



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE DIREITO “PROF. JACY DE ASSIS”**

ISABELA RIBEIRO DA FONSECA

**DIREITO E LOUCURA: as incompatibilidades entre o instituto
jurídico da Medida de Segurança e a Lei 10.216 de 2001**

UBERLÂNDIA – MG
2022

ISABELA RIBEIRO DA FONSECA

DIREITO E LOUCURA: as incompatibilidades entre o instituto jurídico da Medida de Segurança e a Lei 10.216 de 2001

Artigo desenvolvido para o componente curricular TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO II da Faculdade de Direito Prof. Jacy de Assis da Universidade Federal de Uberlândia – UFU, como requisito parcial para obtenção de grau de bacharela em Direito.

Orientadora: Profa. Dra. Beatriz Corrêa Camargo

UBERLÂNDIA – MG
2022

DIREITO E LOUCURA: as incompatibilidades entre o instituto jurídico da Medida de Segurança e a Lei 10.216 de 2001

Isabela Ribeiro da Fonseca¹

RESUMO

O conceito de loucura é variável conforme seu contexto histórico, por isso, ela deve ser sempre entendida dentro de sua conjuntura social e cultural. Ainda assim, a história da loucura é marcada pela desumanização do louco, pelo esvaziamento de suas vontades e por uma profunda exclusão. O presente artigo tem como objetivo demonstrar que a invisibilização e desumanização desses indivíduos se reflete também no Direito Penal ao consolidar o instituto jurídico da Medida de Segurança como a providência estatal destinada às pessoas em sofrimento psíquico autoras de delito, tendo como pressuposto fundamental a periculosidade do agente. Assim, o artigo aborda as principais incompatibilidades e contradições entre tal instituto jurídico-penal e a Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei 10.216/2001), trazendo para o centro da discussão o direito à saúde e ao tratamento médico adequado e humanizado destinado ao agente infrator em sofrimento psíquico, ressaltando a necessidade de se repensar a abordagem jurídica à questão da loucura.

PALAVRAS-CHAVES: Direito Penal; Inimputabilidade; Loucura; Medida de Segurança; Periculosidade; Reforma Psiquiátrica.

ABSTRACT

The concept of madness varies according to its historical context, so it must always be understood within its social and cultural context. Even so, the history of madness is marked by the dehumanization of the madman, by the emptying of his will and by a

¹ Graduanda em Direito pela Universidade Federal de Uberlândia

deep exclusion. This article aims to demonstrate that the invisibility and dehumanization of these individuals is also reflected in Criminal Law by consolidating the legal institute of the Security Measure as a state measure aimed at people in psychological distress who are perpetrators of crime, having as a fundamental assumption the danger of the crime agent. Thus, this article addresses the main incompatibilities and contradictions between this legal-criminal institute and the Psychiatric Reform Law (Law 10.216/2001), bringing to the center of the discussion the right to health and adequate and humanized medical treatment for the offender agent in psychological distress, emphasizing the need to rethink the legal approach to the issue of madness.

KEYWORDS: Criminal Law; Non-imputability; Madness; Security measure; dangerousness; Psychiatric Reform.

1. INTRODUÇÃO

A Medida de Segurança é o instituto jurídico utilizado pelo Direito Penal para lidar com o indivíduo infrator inimputável. Conforme o artigo 26 do Código Penal, é inimputável “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” (BRASIL, 1940).

Dessa forma, o artigo 97 do Código Penal estabelece que para o agente inimputável o juiz determinará a internação ou o tratamento ambulatorial (BRASIL, 1940). O artigo prevê que a aplicação da medida será por tempo indeterminado, perdurando enquanto não houver a cessação da periculosidade. Além disso, estipula o mínimo de um a três anos para o seu cumprimento.

Nesse sentido, o artigo 96 do Código Penal preceitua que a Medida de Segurança será cumprida em hospital de custódia e acompanhada de tratamento psiquiátrico, por meio de tratamento ambulatorial ou internação compulsória (BRASIL, 1940). A modalidade de tratamento depende da pena que seria imposta de

acordo com o tipo penal, assim, se for o fato punível com detenção, o juiz poderá determinar o tratamento ambulatorial.

