.” Conforme artigo 171 e 172 da Lei de Execução Penal (PRADO, 2019, p 440). A fixação do prazo mínimo irá variar conforme a periculosidade do autor. No entanto, para verificar a cessação da periculosidade poderá a qualquer tempo requerer a perícia médica, que além dessa hipótese deverá ser feita a cada um ano (BRASIL, 1940).

Art. 171. Transitada em julgado a sentença que aplicar medida de segurança, será ordenada a expedição de guia para a execução.

Art. 172. Ninguém será internado em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, ou submetido a tratamento ambulatorial, para cumprimento de medida de segurança, sem a guia expedida pela autoridade judiciária (BRASIL, 1984).

Sendo assim, pode surgir a possibilidade de não cessar a periculosidade do agente e respectivamente seu transtorno mental, e assim viverá sua vida toda dentro de um estabelecimento prisional (BRASIL, 1940). Nesse sentido, atenta-se que essa norma é inconstitucional em razão do artigo 5º, inciso XLVII, da Constituição Federal:

Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes:

XLVII - não haverá penas:

b) de caráter perpétuo

A medida de segurança não é uma forma de pena e sim um procedimento administrativo que envolve a saúde pública, o que implica ainda mais na inconstitucionalidade da norma. “A medida de segurança apenas se justifica quando baseada no princípio da ponderação de bens conflitantes, isto é, quando a restrição

da liberdade do indivíduo cause menos prejuízos do que seu uso traria a outras pessoas.” (CIA, 2011, p. 58). A finalidade da medida de segurança não está sendo alcançada retirando a liberdade de uma vida pela coletividade, mas também não se resume ao fator de segurança pública. A perpetuidade da medida de segurança é atribuída por ter tempo mínimo, mas não haver um tempo máximo expresso em qualquer parte do ornamento jurídico (BITENCOURT, 2013, p. 856-858).

Considerando que o cerceamento temporário da liberdade não é medida simplesmente punitiva, o acesso à educação no sistema prisional, conforme estabelecido na LEP se torna imprescindível para a reinserção social dos apenados. Haja vista que a maior parte dos presos no Brasil possui ensino fundamental incompleto. Nessas circunstâncias, o acesso ao sistema educacional garante, além da remição da pena, novas perspectivas para quando o detento cumprir o período de custódia determinado (DEPEN, 2017, p. 74).

Sendo assim, a Constituição Federal não recepiona a norma do Código Penal, uma vez que a proibição da pena perpétua é considerada cláusula pétrea e se utiliza dos princípios para se embasar de forma profunda (BITENCOURT, 2013, p. 858). Ainda, em relação ao tempo aplicado as medidas de segurança a súmula nº 527, do STJ vem para salientar que “o tempo de duração da medida de segurança não deve ultrapassar o limite máximo da pena abstratamente cominada ao delito praticado.”. Pode-se perceber que o ordenamento jurídico não está em consenso quando se trata da propositura da medida de segurança. Em síntese, esse sistema trata o inimputável de forma mais gravosa do que o imputável (CAVALCANTE, 2015, p. 03).

A periculosidade é, em substância, um juízo de probabilidade que se formula diante de certo indício. Trata-se de juízo empiricamente formulado, e, portanto, sujeito a erros graves. Pressupõe-se sempre, como é óbito, uma ordem social determinada a que o sujeito deve ajustar-se e que não é questionada (FRAGOSO, 2003, p. 498).

Não há o que se dizer em livramento condicional, “mas em suspensão da medida de segurança, pois o apenado só terá revogada sua medida caso fique durante um ano sem praticar fato indicativo de periculosidade” (PRADO, 2018, p 442).

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

§ 3º - A desinternação ou liberação será sempre condicional devendo ser restabelecida condicional a situação anterior se o agente, antes do decurso de um ano, pratica fato indicativo de persistência de sua periculosidade (BRASIL, 1940).

Por fim, a medida de segurança tem por objetivo recuperar e cuidar dos pacientes, visando à prevenção de novas práticas de ilícito penal. A volta do apenado para seu âmbito familiar é a forma mais eficaz de reinserção social. Penas inacabáveis transformam a luta que já é difícil ainda pior para família e principalmente ao paciente que não tem mais esperança de reconstrução da sua vida. A violação ao princípio da dignidade humana se dá de forma transcendente com penas intermináveis e tratamentos abusivos.

3.4 EXECUÇÃO DA MEDIDA DE SEGURANÇA NO BRASIL: DADOS OFICIAIS SOBRE AS CONDIÇÕES DE CUMPRIMENTO

O ordenamento jurídico brasileiro e a jurisprudência definiram os elementos básicos para os Hospitais de Custódia no Brasil. Esses estabelecimentos precisam ter características hospitalares para o seu bom funcionamento junto ao tratamento psiquiátrico (BRASIL, 1940).

No primeiro semestre de 2017, o total de pessoas privadas de liberdade chegou a 726.354 (setecentos e vinte e seis mil, trezentos e cinquenta e quatro) pessoas. Ou seja, o maior número dos últimos vinte e cinco anos de estudos pelo Ministério da Justiça e Infopen (DEPEN, 2017).

Dados oficiais coletados pelo Departamento Penitenciário Nacional - DEPEN apontam que em junho de 2017 no Brasil eram 1,73% (um e setenta e três por cento) de unidades destinadas ao cumprimento de medida de segurança de internação ou tratamento ambulatorial, totalizando um montante de 26 (vinte e seis) institutos no Brasil (DEPEN, 2017).

Verifica-se no quadro abaixo que o número de pacientes que são submetidos à internação é muito maior do que a população que está em tratamento ambulatorial. Além de o sexo masculino ser muito maior do que feminino (CIA, 2011, p. 39).

Tabela 01. Quantidade de Presos Internados/Tratamento Ambulatorial

Medida de	Competência	Homens	Mulheres	Total
-----------	-------------	--------	----------	-------

Segurança – Internação	Justiça Estadual	2.241	182	2.423
	Justiça Federal	2	-	2
	Outros (Just. Trab., cível)	-	-	-
	Total	2.243	182	2.425
Tratamento ambulatorial	Justiça Estadual	379	12	391
	Justiça Federal	-	-	-
	Outros (Just. Trab., cível)	-	-	-
	Total	379	12	391

Fonte: Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias - Infopen, Junho /2017 Para os cálculos das taxas foram utilizados dos dados da PNAD/IBGE 2017.

É coerente analisar que há uma má distribuição tanto de estabelecimentos prisionais quanto de HCTP's para o total cumprimento da medida. A falta de vagas, então, é inevitável e se constitui violência legal, sendo inconstitucional o mapeamento de pacientes em instituições prisionais inadequadas (DEPEN, 2017).

Tabela 02. Capacidade – Número de Vagas

Capacidade de Vagas no HCTP's	Masculino	Feminino	Total
		3.215	288

Fonte: Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias - Infopen, Junho /2017 Para os cálculos das taxas foram utilizados dos dados da PNAD/IBGE 2017.

Essa inadequada organização entre os estabelecimentos demonstra que parte dos Estados brasileiros não possui uma unidade instalada para seus pacientes, como Acre, Amapá, Distrito Federal, Goiás, Maranhão, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Roraima e Tocantins (DEPEN, 2017).

Especificamente em no Estado de Santa Catarina há uma precariedade absurda. A população prisional é de 21.558 (vinte e um mil quinhentos e cinquenta e oito) pessoas. Conforme a tabela abaixo:

Tabela 03. Principais dados do sistema prisional no Estado de Santa Catarina.

População Prisional	Secretaria de Segurança	Taxa de Aprisionamento	Vagas no Sistema Prisional	Taxa de Ocupação
21.558	NI	307,92	20.030	1,08

Fonte: Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias - Infopen, Junho /2017 Para os cálculos das taxas foram utilizados dos dados da PNAD/IBGE 2017.

Conclui-se que o total de vagas não comporta a população prisional. Isto ocorre por ter uma grande quantidade de verbas mal investidas no Brasil. O sistema carcerário é extremamente precário começando pela quantidade de vagas

oferecidas nas prisões. Além disso, em Santa Catarina a situação piora quando se fala em medida de segurança e suas instalações. No Estado possui somente um estabelecimento para o cumprimento das medidas de segurança de internação, que é o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, que fica na cidade de Florianópolis e aceita somente pessoas do sexo masculino. Em pedido de informações realizado por e-mail pela autora dessa monografia, o diretor, Adriano Luiz de Campos, do HCTP de Florianópolis, explicou que as mulheres sujeitas à medida de segurança de internação ou ficam em clínicas particulares ou no Instituto de Psiquiatria - IPQ, intitulado como Hospital Colônia de Santana (CAMPOS, 2019).

