

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

TAÍS RÉGIA FREIRE DE SOUSA

HOSPITAIS DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO: INSTITUIÇÕES QUE
LEGITIMAM O DISCURSO DA PERICULOSIDADE E VALIDAM A VIOLÊNCIA
ESTATAL SOBRE O “CRIMINOSO-LOUCO”

Curitiba

2023

TAÍS RÉGIA FREIRE DE SOUSA

HOSPITAIS DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO: INSTITUIÇÕES QUE
LEGITIMAM O DISCURSO DA PERICULOSIDADE E VALIDAM A VIOLÊNCIA
ESTATAL SOBRE O “CRIMINOSO-LOUCO”

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado no curso de
Direito, no Setor de Ciências Jurídicas na Universidade
Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção de
bacharel em Direito.

Prof.^a Orientadora: Prof.^a Dra. Katie Silene Cáceres
Arguello.

Curitiba

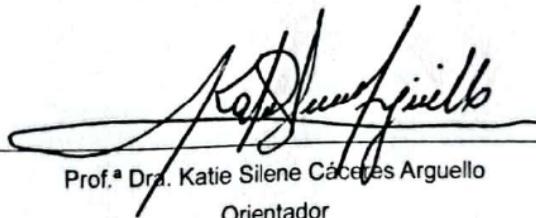
2023

TERMO DE APROVAÇÃO

HOSPITAIS DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO: INSTITUIÇÕES QUE LEGITIMAM O DISCURSO DA PERICULOSIDADE E VALIDAM A VIOLÊNCIA ESTATAL SOBRE O "CRIMINOSO-LOUCO"

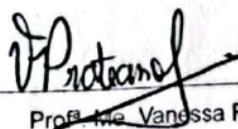
TAIS REGIA FREIRE DE SOUSA

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado como requisito parcial para obtenção de Graduação no Curso de Direito, da Faculdade de Direito, Setor de Ciências jurídicas da Universidade Federal do Paraná, pela seguinte banca examinadora:

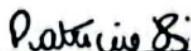


Prof.ª Dra. Katie Silene Cáceres Arguello
Orientador

Coorientador



Prof.ª Me. Vanessa Fogaça Prateano
1º Membro



Prof.ª Me. Patrícia Silveira da Silva
2º Membro

Aos meus pais que sempre estiveram ao meu lado nos momentos mais difíceis da graduação.

AGRADECIMENTOS

À minha família, em especial aos meus pais, Edilson e Tânia, que sem dúvida foram a minha maior fonte de apoio. Agradeço pela dedicação e incentivo que tiveram desde do meu primeiro dia de aula, por serem os primeiros a acreditarem no meu potencial e os únicos a serem minha base durante minha infância, adolescência e agora na fase adulta. Agradeço pelo acolimento aos meus choros, pois a graduação com certeza foi um dos momentos mais difíceis que já enfrentei. Agradeço, por tudo que abdicaram para garantir a melhor criação para mim e meu irmão.

Ao meu irmão, Eric, que mesmo diante de todas as dificuldades que o autismo trouxe, foi uma pessoa que me amou incondicionalmente e me fez olhar o mundo de uma maneira diferente. Obrigada, por ser esse menino incrível.

Às minhas amigas, em especial, Mariana, que desde do primeiro dia de aula como caloura em 2018, esteve ao meu lado, foi companheira de trabalhos, provas e preocupações. Obrigada, por ser essa pessoa admirável e por ter me acolhido quando estava sozinha. Sou grata também, à Amanda, Emily e Thais, que desde de 2019 foram uma fonte de apoio em todos esses anos de curso. Agradeço à todas pelas risadas e a ajuda, com certeza deixaram a minha passagem pelo curso de Direito mais leve.

Ao meu namorado, Gustavo, que nesses últimos meses de graduação, e no processo de escrita do TCC, me deu total apoio e incentivo. Sou muito grata pelo amor, companheirismo e pelos momentos em que me ajudou a levantar quando a caminhada era difícil.

À Prof.^a Katie Silene Cáceres Arguello pelo apoio e disponibilidade ao longo da orientação. E a todos os mestres que encontrei nessa jornada e que contribuíram imensamente na minha formação.

“A injustiça num lugar qualquer é uma ameaça à justiça em todo o lugar”

Martin Luther King Jr

RESUMO

O hospital de custódia e tratamento psiquiátrico é instituição que recebe aqueles sentenciados às medidas de segurança, nos quais em teoria não poderiam receber a sentença de pena comum, já que a eles não se pode atribuir a culpabilidade. Os internos que lá vivem são pessoas ainda mais marginalizadas, em virtude de, além de sofrerem com a hostilidade de terem cometido crimes, são vulneráveis em vista as doenças da mente. O objetivo desse Trabalho de Conclusão de Curso, portanto, é tecer críticas ao sistema que inviabiliza um tratamento psiquiátrico de qualidade nessas instituições, através de estudos e análises de pesquisadores que se dedicaram a examinar esta problemática. Além de buscar apreciar a realidade dos hospitais de custódia, é também intenção desse trabalho apontar os problemas que giram em torno do processo de determinação da medida de segurança. O judiciário brasileiro tem um papel importante nessa subjugação, pois ele é quem estabelece penas sem um limite máximo. Isto significa que, até cessar a periculosidade o juízo não pode determinar o fim da pena, contudo, o conceito de “criminoso-louco” e perigoso é algo muito subjetivo, logo há situações que a medida pode durar 1 ano e em outras a vida toda, já que muitas doenças psiquiátricas não tem cura.

Palavras-chave: Hospital de Custódia; Periculosidade; Medida de Segurança; Execução Penal.

ABSTRACT

The custody and psychiatric treatment hospital is an institution that receives those sentenced to security measures, in which, in theory, they could not receive the common sentence, since guilt cannot be attributed to them. The inmates who live there are even more marginalized people, because, in addition to suffering from the hostility of having committed crimes, they are vulnerable to mental illnesses. The objective of this Course Completion Work, therefore, is to criticize the system that prevents quality psychiatric treatment in these institutions, through studies and analyzes of researchers who have dedicated themselves to examining this problem. In addition to seeking to appreciate the reality of custodial hospitals, it is also the intention of this work to point out the problems that revolve around the process of determining the security measure. The Brazilian judiciary has an important role in this subjugation, as it is the one who establishes penalties without a maximum limit. This means that, until the dangerousness ceases, the court cannot determine the end of the sentence, however, the concept of "crazy-criminal" and dangerous is something very subjective, so there are situations in which the measure can last 1 year and in others the lifetime all, since many psychiatric illnesses have no cure. Does this mean that criminal law allows the inmate to remain in treatment in a custodial hospital forever?

Key-Words: Custody Hospital; Dangerousness; Security measure; penal execution.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO -----	10
2. CONSTRUÇÃO HISTÓRICA DAS INSTITUIÇÕES DE APRISIONAMENTO: OS HOSPITAIS DE CUSTÓDIA -----	11
2.1. ORIGEM INTERNACIONAL-----	11
2.2. ORIGEM NACIONAL-----	13
2.2.1. Manicômios brasileiros e a reforma psiquiátrica no Brasil-----	13
2.2.2. Os hospitais de custódia brasileiros-----	14
2.2.2.1. Como funcionam as instituições no Brasil? -----	14
2.2.2.2. O Código de 1940 e a reforma da parte geral de 1984-----	16
3. REFLEXÃO ACERCA DO “CRIMINOSO LOUCO” -----	18
4. SEGREGAÇÃO DA LOUCURA: PAPEL DA SOCIEDADE NO PROCESSO DE EXCLUSÃO -----	24
5. O PROCESSO PENAL E A MEDIDA DE SEGURANÇA -----	27
5.1. A CULPABILIDADE E O INIMPUTÁVEL-----	27
5.2. O IMPACTO DA DECISÃO DE AUTORIDADE NÃO COMPETENTE-----	29
5.3. EXISTE UMA PRISÃO PERPETUA NO BRASIL? -----	31
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS -----	32
REFÊRENCIAS	

1. INTRODUÇÃO

O Brasil é um país que historicamente legitimou o discurso médico-psiquiátrico de controle e administração do contingente de pessoas portadoras de doenças mentais de forma violenta. Sendo assim, o Estado mantinha, com força e violência, instituições destinadas ao tratamento psiquiátrico dos indivíduos de nossa nação. Os chamados manicômios mantiveram-se com uma macabra política de tratamento, que girava em torno do medo e da tortura.

Os manicômios estabeleciam medidas de controle social com a finalidade de excluir a existência de pessoas com doenças mentais, ou até mesmo silenciar inimigos políticos, prender pobres, esposas, homossexuais, meninas grávidas de seus patrões, ou quem fosse “inconveniente” na perspectiva daqueles detentores do poder.

Embora se tratem de instituições diferentes, os manicômios, por muito tempo, pouco se diferenciavam dos Hospitais de Custódia e de Tratamento Psiquiátrico (HCTP). A condição de “louco”, sempre foi vista como perigosa, por isso a existência de instituições que os aprisionam.

Para tanto, é válido destacar o discurso que gira em torno do “criminoso-louco” e a condição de perigoso do sujeito. Ambos são percepções subjetivas que deixam o judiciário à margem de provas técnicas que por muitas vezes não podem ser contestadas, já que um médico psiquiátrico em teoria tem respaldo para apresentar um laudo verdadeiro e fundamentado. A questão gira em torno de: diversos profissionais têm posições diferentes, e o judiciário não é uma instituição dotada de conhecimento para determinar qual é a correta. Assim, os indivíduos que necessitam de avaliação psiquiátrica não têm uma resposta objetiva quanto à sua condição psíquica.

Sendo assim, o trabalho a ser apresentado tem o objetivo de buscar perceber as invisibilidades dos pacientes dos hospitais de custódia, e reconhecer, desta maneira, suas carências. É de extrema importância colocar em destaque as contradições que são validadas pelas medidas de segurança.

Nesses termos, é fundamental que a construção do presente trabalho ocorra para além de um aparato teórico acerca das medidas de segurança. Também é ideal tecer críticas a respeito do processo e da execução das mesmas no atual sistema penal brasileiro.