Além disso, o fundamento da Medida de Segurança é a periculosidade do agente, o entendimento de que o louco infrator representa um risco ao convívio social, e não sua culpabilidade. Assim, ela pretende se estabelecer como um modo de proteção da sociedade, contudo reforça modelos manicomiais e excludentes. Seu fundamento se mostra frágil e contraditório diante da perspectiva do Direito de Punir do Estado.

Ainda que não se pretenda como tal, a Medida de Segurança muito mais se assemelha a uma pena do que a um tratamento médico, uma vez que os hospitais de custódia, locais destinados ao seu cumprimento, integram o Sistema Penitenciário e, apesar de reconhecidos como estabelecimentos hospitalares públicos, não integram o Sistema Único de Saúde (SUS) e não são regidos pelos seus princípios e diretrizes (JACOBINA, 2004).

A Lei da Reforma Psiquiátrica (lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001) estabelece orientações para o tratamento da pessoa com doença mental pautadas no princípio da Dignidade da Pessoa Humana, fomentando a desinstitucionalização e garantindo um tratamento humanizado que permita a integração desses indivíduos no meio social. Nesse sentido, em um período pós Reforma Psiquiátrica, que trouxe grandes conquistas em termos de saúde mental, a existência dos hospitais de custódia revela a necessidade de se repensar o regime penal-psiquiátrico no Brasil e o tratamento dado ao louco infrator, uma vez que estabelecimentos hospitalares e estabelecimentos prisionais são instituições regidas por princípios totalmente diversos e incompatíveis entre si.

Enxergar as incoerências inerentes ao instituto jurídico da Medida de Segurança e suas incompatibilidades com um período pós Reforma Psiquiátrica, de grande avanço em um modelo de saúde mental antimanicomial e humanizado, nos permite buscar um regime penal-psiquiátrico que seja mais justo. Nesse sentido, este trabalho busca discutir as incongruências entre tal instituto jurídico e a Lei da Reforma Psiquiátrica, visto que tal Lei dispõe sobre a proteção e os direitos das

pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

Repensar a abordagem jurídica à questão da loucura, em matéria criminal, implica repensar os próprios alicerces filosóficos do direito penal: os fundamentos e a função social do direito de punir. A potencialidade de prejudicar a outrem, e em particular de cometer crime, é da essência da pessoa humana, "louca" ou "sã". Perigosos somos todos, em tese — embora não se possa negar que haja uma possibilidade de prever que o ser humano, submetido a determinadas condições, tem uma maior probabilidade de cometer crimes. Essa é uma ilação probabilística, no entanto. Não pode servir de base filosófica para a construção de todo um sistema repressivo independentemente da noção de culpa como fundamento da responsabilidade penal. (JACOBINA, 2004, p.84)

Assim, se faz necessário repensar os alicerces da aplicação da Medida de Segurança à pessoa em sofrimento psíquico que comete infração, visto ser ela pautada na potencialidade do perigo de tal agente, independentemente de culpa, um dos pontos centrais da responsabilidade penal e do Direito de Punir Estatal. Para que então esses indivíduos tenham um tratamento ofertado pelo Sistema de Saúde brasileiro, de acordo com a sua condição individual, e não uma sanção penal que se traveste de tratamento com alicerces reais em uma prática penal punitivista e segregacionista.

2. LOUCURA E INIMPUTABILIDADE NO DIREITO PENAL BRASILEIRO

2.1 O louco infrator

O conceito de loucura nem sempre foi o mesmo. Ao longo da história da humanidade, diversos foram os entendimentos e definições de loucura, variando conforme seus contextos históricos e interesses sociais, por isso, ela deve ser sempre entendida dentro de sua conjuntura social e cultural. No entanto, “a loucura

sempre foi, em todas as sociedades, uma questão de como a pessoa se relaciona consigo mesma, como se relaciona com os outros e, principalmente, como vê o mundo e por este é vista.” (JACOBINA, 2008, p. 29).

Ainda que tal conceito seja variável conforme a época e sociedade em questão, a história da loucura é marcada pela desumanização do louco, pelo esvaziamento de suas vontades e por uma profunda exclusão. A concepção contemporânea de loucura e a adotada pelo direito penal tratam o louco como um ser esvaziado de si, assim afirma Führer (2000, p. 132) “Na situação extrema o louco não age, mas sim é agido. Quem fala com sua voz, quem anda com suas pernas, quem olha com seus olhos não é ele: é a doença”.