Neste momento, que ocorrem os maiores problemas no sistema de tratamento, a falta desses estabelecimentos acarreta, em pacientes que deveriam ser cuidados psiquicamente, a prisão em presídios comuns (CIA, 2011, p. 25). No Estado do Rio de Janeiro há o maior número de instalações destinadas ao cumprimento da medida, contando com 04 (quatro) unidades e logo atrás São Paulo com 03 (três) (DEPEN, 2017).

Portanto, é possível concluir que a realidade da execução da medida de segurança no país é diversa daquela imposta pela legislação brasileira (DEPEN, 2017). Entre os diversos problemas enfrentados pelo sistema prisional e de tratamento psiquiátrico sobrevém à estrutura, para um tratamento que cause efeito positivo nos pacientes. Além de não possuir lugares suficientes para o tratamento, ainda, os Estados que possuem não tem suportes e infraestrutura adequada para todos (CIA, 2011, p. 23). Um segundo ponto a ser discutido é a falta de unidades para mulheres. No Brasil não há possibilidade de internação em Hospitais de Custódia para o sexo feminino (DEPEN, 2017).

Tabela 04. Estabelecimentos Penais

Sistema Penitenciário: Medida de Segurança - Internação e Tratamento ambulatorial	Masculino	Feminino	Misto	Total
	12	Zero	14	26

Fonte: Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias - Infopen, Junho /2017 Para os cálculos das taxas foram utilizados dos dados da PNAD/IBGE 2017.

Ademais, pode-se incluir a falta de equipe eficiente, o abandono afetivo da família por ser difícil manter os laços e do Poder Público que negligencia o tratamento dos pacientes pouco importando a ressocialização do apenado internado (DEPEN, 2017).

A ressocialização é um meio de suporte ao preso, para que seja possível a sua reintegração na sociedade. Por meio da educação, faz com que ele compreenda as razões que o levaram a ilegalidade, mostrando a possibilidade de mudança para uma vida melhor. Tem como foco uma pena dirigida ao tratamento do próprio infrator, com o objetivo de transformar sua personalidade e mostrar os malefícios da reiteração ao mundo do crime. Essa forma de tratamento enfrenta diversos óbices no campo de criminosos com transtorno mental antissocial, tendo em vista a dificuldade no alcance de uma cura (GOUVEIA, et al., 2017, p. 14).

Sendo assim, Michele Cia conclui sua obra direcionando aos problemas enfrentados pelas entidades:

Dessa forma, podemos afirmar que a execução das medidas de segurança no Brasil necessita de urgente reestruturação, a fim de melhorar tanto as condições físicas das instituições psiquiátricas quanto à qualidade do tratamento terapêutico dispensado, pois estas não têm correspondido nem ao mínimo que delas se espera (CIA, 2011, p. 23).

Os estabelecimentos de custódia são, na maioria das vezes, esquecidos pelo poder público. Menos de um por cento da população carcerária que precisa de tratamento psiquiátrico está em unidades de internação. Os casos pioram quando se analisa o acompanhamento e a realização de exames aos pacientes que precisam ser transferidos e internados em HCTP's. O motivo do descaso é a falta de vagas anteriormente vista (DEPEN, 2017). As medidas de segurança não cumprem seu papel. Sua perspectiva é somente a proteção da coletividade e não o tratamento do inimputável. A medicina e o direito devem-se aliar para melhores resultados (GOFFMAN, 2003, p. 286).

O estigma de já ter passado pelo sistema manicomial/prisional – mesmo que admitamos a possibilidade de escape desse sistema é bastante improvável, para não dizer impossível – transforma aquele que fora anteriormente rotulado de perigoso, mesmo ultrapassada a exclusão determinada pela lei, em eternamente perigoso (MATOS, 2006, p.165-166).

O cenário exibido no contexto da perpetuidade da medida de segurança e os demais dados apresentados tornam a probabilidade de cura ainda mais distante. O modelo de tratamento é visivelmente inadequado para os pacientes, visto que não é utilizada uma alternativa intermediária para o tratamento. Além disso, existe uma crença de que o paciente irá voltar a praticar atos ilícitos, quando presumidamente

deveria crer que pelo satisfatório programa psiquiátrico ele iria sair melhor estando menos predisposto do que o apenado que cumpre sua pena em sistema prisional. Mas pela realidade ser totalmente adversa, os dois modelos de aplicação, tanto de medidas de segurança como pelo sistema prisional estão sendo ineficazes e não propícios para a reinserção social das pessoas ali aprisionadas (TRINDADE, 2017, p 570-571).

4 DECISÕES DO SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL E A MODIFICAÇÃO PERANTE A MEDIDA DE SEGURANÇA

A Constituição Federal de 1988 especificou, em seu artigo 103, o órgão competente para ser guardião. O Supremo Tribunal Federal é o órgão de cúpula do Poder Judiciário, e a ele compete, precipuamente, além da guarda da Constituição:

Resolver os conflitos de competência entre o STJ e quaisquer tribunais, entre Tribunais Superiores, ou entre estes e qualquer outro tribunal; julgar as causas decididas em única ou última instância, quando a decisão recorrida contrariar dispositivo desta Constituição; declarar a inconstitucionalidade de tratado ou lei federal e outros (BRASIL, 1988).

Após a Emenda Constitucional 45/2004, foi agregada a possibilidade de o Supremo Tribunal Federal aprovar, depois de reiteradas decisões sobre as matérias constitucionais:

Reiteradas decisões sobre matéria constitucional, súmula que, a partir de sua publicação na imprensa oficial, terá efeito vinculante em relação aos demais órgãos do Poder Judiciário e à administração pública direta e indireta, nas esferas federal, estadual e municipal, bem como proceder à sua revisão ou cancelamento, na forma estabelecida em lei (BRASIL, 1988).

Portanto, por não ter um consenso entre o ordenamento jurídico e suas ramificações, muitas vezes são usadas às decisões dos Tribunais como um efeito de norma para orientação. A jurisprudência é um conjunto de entendimento adotado por um ou vários Tribunais sobre uma questão específica, que serve para uniformizar as situações semelhantes. O magistrado possui independência para exercer sua jurisdição conforme os entendimentos frequentes. Por fim, é importante ressaltar o princípio da segurança jurídica que é apoiado no artigo 5º, XXXVI, da Carta Magna considerando a garantia de que não prejudicará o direito adquirido, o ato jurídico perfeito e a coisa julgada (BRASIL, 1988). Neste capítulo serão estudadas as mudanças de posicionamento jurisprudencial do Superior Tribunal Federal, especificamente, e suas aplicações ao longo do tempo. Avaliar a relevância da aplicação das jurisprudências, levando em conta conceitos e decisões reais do Tribunal, além de decretos até a chegada da Lei 10.216/01.

4.1 INFLUÊNCIAS QUE A REFORMA PSQUIÁTRICA BRASILEIRA – LEI 10.216/2001 TROUXE PARA AS MEDIDAS DE SEGURANÇA;

Durante muito tempo as pessoas com transtornos mentais foram submetidas a métodos que ultrapassavam as tentativas de cura. Diante da existência de tratamento na execução das medidas de segurança, principalmente o curativo, deve-se analisar a mudança de paradigmas que esse movimento revelou

(FEITOSA, 2016, p 25). A Lei da Reforma Psiquiátrica ocasionou inovações à execução e cumprimento das medidas de internação aos pacientes que foram absolvidos pela sentença absolutória imprópria após cometeram algum ilícito penal, com o propósito de consolidar a eficiência dos princípios constitucionais que são garantidos ao indivíduo, tendo como principais os da dignidade da pessoa humana, da proporcionalidade e legalidade (FREITAS, 2016). O intuito foi mobilizar o sentido da internação e evitar que ela aconteça. Por esse motivo a Resolução nº 113 do Conselho Nacional de Justiça reforçou em seu artigo 17 a imposição de políticas antimanicomiais: “o juiz competente para a execução da medida de segurança, sempre que possível buscará implementar políticas antimanicomiais, conforme sistemática da Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001” esse ato normativo veio para atuar conjuntamente com a lei (BRASIL, 2010).