Logo, todo o sistema que gira em torno do Hospital de Custódia, das medidas de segurança e do discurso do “criminoso-louco” devem ser revistos. Devendo ocorrer uma análise que preze pelo princípio da proteção da dignidade humana.

2. CONSTRUÇÃO HISTÓRICA DAS INSTITUIÇÕES DE APRISIONAMENTO: OS HOSPITAIS DE CUSTÓDIA

2.1. ORIGEM INTERNACIONAL

Antes de tudo, é essencial contextualizar o surgimento das instituições de aprisionamento do sujeito denominado “criminoso louco”. Michel Foucault, em sua obra “História da Loucura”, demonstra que as primeiras medidas de exclusão tomam forma com o desdobramento das consequências da lepra do período medieval na Europa. É somente com o passar dos séculos que os critérios de discriminação foram sofrendo mudanças.

É igualmente importante levar em consideração outra forma de exclusão percebida na história da humanidade, a perseguição mística feita na idade média.

Na idade média iniciou-se a predominância da loucura como possessão diabólica feita por iniciativa própria ou a pedido de alguma bruxa. Havia duas possibilidades de possessão, sendo a primeira o alojamento do diabo no corpo da pessoa, e a segunda a obsessão, na qual o demônio altera percepções e emoções da pessoa. Com o passar do tempo o enfoque diabólico foi descartado, prevalecendo a influência de Hipócrates e sua teoria patológica, na qual o delírio era marca da insanidade, sendo as perturbações intelectuais a condição principal para o diagnóstico da loucura.¹

Com o desdobramento desta, percebe-se outra influência no processo de supressão da loucura, que foi a perseguição às bruxas. A perseguição religiosa e social às mulheres no século XV também foi motor na construção das mais diversas formas de omissão. Mulheres que desafiavam a sociedade patriarcal e católica europeia eram marginalizadas e mortas, sob uma justificativa de proteção da sociedade.² Uma vez que a elas eram atribuídos todos os tipos de catástrofes que aconteciam na comunidade.

Sabe-se, portanto, que o primeiro passo para o surgimento das instituições, que aqui são objetos de estudo, foi a exclusão de uma minoria. No entanto, é importante considerar que antes dos manicômios a história é marcada pela criação de diversas casas de internamento. Destaque para o fato destes terem abrigado um em cada cem habitantes da capital francesa. Ainda, é sabido que de um poder absoluto ao qual utilizou o mandado régio e o sistema arbitrário de prisão. Apesar disso, pouco se sabe sobre a consciência jurídica que fez manter vivas essas práticas.³

¹FIGUEIREDO, M. L. de R., DELEVATI, D. M., & TAVARES, M. G. (2014). ENTRE LOUCOS E MANICÔMIOS: HISTÓRIA DA LOUCURA E A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL. Caderno De Graduação - Ciências Humanas E Sociais - UNIT - ALAGOAS, 2(2), 121–136

²FOUCAULT, Michel. Os anormais; São Paulo: Martins Fontes, 2001

³FOUCAULT, Michel. *História da Loucura na Idade Clássica*; trad. José Teixeira Coelho Neto. São Paulo: Perspectiva, 1989

Contudo, levando esses pontos em consideração, não é correto delimitar a história manicomial ao espaço europeu, diante disso, dar-se destaque aos árabes. Sobre a primeira instituição manicomial, o filósofo Michel Foucault faz a seguinte afirmativa:

Com efeito, **parece que no mundo árabe bem cedo se fundaram verdadeiros hospitais reservados aos loucos**: talvez em Fez, já no século VII, talvez também em Bagdá por volta do fim do século XII, certamente no Cairo no decorrer do século seguinte; neles se pratica uma espécie de cura da alma na qual intervêm a música, a dança, os espetáculos e a audição de narrativas fabulosas. São médicos que dirigem a cura, decidindo interrompê-la quando a consideram bem-sucedida. Em todo caso, talvez não seja por acaso que os primeiros hospitais de insanos da Europa tenham sido fundados exatamente por volta do começo do século XV na Espanha.⁴ (*grifo meu*)

Foucault ainda expõe que o desenrolar dessa história aconteceu de forma lenta no percurso da história ocidental. O medo do sujeito louco gradualmente se transformou em uma investigação da verdade sobre o assunto de doenças mentais no século XIX⁵. Até então, a realidade dos países europeus eram as casas de internamento, os chamados “asilos de loucos”, onde abrigaram milhares de indivíduos marginalizados da sociedade. Assim, no século XIX os asilos foram substituídos pelos manicômios, instituições específicas que aprisionavam indivíduos acometidos por algum tipo de doença mental.

Diante de uma nova ótica de repressão das pessoas com doenças mentais, a punição como tratamento se tornou realidade nessas instituições. Isso, portanto, abriu portas para a judicialização destas⁶.

Claro que com o passar dos séculos as formas de tratamento evoluíram, cita-se o apontamento de Foucault:

Tudo está em seu lugar, de um século a outro: primeiro o internamento, do qual procedem os primeiros asilos de loucos; daí nasce essa curiosidade -logo transformada em piedade, depois em humanitarismo e solicitude social — que permitirá a existência de Pinel e Tuke, os quais por sua vez provocarão o grande movimento de reforma — inqueritos dos comissários, constituição dos grandes hospitais, os quais finalmente dão início à época de Esquirol e à felicidade de uma ciência médica da loucura⁷.

Apesar da evolução do tratamento psiquiátrico, o aprisionamento como princípio de tratamento e controle ainda é presente na realidade do século XXI.

⁴ FOUCAULT, Michel. *História da Loucura na Idade Clássica*; trad. José Teixeira Coelho Neto. São Paulo: Perspectiva, 1989.

⁵ *ibidem*

⁶ MIRANDA, Andréa; BANDEIRA, Vitória; PACIENTE JUDICIÁRIO: O ESFORÇO COLETIVO NA QUEBRA DE PARADIGMA; X Congresso Nacional de Defensores Públicos; Rio Grande do Norte: 2011.

⁷ FOUCAULT, Michel. *História da Loucura na Idade Clássica*; trad. José Teixeira Coelho Neto. São Paulo: Perspectiva, 1989.

2.2. ORIGEM NACIONAL

2.2.1. Manicômios brasileiros e a reforma psiquiátrica no Brasil

Diante da influência europeia, as instituições que aprisionavam pessoas com doenças mentais chegaram ao Brasil. Assim, surge no final do século XIX o Asilo Pedro II, no Rio de Janeiro, no ano de 1853, bem como o Hospício São Pedro de Porto Alegre, hoje Hospital Psiquiátrico São Pedro-HPSP, inaugurado em 1884⁸. Deste modo, ao longo do século, os manicômios se mantiveram com uma macabra política de tratamento, que girava em torno de medo e tortura.

A demanda de uma reforma psiquiátrica no sistema de saúde brasileiro tornou-se necessária e de extrema urgência, principalmente com a percepção da situação dos centros manicomiais do Brasil. Pode se citar como exemplo, a grave situação de um dos maiores hospícios brasileiros, o hospital psiquiátrico de Barbacena, localizado no estado de Minas Gerais. O documentário⁹, baseado no livro¹⁰ de Daniela Arbex intitulado com o mesmo nome, “Holocausto Brasileiro”, vai tratar dos horrores sofridos pelos pacientes psiquiátricos internados no Hospital Colônia de Barbacena, que durante o século passado, viveram uma história de extermínio e negligência, sendo maior que 60 mil, o número de mortes que ocorreram nesta instituição.

Foi, então, em um contexto pela luta da democracia, no golpe militar de 1964, que a busca por direitos sociais se tornou mais evidente. Assim sendo, surge na década de 70 a luta contra os sistemas manicomiais de tratamento, revelando os horrores sofridos por pacientes internados em hospitais psiquiátricos, e assim, reivindicar uma reforma psiquiátrica¹¹. Nesse período a psiquiatria passa a ser entendida como ciência, e dado a isso, passa a ter mais destaque.

Deste modo surgia o primeiro projeto de lei, nº 3.657 do ano de 1989, levado ao legislativo, pelo Deputado Paulo Delgado, que propunha uma reforma na maneira ao qual eram tratados os tidos como loucos. Mas foi só doze anos depois que foi promulgada o primeiro ato

⁸RIBEIRO, P. R. M. Da psiquiatria à saúde mental: esboço histórico, *J bras Psiq.*48(2): 53-60, 1999.

⁹Holocausto Brasileiro. Direção: Daniela Arbex e Armando Mendez. Produção: Daniela Arbex e Alessandro Arbex. Roteiro: Daniela Arbex. Fotografia de Mauro Pianta. ANCINE, 2016. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=5eAjshaa-do>. Acesso em: 23 de set de 2022.

¹⁰ARBEX, Daniela. Holocausto brasileiro: Genocídio: 60 mil mortos no maior hospício do Brasil. 1. ed. Florianópolis – SC: Empório do Direito, 2017.

¹¹FERRAZZA, Daniele Andrade; ROCHA, Luiz Carlos da. SOBRE A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA: história e âmbitos atuais de luta. BARBARÓI: Revista do Departamento de Ciências Humanas da Universidade Santa Cruz do Sul, Santa Cruz do Sul, ed. 45, 2015.

normativo que trata do assunto, é ela a lei nº 10.216 de 2001 que “Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.”¹² Tornando-se desta forma um marco importantíssimo na luta antimanicomial.

2.2.2. Os hospitais de custódia brasileiros

2.2.2.1. Como funcionam as instituições no Brasil

Com a passagem do século e a chegada da República, em um contexto da crescente urbanização e o fim da escravidão, viu-se a necessidade de novas formas do exercício do poder de punir. Nesse sentido dar-se espaço para uma criminologia moderna, com o conhecimento voltado para a compreensão do homem criminoso e seus fatores externos, esse estudo se torna então, instrumento essencial para a viabilização de novos mecanismos de controle social¹³. Logo, o Estado acreditou ser importante a criação de novos meios que reforçassem o seu poder de punir.