Nesse contexto de exclusão e desumanização também se insere o louco infrator. Quanto ao tema, Paulo Vasconcelos Jacobina diz que a Medida de Segurança é, portanto, um instituto que pune a loucura retirando a voz e a liberdade desses indivíduos:

Embora reputando irresponsável e inimputável o louco, porque tomado por uma entidade não-humana com uma vontade superior à sua, o direito brasileiro contemporâneo prorroga a jurisdição da justiça criminal para que a doença possa sofrer um julgamento penal e ser punida – sendo esse o significado do instituto da medida de segurança: um instituto que pune a loucura, sob o fundamento, nem sempre explícito, de a desmascarar, arrancar do ser humano essa doença. De resto, acaba restringindo a liberdade do portador da doença, por via de um internamento que, se no discurso é não punitivo, na prática arranca-lhe a liberdade e a voz (JACOBINA, 2008, p. 42).

2.2 O conceito de inimputabilidade

O artigo 26, caput, do Código Penal, estabelece a definição de agente inimputável como sendo aquele que por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era inteiramente incapaz de entender a ilicitude do fato, ao tempo da ação ou omissão (BRASIL, 1940). Assim, para tais agentes há a exclusão da culpabilidade, ficando o inimputável isento de pena.

De acordo com a teoria tripartida, que adota o conceito analítico do crime, a culpabilidade é um dos elementos constitutivos do crime, sendo ele um fato típico, ilícito e culpável.

Não basta caracterizar uma conduta como típica e jurídica para atribuição de responsabilidade penal a alguém. Esses dois atributos não são suficientes para punir com pena o comportamento humano criminoso, pois para que esse juízo de valor ser completo é necessário, ainda, levar em consideração as características individuais do autor do injusto. Isso implica, conseqüentemente, acrescentar mais um degrau valorativo no processo de imputação, qual seja, o da culpabilidade. Com esse entendimento, podemos afirmar que a tipicidade, a antijuridicidade e a culpabilidade são predicados de um substantivo, que é a conduta humana definida como crime. (BITENCOURT, 2017, p. 448).

Nesse sentido, a imputabilidade é um elemento da culpabilidade, sendo ela a capacidade de imputar juridicamente a alguém a prática de um fato punível (JESUS, 2011). A culpabilidade, por sua vez, consiste em um juízo de reprovação sobre a conduta, juntamente com a potencial consciência da ilicitude e a exigibilidade de conduta diversa (ROESLER, 2013).

Dessa forma, o agente inimputável carece de capacidade de culpabilidade e, por isso, fica isento de pena. Por carecer dessa capacidade ou por sofrer alterações psíquicas, não pode ser declarado culpado e, conseqüentemente, não pode ser responsabilizado penalmente por seus atos, ainda que sejam típicos e antijurídicos (CONDE, 1988).

3. O INSTITUTO JURÍDICO-PENAL DA MEDIDA DE SEGURANÇA

3.1 A Medida de Segurança enquanto sanção penal

A Medida de Segurança é a providência estatal direcionada ao agente em sofrimento psíquico que pratica um fato definido pelo Direito Penal como crime. Nesse sentido, afirma Damásio de Jesus:

As penas e as medidas de segurança constituem as duas formas de sanção penal. Enquanto a pena é retributiva-preventiva, tendendo hoje a readaptar à sociedade o delinquente, a medida de segurança possui natureza essencialmente preventiva, no sentido de evitar que um sujeito que praticou um crime e se mostra perigoso venha a cometer novas infrações penais (JESUS, 2011, p. 589).

As penas e as Medidas de Segurança são espécies de sanção penal. A pena é a consequência jurídica daquele que opta livremente pelo ilícito, dentro de sua capacidade de compreensão e escolha, consciente das consequências de tal decisão. Assim, a pena tem caráter essencialmente retributivo, consequência de uma lesão a um bem jurídico reconhecidamente protegido pelo Direito Penal. Já a Medida de Segurança tem caráter preventivo, almeja o tratamento do indivíduo e a proteção da sociedade, retirando do convívio social o sujeito que praticou um crime e se mostra potencialmente perigoso. Assim, o fundamento da pena é a culpabilidade e o fundamento da Medida de Segurança é a periculosidade do agente (ROESLER, 2013).