A Lei da Reforma Psiquiátrica, também, se mostrou clara no seu artigo 4º, onde, adotou que só seria internado o paciente que através dos recursos extra-hospitalares, incluindo as políticas públicas fornecidas pelo Estado, fossem insuficientes para o tratamento. Portanto se a internação não for comprovadamente o melhor para o paciente será dispensada e o tratamento ambulatorial será adotado como principal medida, pois o sofrimento que o isolamento causa não obtém o fim a que se remete a medida de segurança, à vista disso devem ser todas as decisões dos juízes competentes fundamentadas para que não sejam nulas. Com essas novas condições a interpretação das normas referente à medida de segurança deve ser diversa daquela que é mantida até hoje, tendo como base o Código Penal e a Lei de Execução Penal, garantido pela Lei 10.216/2001, mesmo que omissas quanto ao prazo (BRASIL, 2001).

Mas, verifica-se que mesmo que os tratamentos fora dos HCTP's tenham um acolhimento menos lesivo ao absolvido, a realidade é distinta. Houve, perante isso, uma evolução não muito significativa nas decisões jurisprudenciais, flexibilizando a internação para os autores de ilícitos penais que não podem responder por si. Essa alteração, por menor que seja se deu pela perceptível piora dos pacientes que são provocadas pelas internações em hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico. Todavia, por mais que a lei tenha contribuído para a mudança nos quesitos apresentados acima elas continuam não sendo aplicadas em sua integralidade.

A doutrina ainda não superou os fundamentos normativos, e analisando pelas palavras de Salo de Carvalho percebe-se que “é coerente à impossibilidade de definir o tempo da resposta jurídica ao ato previsto como delito praticado pelo inimputável” se este possui um transtorno com diagnóstico médico não há como prever a resposta que seria dada como decisiva, tanto para o lado positivo quanto ao lado negativo ao impulso delitivo considerando que o paciente não responde por si. Assim, o Estado prefere manter a inadequada medida considerando o estado perigoso do agente, prolongando a internação. A questão é: o autor de ilícito penal possuindo um transtorno mental, que apesar de não ser na sua maioria curável é tratável, merece ficar por tempo indeterminável preso aos hospitais de custódia sendo que os agentes absolutamente capazes, ditos imputáveis, e que cometem crimes não completam suas penas por causa das progressões de regime. Esses que são completamente cientes de suas condutas ficam por tempo significativamente menor no sistema carcerário voltando ao convívio da sociedade mais rápido (CARVALHO, 2015, p. 503).

A abertura legal para a perpetuidade ocorre não apenas no Código Penal, mas, sobretudo, pela injustificável omissão constitucional no que tange aos limites das medidas. Apesar do extenso rol de princípios e regras constitucionais sobre a forma de delimitação, de aplicação e de execução das penas, o constituinte eximiu-se deste tema. No direito constitucional comparado, por exemplo, é comum perceber o tratamento paritário entre as sanções aplicáveis aos imputáveis e aos inimputáveis, sendo resguardados isonômicos direitos e garantias, inclusive no que tange à vedação da perpetuidade (CARVALHO, 2015, p. 503-504).

Em suma, a Lei nº 10.216/2001 ocasionou a mudança na nomenclatura de “manicômio judiciário” para “hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico” e suas diretrizes determinando que sejam criadas políticas públicas de desinstitucionalização, assim como mudou o ordenamento jurídico e a lógica de tratamentos aos pacientes, sendo última opção a utilização de internação. Mas, não distinguiu a medida de segurança da pena, mesmo alterando os métodos de atuação nas sanções dos inimputáveis a medida coercitiva do Estado em razão do delito cometido, ainda, etiqueta o paciente como condenado e não absolvido. Os avanços diretos e claros partem somente na diferença das características das instituições para internação, porém continuam como se apresentavam os

manicômios, presente, ainda, no sistema de tratamento atual, as medidas de segurança ainda são mantidas como forma que orienta as sanções administrativas (CARVALHO, 2015, p. 508-510).

4.2 O POSICIONAMENTO DO SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL SOBRE O CUMPRIMENTO DAS MEDIDAS DE SEGURANÇA:

A afronta aos prazos das medidas de segurança está cada vez mais visível. As contradições no ordenamento jurídico são claras, principalmente em relação aos prazos. Os tribunais superiores brasileiros, por ter a omissão das normas acabam tendo que decidir o caminho que cada caso concreto deve tomar. Em recentes decisões o Supremo Tribunal Federal tem firmado que compreende o prazo das medidas de segurança no máximo de 30 (trinta) anos, não ultrapassando “o limite máximo da pena abstratamente cominada ao delito praticado”:

MEDIDA DE SEGURANÇA - PROJEÇÃO NO TEMPO - LIMITE. A interpretação sistemática e teleológica dos artigos 75, 97 e 183, os dois primeiros do Código Penal e o último da Lei de Execuções Penais, **devem fazer-se considerados a garantia constitucional abolidora das prisões perpétuas. A medida de segurança fica jungida ao período máximo de trinta anos** (BRASIL, 2005) (HC 84219, Relator (a): Min. MARCO AURÉLIO, Primeira Turma, julgado em 16/08/2005, DJ 23-09-2005 PP-00016 EMENT VOL-02206-02 PP-00285) (BRASIL, 2005).

No acórdão acima os ministros Marcos Aurélio, Eros Grau, Cezar Peluso e Carlos Britto acordam em unanimidade em deferir o pedido de *habeas corpus* que requeria que fosse viabilizada a transferência para o sistema público de saúde em tratamento ambulatorial, visto que a paciente já estava há mais de trinta anos internada. O ministro Marcos Aurélio se embasou no artigo 5º, inciso XLVII, alínea “b”, da Constituição Federal onde afasta a possibilidade de ter-se prisão perpétua, frisando, ainda, o artigo 183 da Lei de Execução Penal. Mas, em nada constou a lei nº 10.216/2001 como argumento. Posteriormente, os demais Ministros acompanharam o voto se embasando no artigo 75 do Código Penal vigente (BRASIL, 2005). Defenderam, ainda, a posição dos doutrinadores Eugênio Raúl Zaffaroni e José Henrique Pierangeli quanto à natureza administrativa da medida de segurança que dada a grave limitação da liberdade implica ser mais gravosa que a pena (2004, p. 119-121).

É importante salientar que a Lei da Reforma Psiquiátrica pouco colaborou para a mudança nas decisões dos tribunais, uma vez que, com muitas pesquisas a maioria dos acórdãos não levou em consideração os entendimentos após o ano de 2001. São raras as exceções onde reconhecem o impacto da Reforma Psiquiátrica no sistema que abrange as medidas de segurança. Corroborando com esse entendimento, a postura firme em face da ausência e omissão do ordenamento jurídico brasileiro, o STF fixa o prazo limite conforme o desprendimento acima, inviabilizando a pena perpetua imposto pela Constituição Federal (BRASIL, 2019).

Adentrando em outro viés o Supremo Tribunal Federal, também, vem decidindo sobre os semi-imputáveis e a possibilidade de aplicação de tratamento ambulatorial:

AÇÃO PENAL. Execução. Condenação a pena de reclusão, em regime aberto. Semi-imputabilidade. Medida de Segurança. Interação. Alteração para tratamento ambulatorial. Possibilidade. Recomendação do laudo médico. Inteligência do art. 26, §1º do Código Penal. Necessidade de consideração do propósito terapêutico da medida no contexto da reforma psiquiátrica. Ordem concedida. Em casos excepcionais, admite-se a substituição da internação por medida de tratamento ambulatorial quando a pena estabelecida para o tipo é a reclusão, notadamente quando manifesta a desnecessidade da internação (BRASIL, 2009).

Assim, em casos excepcionais como este poderá prevalecer o tratamento ambulatorial ao invés da internação, quando a pena a ser estabelecida seja reclusão e seja desnecessária a internação do paciente. Importante ressaltar que “um dos fundamentos expostos na decisão” pelos Ministros Cezar Peluso, Joaquim Barbosa, na presidência de Ellen Greicie, em votação unânime, “foi exatamente o fato de a Lei nº 10.216/2001 questionar a efetividade da custódia dos doentes mentais nos regimes asilares” e por optar pela desativação dos hospitais, por serem injustas essas formas de tratamento (CARVALHO, 2015, p. 512).