A ausência de hospitais de custódia se mostrou uma realidade insustentável. Criminosos inimputáveis eram destinados aos asilos, mas lá não permaneciam por muito tempo. Diante da falta de estrutura de tais instituições, fugas e rebeliões eram uma realidade presente nos hospitais psiquiátricos¹⁴.

Logo, as instituições que até então eram responsáveis em abrigar o "delinquente louco", tais como asilos e prisões, se mostravam incapazes de recebê-los. Já que eles eram percebidos como habitantes de uma região intermediária entre a sanidade e a loucura. Logo, o cientista social Sergio Carrara faz a seguinte indagação: “seria considerado como uma solução final a construção dos Hospitais de Custódia?”¹⁵ Para os legisladores do século XX foi uma resposta aceitável para os problemas enfrentados nos manicômios brasileiros da época.

Desta forma, o efetivo reconhecimento dessa nova estrutura de aprisionamento ocorreu com a Lei dos Alienados. O Decreto lei nº 1.132, de 22 de dezembro de 1903, buscava “reorganizar a assistência a alienados”.

¹²BRASIL. Lei no 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, 2001.

¹³ ALVAREZ, Marcos César. A Criminologia no Brasil ou Como Tratar Desigualmente os Desiguais. DADOS: Revista de Ciências Sociais, Rio de Janeiro, v. 45, ed. 4, 2002.

¹⁴CARRARA, Sérgio. Crime e Loucura: o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1998.

¹⁵CARRARA, Sérgio Luis. A história esquecida: os manicômios judiciários no Brasil. Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum. 2010; 20(1): 16-29

Art. 1º O individuo que, por molestia mental, congenita ou adquirida, comprometter a ordem publica ou a segurança das pessoas, será recolhido a um estabelecimento de alienados.

§ 1º A reclusão, porém, só se tornará effectiva em estabelecimento dessa especie, quer publico, quer particular, depois de provada a alienação.

§ 2º Si a ordem publica exigir a internação de um alienado, será provisoria sua admissão em asylo publico ou particular, devendo o director do estabelecimento, dentro em 24 horas, communicar ao juiz competente a admissão do enfermo e relatar-lhe todo o occorrido a respeito, instruindo o relatorio com a observação medica que houver sido feita¹⁶.

Ou ainda, na inexistência de manicômios judiciários, a mesma lei determinava:

Art. 11. Em quanto não possuirem os Estados manicomios criminaes, os alienados delinquentes e os condemnados alienados sómente poderão permanecer em asylos publicos, nos pavilhões que especialmente se lhes reservem.¹⁷

Assim, no ano de 1921 foi criado o primeiro Hospital Judicial brasileiro no estado do Rio de Janeiro, ainda nos moldes de tratamento manicomialis.

Em 1921 surgiu o Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro, primeira instituição no gênero no Brasil e sua direção era do médico psiquiatra Heitor Pereira Carrilho, que chefiava até então a Seção Lombroso do Hospício Nacional de Alienados. Em 1950 passou a se chamar Manicômio Judiciário Heitor Pereira Carrilho e em 1986, a partir de novas reformas da legislação penal brasileira, passou a ser designado como Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Heitor Pereira Carilho¹⁸

Os manicômios, por muito tempo, pouco se diferenciavam dos Hospitais de Custódia e de Tratamento Psiquiátrico (HCTP), por mais que apresentassem fins diferentes. Assim, os Psicólogos Rodrigo Monteiro e José Araújo entendem que:

O surgimento da figura do louco criminoso e a demanda por um estabelecimento para confiná-lo acompanhou a discussão sobre as distinções entre culpa ou inocência, ao mesmo tempo em que os aparelhos jurídicos, policiais e médicos se articulavam para lidar com essa “nova espécie”. Com as novas categorias médicas, no século XIX, tomou-se a loucura como algo invisível, imprevisível e perigoso, já que, também nos indivíduos ditos normais, ela poderia estar adormecida, como condição permanente e hereditária¹⁹.

A condição de “louco”, sempre foi vista como perigosa, por isso a necessidade de existência de instituições que os aprisionam.

¹⁶ BRASIL. Decreto-Lei nº 1132, de 22 de dezembro de 1903. Reorganizar a assistência a alienados. [S. l.], 1903.

¹⁷ BRASIL. Decreto-Lei nº 1132, de 22 de dezembro de 1903. Reorganizar a assistência a alienados. [S. l.], 1903.

¹⁸ CARRARA, Sérgio Luis. A História Esquecida: os Manicômios Judiciários no Brasil. Rev. bras. crescimento desenvolv. hum., São Paulo, v. 20, n. 1, p. 17, abr. 2010.

¹⁹ MONTEIRO, Rodrigo Padrini; ARAUJO, José Newton Garcia. Manicômio Judiciário e Agentes Penitenciários: entre Reprimir e Cuidar. Psicologia: Ciência e Profissão, v. 38, 2018.pág. 148.

Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-3703000211962>. Acesso em: 23 set. 2022.

2.2.2.2. O código penal de 1940 e a reforma da parte geral de 1984

A repulsa de uma sociedade contra uma minoria era visível ao ponto de ser percebida na legislação brasileira. Nesse sentido, destaca-se o Código Civil de 1916.

Art. 5. São absolutamente incapazes de exercer pessoalmente os atos da vida civil:

I. Os menores de dezesseis anos.

II. Os loucos de todo o gênero.

III. Os surdos-mudos, que não puderem exprimir a sua vontade.

IV. Os ausentes, declarados tais por ato do juiz²⁰. (*grifo meu*)

Para além de serem declarados absolutamente incapazes dos atos da vida civil, eram qualificados de forma pejorativa. Essa perspectiva pouco difere daquela encontrada no direito penal.

O artigo 29 do Código Penal de 1890, traz a ideia de uma defesa social da sociedade por meio da exclusão, “Art. 29. Os indivíduos isentos de culpabilidade em resultado de afecção mental serão entregues a suas famílias, ou recolhidos a hospitaes de alineados, si o seu estado mental assim exigir para segurança do público.”²¹

Com um novo Código Penal, em 1940, esperou-se uma mudança eficiente quanto a responsabilização dos inimputáveis. Mas, percebe-se que manteve sua característica autoritária.

No código antes da reforma prevalecia o sistema do duplo binário, isto é, o réu sendo considerado perigoso, permitia-se ao juiz a aplicação de pena mais medida de segurança. Assim, terminada a prisão, o sujeito permanecia detido até ser percebido o fim da periculosidade²². A consequência da combinação da aplicação de penas é uma “deterioração da segurança jurídica”, tornando-se um “instrumento de neutralização de ‘indesejáveis’, devido à institucionalização prolongada²³.

Antes da reforma, o indivíduo inimputável (inteiramente incapaz), e o sujeito semi-imputável, que no momento do crime não teria consciência do fato delituoso, eram dois sujeitos que recebiam penas diferentes, mesmo observado a falta de compreensão da ilicitude de ambos.

²⁰ BRASIL. Lei nº 3.071, de 1 de janeiro de 1916. Código Civil dos Estados Unidos do Brasil. [S. l.], 1916.

²¹BRASIL. Decreto no 847, de 11 de outubro de 1890. Promulga o Código Penal, 1890.

²² NUCCI, Guilherme de S. Manual de Direito Penal. Rio de Janeiro: Grupo GEN, 2022. E-book. ISBN 9786559642830. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786559642830/>. Acesso em: 26 set. 2022.

²³ ZAFFARONI, Eugenio Raúl; PIERANGELI, José Henrique. Manual de Direito Penal Brasileiro, Parte Geral. 2011, p. 200.

A diferença é que a este último não seria aplicado a medida de segurança. A ele era destinado a pena e cumulativamente a medida de segurança.

Art. 22. 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 criminoso do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.

Parágrafo único. A pena pode ser reduzida de um a dois terços, se o agente, em virtude de perturbação da saúde mental ou por desenvolvimento mental incompleto ou retardado, não possuía, ao tempo da ação ou da omissão, a plena capacidade de entender o caráter criminoso do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento²⁴.

Em 1969, chegou uma nova reforma, ainda repressiva, que manteve o caráter autoritário das medidas de segurança. Mas foi somente em 1980 que foi criada uma comissão de reforma da parte geral do Código Penal, que traria mudanças efetivas.

O ano de 1984 traz um marco para o Direito Penal, que é a reforma na parte geral, mas sem modificá-la por completo. Passa-se a prevalecer o sistema vicariante, isto é, o juiz aplicará alternativamente ou a pena comum ou a medida de segurança. O réu, como imputável no tempo do crime, a ele será direcionada a pena de reclusão, se for inimputável caberá medida de segurança. Logo, deixa de ser um complemento da pena passando a ser exclusivamente medida substitutiva da pena ou medidas autônomas²⁵.

Assim, é percebida outra mudança, foi afastada a declaração de periculosidade dos réus imputáveis. No qual, mesmo verificado o caráter horrendo do crime, no momento do fato típico se ele está consciente de seus atos, não caberia a medida de segurança. A todos os imputáveis é cabível o cumprimento da pena.

E ao contrário do que alguns pensam, essa medida não afasta o caráter punitivista do sistema penal. Afirmar que acabar com o sistema dualista da pena diminui a punição do criminoso vai contra a realidade brasileira, uma vez que, ao longo das décadas, o índice da população carcerária brasileira vem aumentando.

O problema no qual a reforma não levou em consideração na aplicação das medidas de segurança ao portador de transtorno mental foi o fato de se estabelecer penas que tendem a eternidade, *ad eternum*, bem como a falta de previsibilidade das penas sob a justificativa da “periculosidade”. Privando-o de garantias constitucionais e processuais, assunto abordado a seguir.

²⁴ BRASIL. Decreto-Lei no 2.848 de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. Diário Oficial de 31 de dezembro de 1940. Art. 22

²⁵ JÚNIOR, Reale Miguel; DOTTI, René Ariel; ANDREUCCI, Ricardo Antunes; PITOMBO, Sérgio M. de Moraes. Penas e Medidas de Segurança no Novo Código. Rio de Janeiro: Forense, 1985, p. 290.