3.2 Fundamentação legal e aplicação

Comprovado que o agente tem um transtorno mental e reconhecida sua inimputabilidade, o Código de Processo Penal determina a absolvição *sui generis* - absolvição imprópria - nos termos do artigo 386, parágrafo único, III do Código de Processo Penal. Uma vez que o reconhecimento da inimputabilidade, conforme o artigo 26 do Código Penal, gera a exclusão da culpabilidade e assim a descaracterização do delito, fica impossibilitada a aplicação de pena e, conseqüentemente, tem-se a imposição da Medida de Segurança à pessoa em sofrimento psíquico autora de delito.

Nesse sentido, os artigos 96 e 97 do Código Penal estabelecem as espécies e como se dará a aplicação da Medida de Segurança:

Art. 96. As medidas de segurança são:

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

II - sujeição a tratamento ambulatorial. (BRASIL, 1940, art. 96).

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.

§ 1º - A internação, ou tratamento ambulatorial, será por tempo indeterminado, perdurando enquanto não for averiguada, mediante perícia médica, a cessação de periculosidade. O prazo mínimo deverá ser de 1 (um) a 3 (três) anos. (BRASIL, 1940, art.97).

O Código Penal define como espécies das Medidas de Segurança a internação compulsória e a imposição de tratamento ambulatorial. Dessa forma, conforme se pode extrair dos artigos, a escolha do juiz pela imposição de um ou de outro se dará levando em consideração o fato previsto como crime. Portanto, será submetido ao tratamento ambulatorial aquele agente que praticar um fato punível com detenção, e à internação aquele que praticar um fato punível com reclusão (BRASIL, 1940).

Além disso, para a averiguação da periculosidade do agente tem-se o incidente de insanidade mental regulado pelos artigos 149 ao 154 do Código de Processo Penal (BRASIL, 1941). O indivíduo será então avaliado por um médico psiquiatra, o qual fará um exame de sanidade mental, produzindo ao final um laudo detalhando as condições cognitivas deste. Dessa forma, a periculosidade do agente e o risco que ele representa para a sociedade são o que fundamenta a imposição da Medida de Segurança.

Assim, para o louco infrator, considerado pelo Direito Penal como um agente inimputável, tendo em vista sua incapacidade de compreender a ilicitude da conduta ou de determinar-se de maneira diversa, tem-se a aplicação da Medida de Segurança como consequência da prática do crime. O cumprimento das medidas se dá em Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTPs) ou em Alas de Tratamento Psiquiátrico (ATPs) de presídios ou penitenciárias. Esses

estabelecimentos foram criados no Brasil na década de 1920 e eram conhecidos como manicômios judiciais (DINIZ, 2013).

Os HCPTs são marcados pela violação de direitos humanos e pela segregação, realidade que atinge todo o Sistema Penitenciário brasileiro. Além disso, há uma profunda invisibilização do louco infrator, que reflete inclusive na escassez de dados sobre essa população e dificulta ainda mais a elaboração de políticas públicas em matéria de direito penal e sanitário. Mesmo com o advento da Lei 10.216/2001 e com todo o avanço conquistado pela luta antimanicomial no país, essa invisibilidade não foi rompida, de tal forma que ainda é um trabalho difícil encontrar dados atualizados sobre o perfil socioeconômico, diagnósticos e infrações cometidas (DINIZ, 2013).

3.3 Duração mínima e máxima das Medidas de Segurança

Quanto ao estabelecimento legal de um prazo mínimo para a Medida de Segurança, este representa uma parcela retributiva da sanção imposta, uma punição pelo fato cometido, visto que independente da resposta do indivíduo ao tratamento, ainda que ocorra a cessação da periculosidade, ele se mantém submetido à Medida (CARVALHO, 2013). Assim, o propósito da Medida de Segurança está para além do tratamento e proteção social.

Já a ausência de um prazo máximo é uma “situação que legitima, na realidade do sistema manicomial brasileiro, a possibilidade de perpetuidade da sanção” (CARVALHO, 2013, p. 503). Além disso, é importante destacar que a Constituição é omissa quanto ao limite temporal das Medidas de Segurança, ao passo que as penas estão inseridas em um extenso rol de princípios e regras constitucionais, o que demonstra uma invisibilidade dessa população também frente ao sistema legislativo e constitucional estruturado no país (CARVALHO, 2013).