Como para ser revelado na matéria de direito como fonte de norma jurídica terá que haver uma pluralidade jurisprudencial em casos sobre o mesmo assunto. Pode então ser compreendido pelos acórdãos mencionados durante o texto que o STF possui um embasamento nos artigos 75 e seguintes do Código Penal e que por sua vez lida com o assunto afirmando que as penas não podem ser maiores que trinta anos e podendo também ser cominada com a pena do delito que o

paciente cometeu. Em vários acórdãos são mencionados os mesmos dizeres e explicações, apresentam então um papel importante, visto que muitas vezes as normas não são suficientes para discriminar e resolver os inumeráveis casos concretos. Abaixo se demonstra mais um caso em que o tribunal se manifestou na mesma linha de raciocínio (BRASIL, 2019).

EMENTA: PENAL. HABEAS CORPUS. RÉU INIMPUTÁVEL. MEDIDA DE SEGURANÇA. PRESCRIÇÃO. INOCORRÊNCIA. PERICULOSIDADE DO PACIENTE SUBSISTENTE. TRANSFERÊNCIA PARA HOSPITAL PSIQUIÁTRICO, NOS TERMOS DA LEI 10.261/2001. WRIT CONCEDIDO EM PARTE. I – Esta Corte já firmou entendimento no sentido de que o prazo máximo de duração da medida de segurança é o previsto no art. 75 do CP, ou seja, trinta anos. Na espécie, entretanto, tal prazo não foi alcançado. II - Não há falar em extinção da punibilidade pela prescrição da medida de segurança uma vez que a internação do paciente interrompeu o curso do prazo prescricional (art. 117, V, do Código Penal). III – Laudo psicológico que reconheceu a permanência da periculosidade do paciente, embora atenuada, o que torna cabível, no caso, a imposição de medida terapêutica em hospital psiquiátrico próprio. IV – Ordem concedida em parte para determinar a transferência do paciente para hospital psiquiátrico que disponha de estrutura adequada ao seu tratamento, **nos termos da Lei 10.261/2001**, sob a supervisão do Ministério Público e do órgão judicial competente. (HC 107432, Relator(a): Min. RICARDO LEWANDOWSKI, Primeira Turma, julgado em 24/05/2011, PROCESSO ELETRÔNICO DJe-110 DIVULG 08-06-2011 PUBLIC 09-06-2011 RMDPPP v. 7, n. 42, 2011, p. 108-115 RSJADV set., 2011, p. 46-50).

A impetrante no caso em questão solicitou, em síntese, que a medida imposta ao paciente se tornou perpétua, violando a integridade do princípio da dignidade da pessoa humana e da vedação das penas com caráter perpétuo, portando deveria o paciente ser transferido para o tratamento ambulatorial, onde seria acompanhado após vinte e seis anos de internação, ou que fosse extinta a medida de segurança. Porém, foi denegado o requerimento por ter comprovado em laudo médico que havia, ainda, periculosidade por parte do agente. Sendo assim, transferiram somente de HCTP, não o retirando da internação. A votação foi unânime e a fundamentação se embasou no artigo 75 e 96, parágrafo primeiro, ambos do Código Penal. Apesar de mencionar a Lei nº 10.216/2001 o órgão foi em desconformidade ao proposto na reforma, que tem como seu principal objetivo a diminuição de hospitais e longas internações, sendo que no caso em tela o paciente já está internado há mais de vinte anos (BRASIL, 2011, p. 01-13).

Por todo o exposto, além dos acórdãos do Supremo Tribunal Federal, conclui-se que a análise é crítica quando se observa o tema debatido neste trabalho.

Esse assunto tem feito os magistrados e operadores do direito a buscarem variadas soluções para todas as formas de conflito. A discrepância que ocasiona o período em que os pacientes devem ficar internados é tão exorbitante que reflete o caráter penoso da medida de segurança. A jurisprudência é uma forma de limite imposto quando não se há uma norma que combata as inconstitucionalidades e desacordos entre o ordenamento jurídico. Para o STF a medida de segurança tem um caráter punitivo e não administrativo, tendo, portanto que se encaixar nas normas sobre as penas. Ainda, estabelece que a periculosidade do condenado deva ser cessada e cominada a pena ao delito, respeitando por fim os trinta anos. Esse entendimento pode ser verificado nos acórdãos acima elencados (BRASIL, 2019).

4.3 CÓDIGO PENAL DE 1940, PROJETO DO NOVO CÓDIGO PENAL BRASILEIRO E A MEDIDA DE SEGURANÇA:

A premência de um novo Código Penal é evidente, desde sua aprovação em 1940, durante o Estado Novo e após o governo de Getúlio Vargas as normas eram confusas e descabidas, desde logo não atendiam as necessidades da população. As medidas de segurança eram aplicadas sucessivamente às penas, quando tivesse comprovada, ainda, a periculosidade do agente. Ao longo dos anos, foram formuladas diversas Leis Ordinárias adequando-as conforme as realidades da época (GONÇALVES; CINTRA, 2012, p. 544). Após o início dos anos 70 houve a primeira reforma significativa pela Lei nº 7.209/84, estão elencadas aqui, algumas delas:

A Lei n. 7.209/84, que reformulou toda a Parte Geral do Código de 1940, humanizou as sanções penais e adotou penas alternativas à prisão, além de reintroduzir no Brasil o festejado sistema dias-multa. No entanto, embora tenhamos um dos melhores elencos de alternativas à pena privativa de liberdade, a falta de vontade política de nossos governantes, que não dotaram de infraestrutura nosso sistema penitenciário, tornou, praticamente, inviável a utilização da melhor política criminal – penas alternativas -, de há muito consagrada nos países europeus. A falta de estrutura do sistema, de certa forma, empobreceu a criatividade dos Judiciários – estaduais e federais – na busca de solução de meios adequados para operacionalizar a aplicação, pelo menos, da prestação de serviço à comunidade, nos limites da reserva legal. Essa alternativa, a que melhor êxito tem na Europa, a partir da bem-sucedida experiência inglesa (1972), não demanda maiores custos, como bem demonstra a extraordinária experiência utilizada com sucesso na área metropolitana de Porto Alegre, desde 1987 (BITENCOURT, 2008, p. 47).

Porém, desde então as normas não estão mais suportando por todas as adversidades que a sociedade enfrentou durante esses anos. Sendo assim, foi apresentado ao Senado Federal um Projeto de Lei nº 236/2012, onde propõe instituir um novo Código Penal, sua última versão é datada de 17/12/2017 pelo Senador Vital do Rêgo com descrição “versão final com nota informativa”. Seu principal objetivo é corrigir graves falhas da primeira versão. Essas falhas incluem a expressa violação constitucional aos princípios da culpabilidade e legalidade. O Projeto levou em consideração doutrinas e jurisprudências já adotadas além, da Constituição Federal de 1988, consolidando assim, decisões e soluções já apresentadas durante todo o período de vigência do Código Penal de 1940 (BRASIL, 2012).

A primeira alteração é o artigo 26, foi substituída a nomenclatura dirigida às causas de imputabilidade ou semi-imputabilidade relacionadas à saúde mental do paciente, transformando os termos “desenvolvimento mental incompleto ou retardado e doença mental” por “transtorno ou deficiência mental” (BRASIL 1940). A psiquiatria adotou novas expressões para caracterizar a saúde mental do agente para preservar a dignidade humana.

Tabela 05. Comparação Código Penal de 1940 e Projeto 2012

Código Penal de 1940	Projeto do Novo Código Penal
<p style="text-align: center;">TÍTULO III DA IMPUTABILIDADE PENAL</p> <p>Inimputáveis Art. 26 – É isento de pena o agente que, por <u>doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado</u>, 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.</p> <p>Redução de pena Parágrafo único – A pena pode ser reduzida de um a dois terços, se o agente, em virtude de perturbação de saúde mental ou por desenvolvimento mental incompleto ou retardado não era inteiramente capaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.</p>	<p style="text-align: center;">TÍTULO III DA IMPUTABILIDADE PENAL</p> <p>Inimputabilidade Art. 29 - Considera-se inimputável o agente inteiramente incapaz de entender, ao tempo da ação ou omissão, o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento:</p> <p>I – <u>por transtorno ou deficiência mental</u>;</p> <p>II – por embriaguez completa ou outro estado análogo, proveniente de caso fortuito ou força maior;</p> <p>Imputável com pena reduzida Parágrafo único. A pena pode ser reduzida de um a dois terços, se a incapacidade era apenas parcial.</p>

--	--

O capítulo que determina as condições das medidas de segurança, que é o tema central desse trabalho, demonstra grandes avanços e adequações de acordo com a Lei da Reforma Psiquiátrica. Há muito tempo vem sendo debatido suas inconstitucionalidades e o projeto de lei se ateve muito a formação desse capítulo e as alterações necessárias. A priori, leva-se em consideração a criação de um novo parágrafo onde abrange o princípio da dignidade humana e das pessoas com deficiência. Essa modificação é muito importante para os pacientes, que atualmente não são respeitados como determina a legislação específica, tendo muitas vezes seus direitos violados, além do princípio da igualdade que anteriormente foi exposto, determinando o tratamento desigual aos desiguais na medida de suas desigualdades (CARVALHO, 2015, p. 521).