3. REFLEXÃO ACERCA DO “CRIMINOSO LOUCO”

A Alemanha, no início do século XX, foi marcada pela ciência penal pura, trazendo o apego pela razão abstrata, formal e dedutiva. Em contraposição, surge a escola sociológica alemã, ou ainda escola de política criminal, a favor de um estudo sociológico com a finalidade de enfrentar a criminalidade. O pensamento dessa nova escola mantém algumas ideias já construídas, como a distinção entre imputabilidade e inimputabilidade e mantém a pena vinculada à culpabilidade. Entretanto, traz novas propostas como a substituição do critério do livre arbítrio dos clássicos pelo critério da normalidade, bem como, desenvolve a noção de periculosidade (estado perigoso), ligado diretamente às medidas de segurança²⁶. Em suma, os seus estudos estão diretamente ligados a um aspecto sociológico do delito, e não mais dogmático.

Outra teoria criminológica diretamente ligada ao conceito de periculosidade é a teoria positivista italiana. Mas diferente da primeira, essa expõe um caráter dogmático do criminoso. Isto é, há uma preocupação em defender que o crime é predisposto por um sujeito específico. Por isso, uma de suas preocupações é responder “por que alguém pratica o crime?”.

Lombroso, grande nome da escola positivista italiana, em sua obra *O Homem Delinvente* (1876), traz um relatório acerca das características físicas e mentais do criminoso (muitos deles classificados como loucos e anormais). Expondo uma série de observações e conclusões sobre seus comportamentos, vícios, feições, estruturas físicas e habilidades. Acredita na pena como tratamento e não como um castigo, já que o fator biológico seria determinante para a prática do crime.²⁷

No mesmo caminho, destaca-se Raffaele Garofalo, outro nome importante da escola positivista, defende que o crime está no indivíduo, com isso, consegue demonstrar a relação entre periculosidade e medida de segurança²⁸. Assim, conseguiu desenvolver o conceito de periculosidade.

Desenvolveu o conceito de temibilidade ou de periculosidade, que pode ser resumida como **a probabilidade e a potencialidade do mal voltar a ser praticado pelo criminoso condenado, fazendo necessária a aplicação de uma medida de segurança, que buscaria erradicar a inadaptação do indivíduo à vida em**

²⁶ VEIGA, Marcelo. *Criminologia*. (Coleção Método Essencial). Rio de Janeiro: Grupo GEN, 2022. E-book. ISBN 9786559645749. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786559645749/>. Acesso em: 28 set. 2022.

²⁷ NUCCI, Guilherme de S. *Criminologia*. Rio de Janeiro: Grupo GEN, 2021. E-book. ISBN 9786559641437. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786559641437/>. Acesso em: 28 set. 2022.

²⁸ *ibidem*

sociedade – sendo que esse tratamento deveria durar o tempo que fosse necessário²⁹. (Grifo meu)

Tanto a periculosidade como a linha de raciocínio da teoria positivista italiana acreditam em um potencial delitivo de certos indivíduos. Ou seja, o indivíduo leva consigo a possibilidade de praticar ato típico contra si ou contra terceiros. Logo, segundo a tese de doutorado de Mariana de Assis Brasil Weigert³⁰, pode-se afirmar que a “periculosidade entendida no discurso jurídico como um estado ou um atributo natural do sujeito”.

Ainda, é válido lembrar a crítica feita por Zaffaroni em vista dos critérios de periculosidade atribuídos ao indivíduo, como sendo uma das justificativas para a teoria positivista. Zaffaroni reflete³¹, “acrescente-se que uma das pretensões mais ambiciosas dessa equívoca criminologia etiológica individual era realizar o velho sonho positivista: medir a periculosidade” (tradução livre)³².

A legitimação do discurso da “periculosidade” é a porta de entrada para manter os indivíduos dentro das instituições de aprisionamento. Esse discurso tanto justifica a prisão daqueles no sistema carcerário comum, como os sujeitos às medidas de segurança. Contudo, delimitar o estado “perigoso” do sujeito não é uma tarefa concreta, pois ninguém consegue objetivamente delimitar se o indivíduo vai ou não cometer ato ilícito no futuro.

Segundo Ronya Soares de Brito e Souto, a partir da presunção de perigoso do sujeito, “a criminalidade passa a ser encarada como fenômeno natural de origem bio-psico-social em que o delinquente, fatalmente marcado pelo causalismo determinista, fica a mercê dos vagos critérios de definição da periculosidade definidos na intencionada junção entre direito e psiquiatria”³³.

Diante do raciocínio de Ronya Souto, é certo apontar que a periculosidade do condenado é uma ficção, pois é baseada no preconceito de suas ações moralmente condenadas pela sociedade. Ou seja, são pontos muito subjetivos e com falta de clareza que determinam a permanência ou não da prisão do delinquente. É importante, na presente discussão, entender

²⁹ VEIGA, Marcelo. Criminologia. (Coleção Método Essencial). Rio de Janeiro: Grupo GEN, 2022. E-book. ISBN 9786559645749. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786559645749/>. Acesso em: 28 set. 2022.

³⁰ WEIGERT, Mariana De Assis Brasil, Medidas de Segurança e Reforma Psiquiátrica: Silêncios e Invisibilidades nos Manicômios Judiciários Brasileiros. Florianópolis, SC: Empório do Direito, 2017.

³¹ ZAFFARONI, Eugênio Raul. Criminologia: Aproximacion desde un margen. 1. ed. Bogotá - Colombia: Editorial Temis, 1988. p. 244.

³² “cabe añadir que una de las pretensiones más ambiciosas de esta criminología etiológica individual equívoca fue la de hacer realidad el viejo sueño positivista: medir la peligrosidad”

³³ BRITO, Ronya Soares de. Medidas de Segurança: Da Criminalização da Doença aos Limites do Poder de Punir. Crítica à Execução Penal, org. Salo de Carvalho, Editora Lumen Juris: Rio de Janeiro, ed. 2, 2007.

que a periculosidade segue sustentando o discurso que mantém os sujeitos em regime de medida de segurança.

Corroborando com essa afirmação, o fato de que o Código de Processo Penal pontua que a medida de segurança só pode acabar quando cessada a periculosidade do agente. Assim destaca-se: “Art. 715. Se tiver sido imposta medida de segurança detentiva, o livramento não poderá ser concedido sem que se verifique, mediante exame das condições do sentenciado, **a cessação da periculosidade.**”³⁴ (Grifo meu).

Reflete Juarez Cirino que a crise das medidas de segurança se dá em torno das inconsistências trazidas pelos seguintes fundamentos: a) previsão de crimes futuros, fundada na periculosidade do autor; b) eficácia das medidas de segurança para evitar crimes futuros³⁵. Isso, por consequência, nos faz refletir sobre as inconsistências desses, pois é impossível prever o comportamento futuro de qualquer sujeito.

O termo “periculosidade”, contemporaneamente, ainda é relacionado à loucura. Mas, é importante perceber que “(...) o conceito de periculosidade não possui nenhum fundamento científico, sendo fruto muito mais de um preconceito oracular sobre o futuro comportamento problemático (‘desviante’, ‘criminoso’) do cidadão problemático (seja criança, adolescente, adulto ou idoso) do que propriamente de uma situação concreta”³⁶

Em um contexto que o próprio conceito de perigo é algo subjetivo, torna incerto moldar esta ideia. Isso implica na falta de precisão das decisões.

O sistema usado em quase todo o mundo, inclusive no Brasil, de apoiar-se a decisão judicial num critério subjetivo como a periculosidade, assim como considerar o médico psiquiatra forense como o técnico habilitado a medi-lo com precisão científica, levam a uma situação onde após o juiz arbitrar que o paciente deve ser contido pela medida de segurança, o médico psiquiatra forense é quem passa a decidir a cada ano (ou a cada três anos) se o paciente deve ou não continuar detido³⁷.

Pelo exposto, é importante compreender que a periculosidade é um termo que existe, mas que também é um conceito construído socialmente para inserir no sujeito arbitrariamente.

³⁴ BRASIL. Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941. Código de Processo Penal. [S. l.], 13 out. 1941.

³⁵ DOS SANTOS, Juarez Cirino. Direito Penal: Parte Geral. 5. ed. rev. atual. e aum. Florianópolis: Conceito Editorial, 2012. pág 606.

³⁶ MATTOS, Virgílio de. Crime e Psiquiatria: Uma Saída: Preliminares para a Desconstrução das Medidas de Segurança. Rio de Janeiro: Revan, 2006.

³⁷ NEVES, Gabriel. Manicômio ou Presídio? A Imputabilidade Penal. In CORONEL, Luiz Carlos Illafont.(org.).Psiquiatria legal. Porto Alegre: Conceito, 2004.

Segundo o critério adotado em nossa legislação penal, o inimputável por doença mental é presumidamente perigoso, sendo obrigatória a aplicação de medida de segurança, que consiste na internação em hospital de custódia ou tratamento psiquiátrico.

Ainda, é através desse discurso que “as medidas de segurança detentivas (ou estacionárias) e restritivas (ou ambulantes) possuem idênticos fundamentos metodológicos: a) previsão de crimes futuros, fundada na periculosidade do autor; b) eficácia das medidas de segurança para evitar crimes futuros”³⁸. Em suma, esse discurso legitima a prorrogação de uma pena, ou seja, a medida de segurança eventualmente pode se estender ao infinito, diante do argumento do jurista Juarez Cirino.

O nosso código penal trata o sujeito inimputável como presumidamente perigoso, obrigando da internação em Hospital de Custódia. Se pensarmos na literalidade do termo inimputável, a internação deste em instituição própria não seria opção, pois:

Se o agente não possui aptidão para entender a diferença entre o certo e o errado, não poderá pautar-se por tal compreensão e terminará, vez ou outra, praticando um fato típico e antijurídico sem que possa por isso ser censurado, isto é, sem que possa sofrer juízo de culpabilidade³⁹.

Tal ação demonstra a atuação paradoxal do sistema penal brasileiro, tendo em vista que, por se tratar de imputável não é cabível sua condenação, mas sob o pretexto da “periculosidade” do sujeito, estes devem permanecer sob a tutela do poder estatal.

Nesse sentido, cabe destacar as palavras da juíza Maria Lucia Karam:

A idéia de “periculosidade” não se traduz por qualquer dado objetivo, ninguém podendo, concretamente, demonstrar que A ou B, psiquicamente capaz ou incapaz, vá ou não realizar uma conduta ilícita no futuro. **Já por isto, tal idéia se mostra incompatível com a precisão que o princípio da legalidade, constitucionalmente expresso, exige de qualquer conceito normativo, especialmente em matéria penal.** A “periculosidade” do inimputável é uma presunção, que não passa de uma ficção, baseada no preconceito que identifica o “louco” — ou quem quer que apareça como “diferente” — como “perigoso”⁴⁰. (Grifo meu)

Pensar a periculosidade como condição de internamento motiva analisar as questões instrumentais do direito penal, principalmente quando delimitado a condição de “louco”.

³⁸ CIRINO, Juarez. Direito Penal: Parte Geral. 5. ed. rev. atual. e aum. Florianópolis: Conceito Editorial, 2012.

³⁹ NUCCI, Guilherme de S. Manual de Direito Penal. [Digite o Local da Editora]: Grupo GEN, 2022. E-book. ISBN 9786559642830. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786559642830/>. Acesso em: 01 out. 2022.

⁴⁰ KARAM, Maria Lúcia. Medidas de Segurança: punição do enfermo mental e violação da dignidade. Revista Verve: 2002, pág. 8.

O termo “loucura” passa a ser utilizado de forma natural, aplicado nos mais diversos fins. E acompanhado pelo conceito de periculosidade, proporciona uma base para a política penal justificar a segregação do criminoso⁴¹. O sistema penitenciário brasileiro atual, diante dos últimos anos de governo conservadores, quer mais motivos que legitimam a prisão da classe pobre, por isso trazer à tona a loucura é um dos meios para atingir esse fim.

O crime sempre será visto como sintoma de doença psíquica⁴². Acreditar no crime como uma curva fora da razão é o comum, pois é mais fácil condenar o indivíduo à loucura quando comete algo moralmente errado. Isso inviabiliza a luta contra as doenças da mente, e daqueles que realmente precisam do tratamento psiquiátrico. É mais fácil relacionar os horrores do crime com a loucura do que compreender a maldade humana.

Diante disso, é essencial construir um pensamento crítico a respeito do criminoso louco, afastar a concepção da loucura como pré-requisito do delito. Entender a loucura como doença da *psi* é o primeiro passo para o debate acerca do tratamento do indivíduo inimputável.

Por isso deve-se lembrar que, quando se diz que todo criminoso é louco, a presente afirmação não é dotada de veracidade, já que presos tidos como “normais” têm plena consciência daquilo que fazem, ou seja, cometer ato criminoso não pressuposto para declarar alguém como insano.

A medida de segurança surge na necessidade de assegurar ao portador de doença psíquica em conflito com a lei, às garantias mínimas que regem a execução da pena. A garantia de um maior grau de racionalidade na pena, preservando os direitos fundamentais, é ponto essencial na determinação da medida de segurança.

Contudo, ela não é meio totalmente eficaz, pois a finalidade do tratamento é a melhora do paciente, e isso na realidade da medida de segurança impede estabelecer um prazo máximo para esta, ou seja, não determinação de um tempo total, conseqüentemente há possibilidade de perpetuidade da sanção

Além disso, nossa legislação penal impõe um período mínimo a ser cumprido. Enquanto não afastada a periculosidade do sujeito, o juiz estende a duração do tratamento. Diante disso, não é perceptível o caráter terapêutico da medida de segurança, uma vez que a imposição de tempo mínimo, nas palavras de Mariana Weigert:

demonstra a adoção subliminar de um sentido retributivo da sanção aos doentes mentais que praticam fatos previstos como crime, visto que mesmo ocorrendo a

⁴¹ WEIGERT, Mariana De Assis Brasil, *Medidas de Segurança e Reforma Psiquiátrica: Silêncios e Invisibilidades nos Manicômios Judiciários Brasileiros*. Florianópolis, SC: Empório do Direito, 2017.

⁴² CARRARA, Sérgio Luis. *A História Esquecida: os Manicômios Judiciários no Brasil*. *Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.* São Paulo, v. 20, n. 1, p. 17, abr. 2010.

cessação de periculosidade antes desse prazo, fato que tornaria sem sentido a manutenção da medida em sua finalidade terapêutica, o paciente deve necessariamente seguir submetido ao controle penal⁴³.

A imposição de limites mínimos e a ausência de limites máximos significa que o fato delituoso passa a ser visto como fenômeno natural inerente ao delinquente, consequência dos critérios vagos de periculosidade.

À vista disso, deve-se mostrar outro olhar acerca do sujeito inimputável e a "loucura". O mundo já assistiu aterrorizado, no século passado, os genocídios legitimados por ordens jurídicas totalitárias. Por mais que tenha percebido a evolução na proteção dos direitos humanos, o "criminoso louco" ainda é testemunha de invisibilidades. Assim, é inadmissível prosseguir com o abandono de pessoas sob a justificativa da manutenção de um sistema, dogmático, da execução da pena.

⁴³ WEIGERT. Mariana De Assis Brasil, Medidas de Segurança e Reforma Psiquiátrica: Silêncios e Invisibilidades nos Manicômios Judiciários Brasileiros. Florianópolis, SC: Empório do Direito, 2017.

4. SEGREGAÇÃO DA LOUCURA: PAPEL DA SOCIEDADE NO PROCESSO DE EXCLUSÃO.

O termo “loucura” é caracterizado por ser genérico, e é ordenado por um aparato do senso comum. Portanto, baseia-se no conjunto de experiências e concepções de uma sociedade acerca da percepção sobre o sujeito acometido com doenças da *psi*⁴⁴. Por muito tempo pouco se sabia sobre o tema, por isso o uso do termo tornou-se comum e mais conveniente.

Apesar dos avanços da ciência ao longo dos anos, percebe-se uma carência de precaução por parte de toda uma sociedade na luta contra as doenças da mente. Mesmo no século XXI quase um bilhão de pessoas vivem acometido com algum tipo de transtorno mental, e além disso, o suicídio foi responsável por mais de 1 em cada 100 mortes no mundo⁴⁵.

O estigma do cuidado com a saúde mental é algo, infelizmente, já incorporado pela sociedade brasileira. Isso, por consequência, faz com que a discriminação negativa do sujeito com transtorno mental gere desvantagens não só a ele, mas a toda uma esfera que gira a seu redor. O preconceito aos cuidados da saúde mental, induz, portanto, a oferta de tratamentos de má qualidade.

É difícil oferecer tratamento de qualidade, com uma boa assistência psiquiátrica, para essa parcela tão numerosa da sociedade, quando ela nega a existência de indivíduos que precisam de ajuda para cuidar dos problemas da mente.

A falta de sensibilidade com tratamentos psiquiátricos também reflete na realidade das instituições hospício-prisão.

O hospital psiquiátrico de Barbacena, localizado no interior de Minas Gerais, é um grande exemplo da segregação da loucura. A instituição foi palco de um dos maiores genocídios do século XX no Brasil, com mais de 60 mil mortes. Esse número tão alto foi reflexo da falta de olhar sobre as pessoas com deficiência.

Cerca de 70% das pessoas que lá viviam não tinham nenhum histórico de doença psiquiátrica, eram somente indivíduos que causavam algum tipo de incômodo nos mais poderosos⁴⁶.

⁴⁴CRUZ, Leandra Brasil da. LOUCURA E IMAGINÁRIO SOCIAL NA LITERATURA BRASILEIRA: PASSAGEM DO SÉCULO XIX PARA O SÉCULO XX. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, Florianópolis, v. 9, ed. 22, 5 jul. 2017

⁴⁵ Organização Pan Americana de Saúde; OMS destaca necessidade urgente de transformar saúde mental e atenção; Publicação: 17 jun. 2022; Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/17-6-2022-oms-destaca-necessidade-urgente-transformar-saude-mental-e-atencao> ; Acesso em: 05 out 2022.

⁴⁶ ARBEX, Daniela. Holocausto brasileiro: Genocídio: 60 mil mortos no maior hospício do Brasil. 1. ed. Florianópolis – SC: Empório do Direito, 2017.

Diante da garantia de uma falta de comprometimento dos manicômios, já que a única maneira do internado sair de lá era com a morte, e nunca com a cura. Mesmo diante das denúncias às autoridades, nunca foi voltado o olhar para as necessidades dos pacientes, por isso o manicômio era a instituição perfeita para receber os “indesejados” da sociedade.

Por muito tempo os internos dos hospitais de tratamento psiquiátrico lidaram com a falta de atenção do Estado, faltava infraestrutura, tratamento e sensibilidade. A segregação da loucura era mais do que evidente diante da falta de cuidado do poder público. Mesmo com a chegada dos hospitais de custódia no século XX, e a ciência da cura, vemos ainda uma falta de preocupação.

Antes do desenvolvimento do tratamento da loucura como ciência, o pensamento do século XIX brasileiro ainda se desdobrava sobre o misticismo, onde a justificativa da loucura encontrava-se no divino e espiritual. Ciência essa ainda muito marcada pelo positivismo italiano de Lombroso. Nesse sentido, pode destacar obras literárias da época, elas traduzem a realidade social no contexto da loucura.

Machado de Assis parece captar a atmosfera de mudanças que estavam ocorrendo no cenário nacional e, no final do ano de 1881, início de 1882, ou seja, trinta anos após a inauguração do Hospício, escreveu *O alienista*, uma das maiores críticas literárias não apenas ao alienismo e à psiquiatria, mas ao positivismo da ciência e ao saber médico. Nele, a verdade do recém-criado alienismo é colocada em questão de modo marcante, realizando muitas reflexões críticas que ainda são bastante atuais⁴⁷.