Tabela 06. Comparação Código Penal de 1940 e Projeto 2012

Código Penal de 1940	Projeto do Novo Código Penal
TÍTULO VI DAS MEDIDAS DE SEGURANÇA	TÍTULO VI DAS MEDIDAS DE SEGURANÇA
Espécies de medidas de segurança	Espécies de medidas de segurança
Art. 96 – As medidas de segurança são:	Art. 94. São medidas de segurança:
I – Internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou, à falta, em outro estabelecimento adequado;	I – internação compulsória em estabelecimento adequado;
II – sujeição a tratamento ambulatorial.	II – sujeição a tratamento ambulatorial.
Parágrafo único – Extinta a punibilidade, não se impõe medida de segurança nem subsiste a que tenha sido imposta.	<u>§1º Na aplicação das medidas de segurança deverão ser observados os direitos das pessoas com deficiência, inclusive os previstos na legislação específica.</u>
	§2º Extinta a punibilidade, não se impõe medida de segurança, nem subsiste a que tenha sido imposta.

Entre as mutações pontuais que se faziam necessárias para atualização do Código Penal de 1940 a adequação ao sistema de atenção a saúde da pessoa com transtorno mental da Lei 10.216/01, bem como a legislação específica das

peças com deficiência é urgente. As formas de aplicação no projeto ainda não estão adequadas na sua integralidade, mas, alguma das poucas mudanças vistas será analisada a seguir:

A priori, importante ressaltar a inclusão da pena máxima na medida de segurança. No Código vigente não há especificado o prazo limite de internação, tornando inconstitucional sua aplicação. Assim, no projeto do Senado Federal a pena não poderá primeiramente ultrapassar do limite de trinta anos, para que não se torne perpetua. Mas, abstratamente não resolverá se conforme disposto o Ministério Público ou responsável legal do paciente poderá requerer o prosseguimento da internação, não tendo no dispositivo a possibilidade de desinternação para aplicação do tratamento extra-hospitalar. Também há no inciso primeiro a alternativa da pena cominada que se caracteriza pelo tempo que a lei prevê como sanção a determinado comportamento. Posteriormente, o projeto ainda regulamenta a substituição da pena por medida de segurança para o semi-imputável, que modifica o prazo tendo em vista o tempo da pena de prisão que havia sido determinado. (BRASIL, 2012).

Tabela 07. Comparação Código Penal de 1940 e Projeto 2012

Código Penal de 1940	Projeto do Novo Código Penal
<p>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 devida ser de um a três anos.</p> <p>Perícia médica</p> <p>§ 2º - A perícia médica realizar-se-á ao termo do prazo mínimo fixado e devida ser repetida de ano em ano, ou a qualquer tempo, se o determinar o juiz da execução.</p> <p>Desinternação ou a liberação condicional</p>	<p>Art. 95. O prazo mínimo da medida de segurança devida ser de um a três anos.</p> <p>§1º Cumprido o prazo mínimo, a medida de segurança perdurará enquanto não for averiguada, mediante perícia médica, a cessação da periculosidade, <u>desde que não ultrapasse o limite máximo:</u></p> <p><u>I – da pena cominada ao fato criminoso praticado; ou</u></p> <p><u>II – de trinta anos, nos fatos criminosos praticados com violência ou grave ameaça à pessoa, salvo se a infração for de menor potencial ofensivo.</u></p>

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

§ 4º - Em qualquer fase do tratamento ambulatorial, poderá o juiz determinar a internação do agente, se essa providência for necessária para fins curativos.

Substituição da pena por medida de segurança para o semi-imputável

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

Direitos do internato

Art. 99 - O internado será recolhido estabelecimento dotado de características hospitalares e será submetido a tratamento.

§ 2º Atingido o limite máximo a que se refere o § 1º, poderá o Ministério Público ou o responsável legal pela pessoa requerer, no juízo cível, o prosseguimento da internação.

Perícia médica

§ 3º A perícia médica realizar-se-á ao termo do prazo mínimo fixado e deverá ser repetida de ano em ano, ou a qualquer tempo, se o determinar o juiz da execução.

Desinternação ou liberação condicional

§ 4º A desinternação, ou a liberação, será sempre condicional, devendo ser restabelecida a situação anterior se o agente, antes do decurso de um ano, pratica fato indicativo de persistência de sua periculosidade.

§ 5º Em qualquer fase do tratamento ambulatorial, poderá o juiz determinar a internação do agente, se essa providência for necessária para fins curativos.

Substituição da pena por medida de segurança para o semi-imputável

Art. 96. Na hipótese do parágrafo único do art. 29 deste Código, e necessitando o condenado de especial tratamento curativo, **a prisão pode ser substituída pela**

	<p><u>internação, ou tratamento ambulatorial, pelo tempo da pena de prisão, observado o § 2º do art. 95.</u></p>
--	---

Por fim, cabe concluir com convicção que as mudanças se fazem necessárias, o Código Penal vigente não comporta há muito tempo a realidade que o Brasil enfrenta hoje. O projeto 236/2012 do Senado Federal está sendo votado com o intuito de que os juízes parem de “legislar”, devendo então não haver mais decisões por omissão do ordenamento jurídico. A forma como é manuseada as pessoas com transtornos mentais e até mesmo outras áreas penais estão em desacordo com a Carta Magna e seus principais princípios. Porém, nessa nova proposta do Código Penal não se veem diferenças significativas. As leis impostas à sociedade devem atender aos anseios vividos por ela. O Brasil é um dos países mais violentos do mundo demandando de um ciclo onde os mesmos erros são comportados por anos de inércia perante o Código Penal. É necessária uma discussão detalhada sobre o projeto, que ainda não está literalmente nos moldes que é fundamental pela forma em que as situações criminais se encaminharam até hoje, mas o país está a um passo de sair da procrastinação (LEITE, 2015, p. 4-9).

4.4 CONSOLIDAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS NOS CASOS DE ILÍCITOS PENAIS POR PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL.

A indagação que se inicia esse tópico é sobre qual medida judicial seria aplicável e de acordo com os preceitos da Lei nº 10.216/2001? É totalmente descabida a possibilidade de reconhecer a responsabilidade penal à pessoa que possui transtorno mental. Portanto, a aplicação da medida de segurança poderia observar os mesmos critérios que os designados aos imputáveis, a dosimetria da pena para a definição da pena cabível e após isso analisar pelas circunstâncias do caso concreto se seria mais benéfico ao paciente ter um tratamento ambulatorial ou internação, essa decisão deveria ser tomada em conjunto com uma equipe médica para ter melhor embasamento (CARVALHO, 2015, p. 527-528). “Para o sujeito acometido, a qualidade de vida fica limitada, o que pode produzir isolamento e exclusão social. Para manter o tratamento desses sujeitos, são necessárias ações

“Intersetoriais” e com pluralidade de profissionais da saúde” (DRUMMOND; RADICCHI; GONTIJO, 2014, p. 70).

O plano terapêutico para esses pacientes implica sua inclusão nos espaços sociais, identificação de recursos que permitam estabelecer ações intersetoriais de rede e apoio social (família, jurídica, assistência social, segurança, artes, esportes) e atendimento multiprofissional compartilhado com as equipes de saúde da família em clínica supervisionada pelas equipes de saúde mental. Essa abordagem integral deverá contribuir para a redução do gasto público e familiar, bem como para a redução na perda de anos por incapacidade, permitindo a qualificação da assistência e melhor qualidade de vida (DRUMMOND; RADICCHI; GONTIJO, 2014, p. 79).