A ciência dita como moderna no século XX, foi marcada pela falta de cuidado, e nela foi presente um tratamento duro.

Mesmo com a ciência moderna é sabido que o indivíduo com doença psicológica sempre foi tratado como marginalizado na sociedade, recebiam os piores tratamentos diante de sua condição e eram invisíveis para o sistema de saúde. A sociedade não se preocupou com a necessidade dessas pessoas, isso é explícito quando lembramos que a situação dos manicômios se estendeu por todo o século passado, ocorrendo mudanças significativas somente com a reforma psiquiátrica de 2001.

Apesar da mudança na história da proteção jurídica do criminoso louco, mudanças significativas demoraram a acontecer. Na nossa Carta Magna mais recente, foi percebido uma maior proteção dos direitos fundamentais do homem, isso significou também proteção ao direito universal à saúde.

⁴⁷CRUZ, Leandra Brasil da. LOUCURA E IMAGINÁRIO SOCIAL NA LITERATURA BRASILEIRA: PASSAGEM DO SÉCULO XIX PARA O SÉCULO XX. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, Florianópolis, v. 9, ed. 22, 5 jul. 2017

Atualmente, segundo a Constituição Federal a saúde é um direito de todos e é dever do estado, por meio de políticas públicas, oferecer tratamento de qualidade garantindo a recuperação e a proteção dos brasileiros⁴⁸. Tal iniciativa não deve atingir somente as doenças do corpo, as doenças da mente são igualmente preocupantes no cenário de saúde atual. Diante disso, seguir com as invisibilidades do sujeito “louco” não é algo adequado, pois vai contra um dos direitos fundamentais do homem, o da saúde.

Mas apesar desses esforços, foi necessário ainda construir a reforma psiquiátrica, dando ênfase às mudanças aos sistemas de tratamento de saúde mental, que veio a ser promulgada somente em 2001.

⁴⁸BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal.

5. O PROCESSO PENAL E A MEDIDA DE SEGURANÇA

5.1. A CULPABILIDADE E O INIMPUTÁVEL

A culpabilidade é conceito que se fundamenta no conhecimento da tipicidade da ação. Isto significa que, “trata-se de um juízo de reprovação social, incidente sobre o fato e seu autor, devendo o agente ser imputável, atuar com consciência potencial de ilicitude, bem como ter a possibilidade e a exigibilidade de atuar de outro modo, seguindo as regras impostas pelo Direito.”⁴⁹

No mesmo sentido o jurista Juarez Cirino também demonstra o conceito de culpabilidade:

“A capacidade de culpabilidade é atributo jurídico de indivíduos com determinados níveis de desenvolvimento biológico e de normalidade psíquica, necessários para compreender a natureza proibida de certas ações e orientar o comportamento conforme essa compreensão”⁵⁰

Diante dessa circunstância o direito penal proíbe punir pessoas sem os requisitos do juízo de reprovação. Ou seja, o agente se torna inimputável, quando não tem condições de se motivar a agir conforme o Direito, pois encontra limitação física ou psíquica⁵¹.

Nosso código penal define que, o agente no qual não tem consciência da prática do fato típico não pode ser atribuído a culpabilidade, a saber: o sujeito que está presente a “existência de doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado”⁵²; ou ainda embriaguez decorrente de vício”⁵³; e por motivo da “menoridade”⁵⁴. Todos são, portanto, inimputáveis diante do direito penal, ou seja, não podem receber pena.

Desta maneira, é relevante no presente trabalho tratar do sujeito que no momento do crime foi incapaz de compreender o caráter de proibição do ato, por motivo de doença mental. Trata, portanto, o art. 26 do Código Penal:

“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

⁴⁹ NUCCI, Guilherme de S. Manual de Direito Penal. Rio de Janeiro: Grupo GEN, 2022. E-book. ISBN 9786559642830. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786559642830/>. Acesso em: 01 out. 2022.

⁵⁰ CIRINO, Juarez. Direito Penal: Parte Geral. 5. ed. rev. atual. e aum. Florianópolis: Conceito Editorial, 2012, pág. 309

⁵¹ NUCCI, Guilherme de S. Manual de Direito Penal. Rio de Janeiro: Grupo GEN, 2022. E-book. ISBN 9786559642830. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786559642830/>. Acesso em: 01 out. 2022.

⁵² BRASIL. Decreto-lei n. 2.848, de 7 de dezembro de 1940: Código Penal. Art. 26.

⁵³ ibidem

⁵⁴ BRASIL. Decreto-lei n. 2.848, de 7 de dezembro de 1940: Código Penal. Art. 27.

de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento⁵⁵.

Como exposto, o princípio da culpabilidade não admite que indivíduos inimputáveis sejam punidos quanto ao fato típico cometido. Isso ocorre, pois, em teoria, no momento do crime não detinham a compreensão completa da norma.

Isso significa que a conduta praticada pelo autor não pode ser caracterizada como crime, inexistindo, conseqüentemente, a possibilidade de aplicação da pena. Contudo o sistema penal não entende como uma absolvição propriamente dita, pois mesmo com a falta de consciência, ainda está presente o fato punível.

Nesse sentido o indivíduo é submetido à Medida de Segurança, e assim, permanece sob a tutela estatal. Sob o argumento da periculosidade criminal do indivíduo inimputável⁵⁶.

Segundo Paulo Lúcio Nogueira, em seu livro “comentários à lei de execução penal”⁵⁷, a medida de segurança pode ser dividida em duas espécies. A primeira possui característica detentiva, isto significa que o sujeito delinquente será internado em um hospital de custódia, para tratamento psiquiátrico, devendo cumprir um tempo mínimo de um a três anos (art. 97, § 1º do Código Penal). A segunda espécie, é de cunho restritivo, ou seja, a sujeição do agente ao tratamento ambulatorial, no tempo adequado receitado pelo médico responsável. Ambos, podendo perdurar, enquanto averiguada a periculosidade do indivíduo.

O direito penal afasta os pressupostos de culpabilidade da pessoa com doença mental, já que não detém da liberdade de consciência. Contudo, sob um discurso de proteção da sociedade, o agente que em teoria não poderia ser penalizado, passa a responder sob seus atos.

A medida de segurança, por mais que não se qualifique como pena de reclusão, ainda sim configura uma espécie de aprisionamento, uma vez que o agente inimputável é afastado do âmbito social, bem como se dirige a um tipo de “tratamento-prisão”, sob condições estritas de vigilância e disciplina. Logo, se demonstra a característica de pena de exclusão da medida de segurança.

Por esses termos, Ronyá Soares de Brito e Souto reflete “enquanto no juízo de reprovação do imputável, a culpa produz censura, no caso do inimputável a reprovação penal passa a ser justificada pelo perigo que representa tal indivíduo para a sociedade”⁵⁸.

⁵⁵ BRASIL. Decreto-lei n. 2.848, de 7 de dezembro de 1940: Código Penal.

⁵⁶ CIRINO, Juarez. Direito Penal: Parte Geral. 5. ed. rev. atual. e aum. Florianópolis: Conceito Editorial, 2012,

⁵⁷ NOGUEIRA, Paulo Lúcio; Comentários à lei de execução penal: Lei nº 7.210 de 11-7-1984; 2º edição rev. e ampl. São Paulo: Saraiva, 1984.

⁵⁸BRITO, Ronyá Soares de. Medidas de Segurança: Da Criminalização da Doença aos Limites do Poder de Punir. Crítica à Execução Penal, org. Salo de Carvalho, Editora Lumen Juris: Rio de Janeiro, ed. 2, 2007.

Diante desse paradoxo é necessário pensar na medida de segurança como um paralelo da pena criminal. E assim, tecer críticas quanto a atual moldura das medidas que aprisionam o agente inimputável.

5.2. IMPACTO DA DECISÃO DE AUTORIDADE NÃO COMPETENTE

Como já delimitado, o indivíduo inimputável que no momento do crime não estava completamente ciente dos atos ilícitos, a ele será aplicado a medida de segurança. No entanto, para que seja executada tal regra é imprescindível averiguar a capacidade do agente, ou seja, no processo executivo é necessário diagnósticos psiquiátricos, que apontem a necessidade de internação ou não do agente.

De acordo com o nosso Código de Processo Penal, percebida a insanidade do réu em qualquer momento do processo, o juiz determinará a suspensão do processo principal, até que se averigue, por meio de perícia, a periculosidade do “criminoso louco”. Podendo então o processo ser restabelecido se o acusado conseguir se restabelecer. Considerando o réu inimputável, ele será afastado da pena, isto é, absolvido, devendo a ele ser aplicada medida de segurança.

Art. 152. Se se verificar que a doença mental sobreveio à infração, o processo continuará suspenso até que o acusado se restabeleça, observado o § 2º do art. 149. § 1º O juiz poderá, nesse caso, ordenar a internação do acusado em manicômio judiciário ou em outro estabelecimento adequado. § 2º O processo retomará o seu curso, desde que se restabeleça o acusado, ficando-lhe assegurada a faculdade de reinquirir as testemunhas que houverem prestado depoimento sem a sua presença.⁵⁹

O parecer técnico, elemento decisivo na aplicação da medida de segurança, feito por médico especialista será analisado por um juiz competente. E de acordo com o art. 149 do Código de Processo Penal pode ser requerido por:

Art. 149. Quando houver dúvida sobre a integridade mental do acusado, o juiz ordenará, de ofício ou a requerimento do Ministério Público, do defensor, do curador, do ascendente, descendente, irmão ou cônjuge do acusado, seja este submetido a exame médico-legal.⁶⁰

⁵⁹ BRASIL. Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941. Código de Processo Penal. [S. l.], 13 out. 1941.

⁶⁰ *ibidem*

Diante de tal dispositivo, nota-se que o judiciário não é instituição dotada de conhecimento técnico-científico para avaliar a mentalidade do agente, já que necessita de respaldo técnico para fundamentar suas decisões. Isso por consequência implica em esclarecimentos do juiz baseados totalmente na prova pericial. Logo, a decisão que indica a internação do agente no Hospital de Custódia é considerada completamente legítima, uma vez que toda a argumentação levantada pelo juiz tem uma base científica.⁶¹

O laudo médico, feito por perito qualificado, para atestar a inimputabilidade do indivíduo é meio exclusivo que o magistrado tem de fundamentar sua decisão.

Isso nos faz lembrar que, aconteceu também, ao longo da história dos hospitais psiquiátricos, a presença de dados incontestáveis, que igualmente legitimaram o discurso das instituições manicomiais.

Sujeitos que se limitam aos saberes do direito, não poderiam ser responsáveis em delimitar a “loucura” do agente inimputável, seu entendimento sobre o caso fica reduzido ao laudo psiquiátrico. É muito subjetivo determinar o grau de loucura e periculosidade, e, conseqüentemente, se a ele pode ser conferido o regime de medida de segurança.

É evidente que as conclusões apresentadas pelo laudo técnico são irrefutáveis, ao passo que os detentores do conhecimento do direito não têm capacidade técnica para refutar as alegações elaboradas pelo responsável psiquiátrico. Segundo Aury Lopes Júnior “a função do juiz fica reduzida a acolher laudos e com isso há a perigosa fundição do modelo jurídico com o discurso da psiquiatria”⁶².

Não somente o juiz pode determinar que o laudo seja feito, o próprio art. 149 permite que outros sujeitos façam o pedido. A legislação traz essa permissão tendo em vista o conceito de periculosidade, já tratado aqui, na medida em que o tratamento do sujeito “perigoso” é também de interesse da sociedade.

Logo, outra problemática a ser levantada é a capacidade desses terceiros em compor a elaboração dos requisitos a serem respondidos por profissional especialista. Pois, igualmente ao juiz, a maioria destes, se não todos, são leigos a respeito da psiquiatria e psicologia. Provocando ainda mais incertezas quanto à segurança do laudo médico.

O Código de Processo Penal também estabelece um prazo de 45 dias para elaboração da prova pericial, segundo o art. 150. Determinar a sanidade do agente em um período curto de

⁶¹WEIGERT, Mariana De Assis Brasil, *Medidas de Segurança e Reforma Psiquiátrica: Silêncios e Invisibilidades nos Manicômios Judiciários Brasileiros*. Florianópolis, SC: Empório do Direito, 2017.

⁶²LOPES JÚNIOR, Aury; *A Instrumentalidade Garantista do Processo de Execução Penal*. In: CARVALHO, Salo de (org.) *Crítica à Execução Penal*. Rio de Janeiro: Lumens, 2002. pág 470.

tempo é algo a ser aceitável? Mesmo diante das particularidades de cada caso, o profissional conseguiria analisar as doenças psicológicas do acusado somente neste período de tempo?

É de fato um período curto de análise, mesmo diante da possibilidade de dilação de prazo concedida ao perito, motivada por qualquer razão. Isso só mostra que ainda há um despreparo do judiciário, assim como o do legislativo, em busca da percepção das verdadeiras necessidades de qualquer indivíduo que se encaixa nas medidas de segurança.

5.3. EXISTE UMA PRISÃO PERPÉTUA NO BRASIL?

O art. 5º, XLVII, alínea b, da Constituição Federal proíbe qualquer pena que tenha um caráter perpétuo. Tal dispositivo reflete diretamente no código penal, que, em seu art. 75, estabelece um limite máximo de 40 anos para o cumprimento das penas privativas de liberdade.

Logo, o texto constitucional e infraconstitucional é claro em excluir um prazo indeterminado para as penas privativas de liberdade. Assim, permiti-la é, além de inconstitucional, ato cruel e injusto, por não permitir que a ideia de liberdade permaneça presente na consciência do condenado. Tal premissa afasta e inviabiliza a garantia do sistema de implantação das penas.

A medida de segurança tem papel importante nessa problemática, pois através dela há uma concessão subjetiva da prisão perpétua. Já que, em virtude do art. 97, § 1º, do Código Penal, é necessário que a periculosidade do condenado seja cessada antes que possa retornar à sociedade.

Art. 97 - Se o agente for inimputável, o juiz determinará sua internação (art. 26). Se, todavia, o fato previsto como crime for punível com detenção, poderá o juiz submetê-lo a tratamento ambulatorial. (Redação dada pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984)

Prazo

§ 1º - **A internação, ou tratamento ambulatorial, será por tempo indeterminado, perdurando enquanto não for averiguada, mediante perícia médica, a cessação de periculosidade.** O prazo mínimo deverá ser de 1 (um) a 3 (três) anos⁶³. *grifo meu*

Em virtude disso, tratar a periculosidade como fator determinante para o relatório que põe fim à medida de segurança, por ser conceito subjetivo, pode levar à internação perpétua. Por essa premissa, cabe salientar que há falta de credibilidade do relatório, pois nenhum especialista pode prever as condutas futuras do infrator, o efeito disso são os inconfiáveis

⁶³ BRASIL. Decreto-lei n. 2.848, de 7 de dezembro de 1940: Código Penal.

prognósticos psiquiátricos⁶⁴. Levando a condições extremas da execução penal, ferindo princípios básicos do sistema penal, como a razoabilidade, proporcionalidade, dignidade humana e legalidade.

O dispositivo acima citado, portanto, não determina um limite máximo ao qual o infrator deve cumprir a medida de segurança. Tal imposição, portanto, não condiz com o texto constitucional, muito menos com o art. 75 do Código Penal.

A característica de cura como finalidade do tratamento presente no hospital de custódia, é outro fator que leva a perpetuidade da pena. Um tratamento psicológico varia de sujeito para sujeito, por isso é muito difícil determinar o limite máximo de tratamento.

Segundo, Mariana Weigert, em sua tese de doutorado, reconhece que na realidade do sujeito ainda encorpado com o valor da periculosidade, a sua duração do processo de tratamento vai ser delimitada conforme as respostas positivas ou negativas do paciente⁶⁵.

Diante desses termos, urge a necessidade de adequação principiológica garantista na aplicação das medidas de segurança àqueles considerados inimputáveis. Percebemos que, com o código penal de 1940, seu caráter autoritário sofreu mudanças significativas com a reforma de 1984, no entanto o direito aos direitos dos inimputáveis continuaram sendo suprimidos.

A questão que se deve levar em conta é “existe uma prisão perpétua na realidade brasileira?”. Como já exposto, o texto constitucional proíbe penas de caráter perpétuo (art. 5º, XLVII, alínea b, mas não há, na Carta Magna, previsão específica para as medidas de segurança.

Independentemente de haver entendimento que pena comum e a medida de segurança tem como característica principal a restrição de liberdade, não significa que elas são sinônimas. Por isso, consoante com aquilo exposto por Weigert, as medidas de segurança estão excluídas da proteção desse dispositivo⁶⁶. Isso demonstra uma omissão da lei constitucional, que apesar de se preocupar com os princípios e a proteção da vida digna, deixou uma lacuna em um ponto importante.

Diante dessa irregularidade legislativa, a jurisprudência vem com a função de afastar qualquer dúvida a respeito. Deste modo, os tribunais superiores têm pensamento já consolidado, conforme súmula 527 do Supremo Tribunal de Justiça: “O tempo de duração da medida de

⁶⁴CIRINO, Juarez. Direito Penal: Parte Geral. 5. ed. rev. atual. e aum. Florianópolis: Conceito Editorial, 2012, p. 606

⁶⁵ WEIGERT. Mariana De Assis Brasil, Medidas de Segurança e Reforma Psiquiátrica: Silêncios e Invisibilidades nos Manicômios Judiciários Brasileiros. Florianópolis, SC: Empório do Direito, 2017. pág. 100.

⁶⁶ *ibidem*. pág. 101.

segurança não deve ultrapassar o limite máximo da pena abstratamente cominada ao delito praticado.”⁶⁷.

Assim, de acordo com a súmula, a medida de segurança não deve ultrapassar o limite da pena máxima no delito pelo sujeito praticado.

A súmula 527 do STJ, apesar de não ter caráter vinculante, ou seja, as decisões dos tribunais não têm obrigação de segui-las, esse dispositivo jurisprudencial tem a importância de afastar o vazio que gira em torno do prazo máximo de cumprimento das medidas de segurança. Afastando a obscuridade do tema.

Diante de todo o exposto, verifica-se os esforços do judiciário em completar as lacunas deixadas pelo legislativo. Mas apesar da atenção que foi dada nos últimos anos aos sujeitos à medida de segurança, poderíamos ter visto efetivas mudanças na construção da constituição de 88. Já que a carta magna brasileira é caracterizada pelo caráter de maior proteção aos direitos sociais, não se entende a falta de cuidado em especificar o limite não só das penas comum, mas também das medidas de segurança, como ocorre em outros países⁶⁸. A discursão central deste capítulo, portanto, é questionar essa falta de cuidado do Estado.

⁶⁷ BRASIL, Superior Tribunal de Justiça; Súmula nº 527.

⁶⁸ A Constituição de Portugal, em seu art. 30, 1, prevê: “Não pode haver penas nem **medidas de segurança** privativas ou restritivas da liberdade com caráter perpétuo ou de duração ilimitada ou indefinida”. (Grifo meu)

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Estado encontrou na periculosidade o motivo para o cárcere. Em um contexto de um forte poder punitivista durante os últimos séculos, o caráter subjetivo da determinação de perigosos os atos futuros do agente permitiram o encarceramento em massa. Mas, para além da pena privativa de liberdade comum, o mesmo acontece com aqueles que estão sob o regime de medida de segurança.

Sujeitos sob a tutela do Estado em regime de medida de segurança não estão cumprindo pena, mas sim em tratamento psiquiátrico, isso ocorre dado a condição de falta de culpabilidade do indivíduo que cometeu o fato típico. No entanto, a instituição que deveria cumprir o papel de cuidar e manter a atenção com os internos acometidos com doenças psicológicas, não são ambientes qualificados para corretos tratamentos, lá eles vivem de igual modo que presos comuns.