A prioridade para a Lei da Reforma Psiquiátrica é a diminuição e até a extinção de HCTPS para estabelecimentos com ambiente menos lesivo ao paciente como o de serviço comunitário. O Brasil, atualmente, é regido por um sistema único de saúde diretamente relacionado com as Políticas Públicas e um elo entre os direitos sociais e políticos. O Direito rege a relação entre Estado e Sociedade, tendo como estrutura fundamental a criação de Políticas Públicas para a solução pacífica e eficaz dos interesses conflitantes entre a sociedade e as pessoas com transtornos mentais. “Falar, portanto, sobre Políticas Públicas envolve necessariamente falar em direito normatizado, direito este que está refletido na Carta Magna de cada país, no nascimento do Estado, que é de onde se originam os direitos e deveres dos cidadãos.” (KOTLINSKI; GIULIANIS, 2012, p 304). Diante das propostas já observadas neste trabalho, visto que a probabilidade da implantação de um sistema de dosimetria da pena igual aos das pessoas absolutamente capazes, é pequena, fica a possibilidade que pode sustentar muito bem esta tese, sendo ela a transferência aos Centros de Apoio Psicossocial – CAPS que se encontra perfeitamente instalado no Sistema Único de Saúde, trazendo a erradicação da internação compulsória (CARVALHO, 2015, p. 530-532). Um ponto importante no âmbito das Políticas Públicas é a democracia social e o fator da desigualdade econômica que muitas vezes impede que pacientes possam gozar de áreas da saúde que existem, mas não são aplicadas.

Todo esse processo se insere num movimento maior de constituição de uma esfera pública que poderia ser mais bem caracterizada como esfera pública ampliada, uma vez que é uma extensão do Estado até a sociedade através da representação desta regida por critérios diferenciados da representação parlamentar ou mesmo sindical. Estamos entendendo esfera

pública como espaço de interação entre Estado e sociedade inseridos nas instituições estatais (TEIXEIRA, 200, p 103).

A organização de gestão das Políticas Públicas e Políticas Sociais é felizmente um assunto bem debatido no país. O desenvolvimento foi crescente tendo como principal o SUS, sendo um ponto de partida para a construção de outros programas muito importantes para os cidadãos. O Sistema Único de Saúde atende toda população, sendo aos que não possui condições de arcar com as custas de uma clínica privada ou até mesmo aqueles que tem possibilidade, mas preferem o sistema público. Abrangendo todo território nacional com recursos e princípios como a universalidade e gratuidade. “O Brasil tem um sistema de saúde mental inovador, centrado nos cuidados na comunidade, mas ainda enfrentando grandes desafios em sua aplicação. O advento do SUS permite que diversos fatores de mudança se aglutinem e as duas últimas décadas assistem à efetivação da reforma da assistência psiquiátrica brasileira.” (BRASIL, 2013, p 20-21).

Atualmente, os serviços e programas concedidos pelo governo propagam grande importância para a população. Há grandes avanços na área da saúde, obviamente muitos setores nessa área precisam de ajustes, mas, levando em consideração o sistema planejado como Centros de Atenção Psicossocial, Programa de Volta para Casa, os serviços residenciais terapêuticos, entre outros muito bem planejados para a comodidade da população. Assim, essas Políticas nada mais são que um setor dentro da política que analisa o governo à luz de grandes questões públicas importantes para o bem-estar sociais (DRUMMOND; RADICCHI; GONTIJO, 2014, p. 79).

Por fim, “a política brasileira contrasta com as recomendações de ações voltadas para cuidados essenciais dos principais transtornos mentais da população, que trabalham com base na criação de diretrizes de diagnóstico e tratamento.”. A atenção básica no momento deve ser para um grande investimento tanto por parte do Estado para a promoção dessas políticas, quanto por parte da Sociedade para o apoio. A visão que se deve ter aos pacientes que cometem ilícitos penais e que possuem transtornos mentais é através de persistência nas entidades de atenção psicossocial para que o paciente tenha maior autonomia, aumentando sua capacidade de interação com a sociedade sendo para estudar ou ganhar seu próprio dinheiro. Apesar de, atualmente o Brasil estar atrás de diversos países que tem

Políticas Públicas muito mais desenvolvidas para a área específica da saúde mental, a avaliação das Políticas brasileiras ainda é muito positiva. Tem a possibilidade de diversas ferramentas para a aplicação nas Medidas de Segurança, o que falta são agentes que permitam acesso ao tratamento de forma mais acessível e clara. Não existem somente os CAPS, que já ajudam muitas famílias, mas vários outros mecanismos para atingir a reforma total da inconstitucionalidade que habita hoje o ordenamento jurídico (BRASIL, 2013, p 32-40).

5 CONCLUSÃO

No Brasil a Lei da Reforma Psiquiátrica não está em harmonia com a legislação penal vigente. Foram diversas as razões expostas durante o presente estudo que teve como tema a medida de segurança e a análise do tempo indeterminado da pena e a Lei da Reforma Psiquiátrica, para chegar nesse contexto. Assim foi necessária estudar toda a história da saúde mental no país além dos princípios e evoluções históricas. A dificuldade para reinserir o paciente à sociedade é por omissão do ordenamento jurídico que, por sua vez, implica expressamente na Constituição Federal vedando o caráter perpetuo da pena, e no Código Penal que ficará internado o paciente até cessar a sua periculosidade.

A partir desse estudo, pode-se concluir que apesar de toda a evolução da psiquiatria, das legislações e história e principalmente com a Lei da Reforma Psiquiátrica, as medidas de segurança ainda estão ao relento, sem algo para se firmar, pois as contradições do ordenamento impedem que os pacientes possam se reinserir na sociedade e buscar sua cura longe das internações em massa. O agente que pratica o ilícito penal precisa de acolhimento e a única manifestação que ocorre é o afastamento dele perante a sociedade. As políticas públicas, como no caso o CAPS, foram criadas e servem para ampliar as possibilidades de tratamento, mas que não estão sendo utilizadas.

O objetivo dessa pesquisa foi cumprido e os resultados alcançados indicam que se o motivo para todo o percalço é a periculosidade então nada se pode fazer, já que se todas as pessoas estão propícias, mesmo que por um momento de fúria a serem perigosas, pois não será encarcerada toda a população brasileira. A aplicação da medida de segurança não pode ser considerada como pena e a melhor escolha seriam a ressocialização, em especial àquele que estão há anos internados sem perspectiva de vida e de cura. As pessoas internadas nesses hospitais vivem inteiramente dopados, com a suposta justificativa de que a sociedade não venha a se incomodar com possíveis ataques.

Assim, esta monografia ocupou-se em apresentar, no primeiro capítulo toda a história da saúde brasileira, a priori a saúde mental. Tendo como intuito ver se houve muitas evoluções, juntamente com os direitos humanos e fundamentais das pessoas com transtornos mentais no âmbito da ONU e da OEA. A Lei da Reforma Psiquiátrica como um movimento para a ascensão dos direitos humanos e

para mesmo com suas omissões sanar alguns vícios das legislações brasileiras. Além de, expor as diversas políticas públicas criadas para acabar com as internações em manicômios.

Ainda, nesse estudo, no segundo capítulo, foi contemplada a realidade da situação carcerária brasileira, com números e dificuldades enfrentadas pelo ordenamento jurídico para conter o crescimento da população que utiliza desses estabelecimentos. Foi abordada também a discussão sobre a Medida de segurança como pena ou como sanção administrativa trazendo o embate jurídico e a tutela das pessoas submetidas à medida de segurança e como o quadro social brasileiro é conturbado quando se analisa os aspectos oriundos da criminalidade e da falta de oportunidade a população. Além dos elementos principais da culpabilidade e a situação dos inimputáveis, analisou-se - as discussões da duração do prazo indeterminado da medida. Os danos aos pacientes são inevitáveis, perante os estudos, mas deve-se observar o menos danoso, se possível, para o paciente e toda a população sendo eles, conforme dispõe a legislação vigente, a utilização das políticas públicas como o CAPS e o programa “de volta pra casa”.