Além deste aprisionamento, os hospitais de custódia foram fundamentais na construção do imaginário do “criminoso-louco” que deveria ser mantido fora da sociedade. Assim, permanecia evidente o discurso de uma classe dominante, onde se afirmava que pessoas com doenças da mente oferecem perigo, bem como comprometem o desenvolvimento de uma sociedade.

Foi através deste imaginário que ocorreu uma permissão no controle das classes mais pobres através das medidas de segurança. O Estado passa então a desempenhar um papel importante nessa subjugação, uma vez que é ele que não impôs limites máximos para o cumprimento das medidas de segurança, não se preocupa com uma estrutura de cuidado adequada, tampouco demonstra atenção no processo que implementa tais medidas.

O silêncio do Estado perante o problema que estas instituições esconderam é algo inimaginável. Portanto, este trabalho se preocupou em pôr em destaque a negligência tanto do judiciário como do legislativo na proteção dos inimputáveis, ou os chamados “criminoso-louco”. Bem como, foi fundamental a construção de um pensamento crítico que permitiu por em destaque toda a problemática que gira em torno dos hospitais de custódia e das medidas de segurança.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVAREZ, Marcos César. **A Criminologia no Brasil ou Como Tratar Desigualmente os Desiguais**. DADOS: Revista de Ciências Sociais, Rio de Janeiro, v. 45, ed. 4, 2002.

AMARAL, Aline Dele Crode. **Medida De Segurança E Loucura: Interseções Entre Direito, História, Psiquiatria E Saúde Mental**. Orientador: Profª Drª Priscilla Placha Sá. 2014. Monografia (Bacharelado em Direito) - Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2014.

ARBEX, Daniela. **Holocausto brasileiro: Genocídio: 60 mil mortos no maior hospício do Brasil**. 1. ed. Florianópolis – SC: Empório do Direito, 2017.

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

BRASIL. **Decreto nº 847**, de 11 de outubro de 1890. Promulga o Código Penal, 1890.

BRASIL. **Decreto-Lei nº 1.132**, de 22 de dezembro de 1903. Reorganizar a assistência a alienados. [S. l.], 1903.

BRASIL. Decreto-Lei no 2.848 de 7 de dezembro de 1940. **Código Penal**. Diário Oficial de 31 de dezembro de 1940.

BRASIL. Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941. **Código de Processo Penal**. [S. l.], 13 out. 1941.

BRASIL. Lei nº 3.071, de 1 de janeiro de 1916. **Código Civil dos Estados Unidos do Brasil**. [S. l.], 1916.

BRASIL. **Lei no 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, 2001.

BRASIL, Superior Tribunal de Justiça; **Súmula nº 527**.

BRITO, Ronya Soares de. **Medidas de Segurança: Da Criminalização da Doença aos Limites do Poder de Punir**. Crítica à Execução Penal, org. Salo de Carvalho, Editora Lumen Juris: Rio de Janeiro, ed. 2, 2007.

BRITO, Ronya Soares de; **A (I)Legitimidade do Processo de Imposição das Medidas de Segurança no Direito Penal Brasileiro**: Diagnostico Garantista; Leituras Constitucionais do Sistema Penal Contemporâneo, org. Salo de Carvalho, Editora Lumen Juris: Rio de Janeiro, 2004.

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

CARRARA, Sérgio. **Crime e Loucura: o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1998.

CIRINO, Juarez. **Direito Penal: Parte Geral**. 5. ed. rev. atual. e aum. Florianópolis: Conceito Editorial, 2012.

CRUZ, Leandra Brasil da. **Loucura E Imaginário Social Na Literatura Brasileira: Passagem Do Século XIX Para O Século XX**. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, Florianópolis, v. 9, ed. 22, 5 jul. 2017

DOS SANTOS, Juarez Cirino. **Direito Penal: Parte Geral**. 5. ed. rev. atual. e aum. Florianópolis: Conceito Editorial, 2012.

FERRAZZA, Daniele Andrade; ROCHA, Luiz Carlos da. **Sobre A Reforma Psiquiátrica Brasileira: história e âmbitos atuais de luta**. BARBARÓI: Revista do Departamento de Ciências Humanas da Universidade Santa Cruz do Sul, Santa Cruz do Sul, ed. 45, 2015.

FIGUEIREDO, M. L. de R., DELEVATI, D. M., & TAVARES, M. G. (2014). **Entre Loucos E Manicômios: História Da Loucura E A Reforma Psiquiátrica No Brasil**. Caderno De Graduação - Ciências Humanas E Sociais - UNIT - ALAGOAS, 2(2), 121–136

FOUCAULT, Michel. **Os anormais**; São Paulo: Martins Fontes, 2001

FOUCAULT, Michel. **História da Loucura na Idade Clássica**; trad. José Teixeira Coelho Neto. São Paulo: Perspectiva, 1989.

GUARESCHI, Neusa Maria de Fátima; WEIGERT, Mariana de Assis Brasil e. A Execução Das Medidas De Segurança E A Lei Da Reforma Psiquiátrica No Brasil Contemporâneo. **Revista Eletrônica do Curso de Direito da UFSM**, Santa Maria, v. 10, ed. 2, 2015.

HOLANDA Adriano Furtado; LIMA, Andreia de Alvarenga; **História da psiquiatria no Brasil: uma revisão da produção historiográfica (2004-2009)**; Estudos E Pesquisas Em Psicologia, UERJ, RJ, ano 10, N.2, P. 572-595, 2º quadrimestre de 2010.

Holocausto Brasileiro. Direção: Daniela Arbex e Armando Mendez. Produção: Daniela Arbex e Alessandro Arbex. Roteiro: Daniela Arbex. Fotografia de Mauro Pianta. ANCINE, 2016. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=5eAjshaa-do>. Acesso em: 23 de set de 2022.

JÚNIOR, Reale Miguel; DOTTI, René Ariel; ANDREUCCI, Ricardo Antunes; PITOMBO, Sérgio M. de Moraes. **Penas e Medidas de Segurança no Novo Código**. Rio de Janeiro: Forense, 1985.

KARAM, Maria Lúcia. **Medidas de Segurança: punição do enfermo mental e violação da dignidade**. Revista Verve: 2002.

LOPES JÚNIOR, Aury; **A Instrumentalidade Garantista do Processo de Execução Penal**. In: CARVALHO, Salo de (org.) **Crítica à Execução Penal**. Rio de Janeiro: Lumens, 2002.

MARCHEWKA, Tânia Maria Nava; As Contradições Das Medidas De Segurança No Contexto Do Direito Penal E Da Reforma Psiquiátrica No Brasil; **Revista de Direito Sanitário**, vol. 2, n.3, Novembro de 2001.

MATTOS, Virgílio de. **Crime e Psiquiatria: Uma Saída: Preliminares para a Desconstrução das Medidas de Segurança**. Rio de Janeiro: Revan, 2006.

MIRANDA, Andréa; BANDEIRA, Vitória; **Paciente Judiciário: O Esforço Coletivo Na Quebra De Paradigma**; X Congresso Nacional de Defensores Públicos; Rio Grande do Norte: 2011.

MONTEIRO, Rodrigo Padrini; ARAUJO, José Newton Garcia. **Manicômio Judiciário e Agentes Penitenciários: entre Reprimir e Cuidar**. Psicologia: Ciência e Profissão, v. 38, 2018.pág. 148. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-3703000211962>. Acesso em: 23 set. 2022.

NEVES, Gabriel. **Manicômio ou Presídio? A Imputabilidade Penal**. In CORONEL, Luiz Carlos Illafont. (org.). *Psiquiatria legal*. Porto Alegre: Conceito, 2004.

NOGUEIRA, Paulo Lúcio; **Comentários à lei de execução penal: Lei nº 7.210 de 11-7-1984; 2º edição rev. e ampl.** São Paulo: Saraiva, 1984.

NUCCI, Guilherme de S. **Manual de Direito Penal**. Rio de Janeiro: Grupo GEN, 2022. E-book. ISBN 9786559642830. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786559642830/>. Acesso em: 26 set. 2022.

Organização Pan Americana de Saúde; **OMS destaca necessidade urgente de transformar saúde mental e atenção**; Publicação: 17 jun. 2022; Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/17-6-2022-oms-destaca-necessidade-urgente-transformar-saude-mental-e-atencao> ; Acesso em: 05 out 2022.

RIBEIRO, P. R. M. **Da psiquiatria à saúde mental: esboço histórico**, J bras Psiq.48(2): 53-60, 1999.

ROCHA, Rodrigo Carvalho. **Dos Manicômios À Reforma Psiquiátrica: Uma Revisão Histórica Dos Movimentos Da Saúde Mental**. Orientador: RENATO SAMPAIO LIMA. 2017. Monografia (Bacharelado em Psicologia) - Universidade Federal Fluminense, Volta Redonda, 2017.

SILVA, Martinho Braga Batista e. **As pessoas em medida de segurança e os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico no contexto do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário**. Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum. 2010; 20(1): 95-105

VEIGA, Marcelo. **Criminologia**. (Coleção Método Essencial). Rio de Janeiro: Grupo GEN, 2022. E-book. ISBN 9786559645749. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786559645749/>. Acesso em: 28 set. 2022.

WEIGERT, Mariana de Assis Brasil, **O Discurso Psiquiátrico na Imposição e Execução das Medidas de Segurança**. Crítica à Execução Penal, org. Salo de Carvalho, Editora Lumen Juris: Rio de Janeiro, ed. 2, 2007.

WEIGERT, Mariana De Assis Brasil, **Medidas de Segurança e Reforma Psiquiátrica: Silêncios e Invisibilidades nos Manicômios Judiciários Brasileiros**. Florianópolis, SC: Empório do Direito, 2017.

ZAFFARONI, Eugênio Raul. **Criminologia**: Aproximacion desde un margem. 1. ed. Bogotá - Colombia: Editorial Temis, 1988.

ZAFFARONI, Eugenio Raúl; PIERANGELI, José Henrique. **Manual de Direito Penal Brasileiro, Parte Geral**. Imprensa: São Paulo, Revista dos Tribunais, 2019.