Como o objetivo geral da monografia foi o de analisar as medidas de segurança e a lei da reforma psiquiátrica, tendo como parâmetro o direito à saúde da pessoa com transtorno mental e que respectivamente é autora de ilícito penal, observou-se no terceiro e último capítulo formas de amenizar os transtornos psíquicos e a internação. O projeto do novo Código Penal que está em tramitação no Senado traz inúmeras mudanças positivas e o quadro comparativo levou a uma ampla visão do que pode melhorar, por mais que ainda não seja o projeto mais ideal, já está mais avançado tendo em vista que o Código vigente é de 1940. Em meio a isso, o STF vem tomando decisões repetidamente que são importantes para o pleno desenvolvimento do ordenamento jurídico.

Através da análise jurisprudencial, constatou-se que o Supremo Tribunal Federal determinou reiteradas vezes que a medida de segurança deve perdurar enquanto não haja cessado a periculosidade do agente, limitada, contudo, ao período máximo de trinta anos, mas primeiramente que seja analisado o período da pena cominada em seu máximo. Diante do problema proposto por esse estudo, a humanização tem como objetivo recuperar os pacientes e inseri-los na sociedade de forma consciente. Ainda é necessário avanço nas legislações e no pré-julgamento das pessoas, além da assistência da família do apenado e do Estado. A realidade do

sistema carcerário e dos HCTPS podem ser diferentes se houver todos esses engajamentos incluindo a área da saúde com a solidariedade de todos.

REFERÊNCIAS

AMADEU MATOS GONÇALVES (Portugal). Escola Superior de Enfermagem de Viseu. **A Doença e a Cura**: Um olhar Antropológico. Millenium: Revista de Educação, Tecnologia e Saúde, Viseu, v. 30, n. 8, p.159-171, 30 nov. 2004. Semestral. Disponível em: <<http://www.ipv.pt/millenium/Millenium30/13.pdf>>. Acesso em: 16 set. 2019;

AMARANTE, Paulo. **Loucos Pela Vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995. 136 p. 2ª reimpressão;

ARBEX, Daniela. **Holocausto Brasileiro**: Hospício no Brasil. 20. ed. São Paulo: Geração, 2013;

ATHAYDE, Celso; BILL, Mv; SOARES, Luiz Eduardo. **Cabeça de Porco**. São Paulo: Objetiva, 2005;

BASAGLIA, Franco. **A Instituição Negada**: relato de um hospital psiquiátrico. Rio de Janeiro: Graal, 1985;

BEM, Leonardo Schmitt de; MARTINELLI, João Paulo Orsini. A lei de reforma psiquiátrica: uma promessa ainda distante da realidade. **Revista Síntese Direito Penal e Processual Penal**, São Paulo, SP, v. 17, n. 97, p.9-23,, maio 2016;

BITENCOURT, Cezar Roberto. **Tratado de direito penal**. Vol. 1. 13 ed. atual. São Paulo: Saraiva, 2008.

BOARINI, Maria Lucia. **A loucura no Leito do procusto**. Maringá: Dental Press, 2006. 129 p;

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, 05 out. 1988;

BRASIL. Constituição (2004). **Portaria nº 52, de 20 de janeiro de 2004**. Institui o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS. Ministério da Saúde. Brasília, DF;

BRASIL. Constituição (2001). **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. Lei da Reforma Psiquiátrica. Brasília, DF;

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

BRASIL. Constituição (2003). **Portaria nº 2078, de 31 de outubro de 2003**. Institui a Comissão de Acompanhamento do Programa “De Volta Para Casa”. Ministério da Saúde. Brasília;

BRASIL. Constituição (2011). **Portaria nº 3088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde. Brasília;

BRASIL. Lei nº 2848, de 07 de dezembro de 1940. **Código Penal**. Brasília, DF, 07 dez. 1940;

BRASIL. **Decreto nº 24.559**, de 03 de julho de 1934. Dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e dá outras providências. Rio de Janeiro, RJ;

BRASIL. Projeto de Lei nº 236, de 10 de julho de 2012. **Projeto de Lei do Senado Nº 236, de 2012**: Novo Código Penal. Brasília, DF, 10 jul. 2012. Disponível em: <<https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/106404>>. Acesso em: 04 out. 2019;

BRASIL. Lei nº 7210, de 11 de julho de 1984. **Lei de Execução Penal**. Brasília, DF, 11 jul. 1984;

BRASIL. Márcia Rollemberg. Ministério da Saúde (Org.). **Mémoria da Loucura**. 2016. Secretaria Municipal de Saúde – Coord. de Saúde Mental/RJ. Disponível em: <<http://www.ccs.saude.gov.br/memoria%20da%20loucura/mostra/creditos.html>>. Acesso em: 07 out. 2019;

BRASIL. Resolução nº 05, de 04 de maio de 2004. **Resolução Nº 05 de 2004**: Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária. Brasília, DF;

BRASIL. Constituição (2015). Súmula nº 527, de 18 de maio de 2015. **Súmula 527, STJ**. Brasília, DF: Terceira Seção;

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Acórdão nº 84.219, Hc. Relator: Min. Marco Aurélio. Brasília, DF, 16 de agosto de 2005. **Diário Oficial da União**. Disponível em: <<http://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=AC&docID=79519>>. Acesso em: 03 nov. 2019;

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Acórdão nº 98.360, HC. Relator: Min. Ricardo Lewandowski. Brasília, DF, 04 de agosto de 2009. **Diário Oficial da União**. Disponível em:

<<http://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?Doctp=AC&docID=79519>>. Acesso em: 03 nov. 2019.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Acórdão nº 107.432, HC. Relator: Min. Marco Aurélio. Brasília, DF, 24 de maio de 2011. **Diário Oficial da União**. Disponível em: <<http://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=AC&docID=79519>>. Acesso em: 03 nov. 2019.

BRASIL. Marcos Vinícius Moura. Ministério da Justiça e Segurança Pública (Org.). **Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias: Atualização Junho/2017**. Brasília, 2017. (Departamento Penitenciário Nacional). Disponível em: <<http://depen.gov.br/DEPEN/depen/sisdepen/infopen/relatorios-sinteticos/infopen-jun-2017-rev-12072019-0721.pdf>>. Acesso em: 28 set. 2019;

BRASIL. STF **Repercussão Geral nº 855.178**, Dje de 16-3-2015, Tema 793. Relator: Luiz Fux. Brasília.

BITENCOURT, Roberto Cezar. **Tratado do Direito Penal: parte geral**. 19. ed. São Paulo: Saraiva, 2013;

CAMPOS, Adriano Luiz de. **No Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Florianópolis, somente são internados pacientes masculinos**. [mensagem pessoal] Mensagem recebida por: <hctp@deap.sc.gov.br>. Em: 11 nov. 2019.

CAPEZ, Fernando. **Curso de Direito Penal: Parte Geral**. São Paulo: Saraiva, 2009;

CAPEZ, Fernando. **Curso de Direito Penal: Parte Geral**. 20. ed. São Paulo: Saraiva, 2016;

CASTELLS, Manoel. **A Era da Informação: Economia, sociedade e cultura**. 2. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1999;

CAVALCANTE, Márcio André Lopes. **Direito Penal / Processual Penal: Súmula 527-STJ**. Dizer o Direito. São Paulo: Dizer O Direito, 2015;

CARVALHO, Salo de. **Penas e medidas de segurança no direito penal brasileiro**. 2. São Paulo Saraiva 2015 1 recurso online ISBN 9788502618800.

CARVALHO, Salo de; WEIGERT, Mariana de Assis Brasil e. **A punição do sofrimento psíquico no Brasil: reflexões sobre os impactos da reforma psiquiátrica no sistema de responsabilização penal**. Revista de Estudos Criminais, Sapucaia do Sul, RS, v. 11, n. 48, p.55-90, mar. 2013;

CIA, Michele. **Medidas de Segurança no Direito Penal brasileiro: A desinternação progressiva**. São Paulo: UNESP, 2011;

CORDEIRO, Quirino; LIMA, Mauro Gomes Aranha de. **Medida de Segurança: Uma questão de Saúde e Ética**. São Paulo: Cremesp, 2013. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo;

DINIZ, Denise Para. **Guia de Qualidade de Vida: Saúde e Trabalho**. 2. ed. São Paulo: Unifesp, 2013;

DRUMMOND, Bruno Lopes da Costa; RADICCHI, Antônio Leite Alves; GONTIJO, Eliane Costa Dias. Social factors associated with mental disorders with risk situations in the primary health care. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [s.l.], v. 17, n. 2, p.68-80, 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1809-4503201400060006>.

FEITOSA, Rafaela Rodrigues Santos. Por uma sociedade sem manicômios: advento da Lei ^o 10.216/2001. **Revista Síntese Direito Penal e Processual Penal**, São Paulo, SP, v. 17, n. 97, p.24-28, maio 2016;

FIRMINO, Hiram. **Nos Porões da Loucura**. São Paulo: Ecológico, 2014;
FOUCAULT, Michel. **O Nascimento da Clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1977. Roberto Machado;

FREITAS, Hannah Yasmine Lima. **A Lei Antimanicomial (Lei 10.216/2001) e as Medidas de Segurança Conteúdo Jurídico**, Brasília-DF: 02 nov 2019. Disponível em: <HTTPS://conteudojuridico.com.br/consulta/Artigos/46494/a-lei-antimanicomial-lei-10-216-2001-e-as-medidas-de-seguranca>. Acesso em: 02 nov 2019.

FRAGOSO, Heleno Cláudio. **Lições de Direito Penal: Parte Geral**. 16. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2003;

GONÇALVES, Paula Teixeira; CINTRA, Fausto Gonçalves. Código penal vigente e anteprojeto de código penal: uma análise sob a ótica do CSH - Critical Systems Heuristics. **Revista Gestão & Conhecimento: Sistemas Jurídicos**, Poço de Caldas, v. 01, n. 01, p. 540-556, 15 nov. 2012. Semestral. Disponível em: <HTTPS://www.pucpcaldas.br/graduacao/administracao/revista/artigos/esp1_8cbs/33.pdf>. Acesso em: 04 nov. 2019.

GOUVEIA, Wagner Comargo et al. **A Questão da Imputabilidade de Criminosos com Transtornos de Personalidade**. Intraciência Revista Científica, Guarujá, v. 14, n. 1, p.13-32, 10 dez. 2017;

GOFFMAN, Erving. **Manicômio, Prisão e Conventos**. 7. ed. São Paulo: Perspectiva, 2003;

IBGE (Org.). **Projeção de População**. 2019. Disponível em: <<www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/box>>. Acesso em: 16 set. 2019;

IBRAHIM, Elza. **Manicômio Judiciário: Da Memória Interrompida ao Silêncio da Loucura**. Curitiba: Appris, 2014;

KANTORSKI, Luciane Prado; SILVA, Graciette Borges da. **Ensino de Enfermagem: Reforma Psiquiátrica**. Pelotas: Universitária, 2001. 241 p;

KELSEN, Hans. **Teoria Pura do Direito: introdução à problemática científica do direito**. 8. Ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2012. J. Cretella Jr. e Agnes Cretella;

KLEIN, Alejandro; FREITAS, Claudia de; FONSECA, Maria Liana. **Abordagens Psicossociais: Reforma Psiquiátrica e Saúde Mental na Ótica da Cultura e das Lutas Populares**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2008. 335 p;

KOTLINSKI, Ana Maria Benavides; GIULIANIS, Alexandre Kotlinski. O Novo Paradigma de Políticas Públicas: Estado e Sociedade Civil, uma Esfera Ampliada. **Direito em Ação**, Brasília, v. 8, n. 1, p.299-319, 10 jan. 2012. Semestral. Disponível em: <file:///D:/TCC/O%20novo%20paradigma%20em%20pol%C3%ADticas%20p%C3%BAblicas.pdf>. Acesso em: 04 out. 2019;

LEONARDO, Liliane; LIVRAMENTO, Rafael Machado do. **As políticas públicas de saúde mental e a reforma psiquiátrica: um estudo de caso do processo de desinstitucionalização da doença mental nos municípios da AMREC**. Criciúma, SC: UNESC, 2005. 46;

MARQUES, Frederico José. **Tratado de Direito Penal**. 2. ed. Campinas: Millenium, 2002;

MATTOS, Virgílio de. **Uma Saída: Preliminares para a Desconstrução das Medidas de Segurança**. Rio de Janeiro: Revan, 2006. 238 p;

MARIA APARECIDA DINIZ (Brasil). Conselho Federal de Psicologia (Org.). **Inspeções em Manicômios: Relatório Brasil**. Brasília: DF, 2015. 175 p. OAB;

MIRANDA, Antônio Luis et al. **A políticas públicas de saúde mental e a reforma psiquiátrica: um estudo de caso do processo de desinstitucionalização da doença mental**. Criciúma: Unesc, 2005. 46 p;

NAÇÕES UNIDAS (Brasil). Organização das Nações Unidas (Org.). **Transtornos Mentais são responsáveis por mais de um terço no número total de incapacidades nas Américas**. 2019. Disponível em: <HTTPS://nacoesunidas.org/transtornos-mentais-sao-responsaveis-por-mais-de-um-terco-do-numero-total-de-incapacidades-nas-americas>. Acesso em: 16 set. 2019;

NERY JUNIOR, Nelson. **Princípios do Processo Civil na Constituição Federal**. 5. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1999;

NUCCI, Guilherme de Souza. **Código Penal Comentado**. 18. ed. Rio de Janeiro: Editora Forense, 2018. 1724 p;

OLIVEIRA, Simone de. Ministério Público do Rio Grande do Sul. **ATO INFRAACIONAL E POLÍTICAS PÚBLICAS: incursões críticas em torno dos mecanismos de prevenção da delinquência juvenil**. Revista do Ministério Público do RS, Porto Alegre, n. 78, p.35-56, 10 dez. 2015. Semestral. Disponível em:

<[HTTPS://www.amprs.com.br/public/arquivos/revista_artigo/arquivo_1473363773.pdf](https://www.amprs.com.br/public/arquivos/revista_artigo/arquivo_1473363773.pdf)>. Acesso em: 16 set. 2019;

OPAS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (Brasil). Organização Mundial da Saúde. **Transtornos Mentais**: Saúde Mental. 2018. Disponível em: <[HTTPS://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5652:folha-informativa-transtornos-mentais&Itemid=839](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5652:folha-informativa-transtornos-mentais&Itemid=839)>. Acesso em: 16 set. 2019;

PINTO FILHO, Marco Aurélio Florêncio. **Culpabilidade**: crítica à presunção absoluta do conhecimento da lei penal. São Paulo: Saraiva, 2017.

PRADO, Luiz Regis. **Curso de Direito Penal Brasileiro**: Volume I - Parte Geral. 16. ed. 2018: Thomson Reuters, 2018. 540 p;

REALE, Miguel. **Filosofia do Direito**. 19. ed. São Paulo: Saraiva, 2002. Disponível em: <[HTTPS://rl.art.br/arquivos/2906831.pdf](https://rl.art.br/arquivos/2906831.pdf)>. Acesso em: 09 set. 2019

SCHMIDT, João Pedro. **Para entender as políticas públicas**: aspectos conceituais e metodológicos. In: REIS, Jorge Renato; LEAL, Rogério Gesta (Org.). Direitos sociais e políticas públicas: desafios contemporâneos. Santa Cruz: EDUNISC, 2008. t. 8;

STONE, Michael. **A Cura da Mente**. Maringá: Artmed, 1999. 480 p;

VASCONCELOS, Eduardo Mourão et al. **Abordagens Psicossociais**: Reforma Psiquiátrica e Saúde Mental na Ótica da Cultura e das Lutas Populares. 2. ed. Rio de Janeiro: Hucitec, 2008. 335 p;

TEIXEIRA, Elenaldo C. **Conselhos de políticas públicas**: efetivamente uma nova institucionalidade participativa? In: CARVALHO, Maria C e TEIXEIRA, Ana C. (Org.) Conselhos gestores de políticas públicas. São Paulo: Pólis, 2000.

THORNICROFT, Graham; TANSELLA, Michele. **Boas Práticas em Saúde Mental Comunitária**. São Paulo: Manole, 2010. Melissa Tieko Muramoto.

TRINDADE, Jorge. **Manual de Psicologia Jurídica**: Operadores do Direito. 8. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2017. 1000 p.

Viana, I., & Souza, L. E. de. (2013). **Como são tratados os doentes mentais infratores?** Periculosidade, medida de segurança e Reforma Psiquiátrica. Revista De Direito Sanitário, 12(3), 161-176. [HTTPS://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v12i3p161--176](https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v12i3p161--176).

VIDEBECK, Sheila L. **Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012. Denise Regina de Sales, Regina Machado Garcez.

ZAFFARONI, Eugênio Raúl e PIERANGELI, José Henrique. **Manual de Direito Penal Brasileiro**. Parte Geral. 5ª ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2004;

ANEXO