O artigo 97 do Código Penal carrega uma subjetividade: a condição de cessação da periculosidade para o fim da aplicação da medida, que abre espaço para a aplicação de uma sanção perpétua, violando uma garantia constitucional. Por

isso, em 2015 o Superior Tribunal de Justiça formulou a Súmula 527 firmando o entendimento de que o tempo de duração da Medida de Segurança não deve ultrapassar o limite máximo da pena abstratamente cominada ao delito praticado.

No entanto, o Supremo Tribunal Federal possui julgados que firmam o entendimento de que a Medida de Segurança deverá obedecer a um prazo máximo de 30 anos, fazendo uma analogia ao artigo 75 do Código Penal, e considerando que a Constituição Federal veda a perpetuidade das penas. Assim diz a jurisprudência da referida corte:

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 judiciale incompetente. (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).

Porém, ocorre que o Pacote Anticrime (Lei nº 13.964, de 24 de dezembro de 2019) trouxe novas regras no âmbito da legislação penal e processual penal. Entre as mudanças está a alteração do artigo 75 do Código Penal, o qual passa a estabelecer que “o tempo de cumprimento das penas privativas de liberdade não pode ser superior a 40 anos” (BRASIL, 2019).

Assim, vemos que a segregação do louco se reflete também dentro do Direito Penal, com um desenvolvimento escasso e contraditório de fundamentos jurídicos, princípios e regras obscuras quanto ao tema. A aplicação da Medida de Segurança

segue às margens do empenho de novos debates jurídicos em centralizar a proteção dos Direitos Fundamentais a esses indivíduos, e o louco infrator segue sofrendo as consequências de um sistema jurídico que não se empenha na concretização de seus direitos.

3.3 A periculosidade como fundamento para imposição da Medida de Segurança

O *jus puniendi*, ou seja, o direito de punir estatal, surge a partir da prática de um fato típico, antijurídico e culpável. Dessa forma, para garantir a ordem pública o Estado tem o poder-dever de impor uma consequência ao sujeito que pratica o fato. Porém, observada a inimputabilidade das pessoas em sofrimento mental autoras de delito, a sanção penal destinada a esses indivíduos é fundamentada no perigo que esses indivíduos representam ao convívio social.

A imposição da Medida de Segurança é pautada, portanto, na periculosidade do agente e com a finalidade aparente de tratamento. Dessa forma, para o Direito Penal a periculosidade é algo intrínseco a esses indivíduos, considerando que eles carregam em si uma potência delitiva que pode eventualmente se tornar um ato lesivo a si ou a outros (CARVALHO, 2013).

A periculosidade do agente é determinada, conforme mencionado anteriormente, através do exame psiquiátrico, que estabelece a sua cessação ou continuidade. Nesse sentido, quanto ao exame, Foucault afirma que ele desempenha o papel de legitimar o poder de punir algo que não a infração.

Que o exame psiquiátrico constitua um suporte de conhecimento igual a zero é verdade, mas não tem importância. O essencial do seu papel é legitimar, na forma do conhecimento científico, a extensão do poder de punir a outra coisa que não a infração. O essencial é que ele permite situar a ação punitiva do poder judiciário num *corpus* geral de técnicas bem pensadas de transformação dos indivíduos (FOUCAULT, 2001, p.23).

O laudo de insanidade mental, com a constatação da periculosidade, portanto, legitima que o Estado puna algo estranho aos fundamentos do seu próprio direito de punir. A punição vem não pelo ato, mas pela hipótese, por um vir a ser. Assim, pune-se a possibilidade.

Em uma análise de 14 acórdãos do Supremo Tribunal Federal e 51 acórdãos do Superior Tribunal de Justiça, Roesler, professora de Direito da UnB, analisa a argumentação jurídica desses órgãos acerca da periculosidade de agentes imputáveis e semi-imputáveis. "O principal resultado observado é que nos processos pesquisados todas as sentenças penais estavam vinculadas diretamente ao exame médico-legal, dentre as quais cinco delas apresentavam transcrição literal do parecer." (ROESLER, 2013, p. 367).

Portanto, o exame de cessação da periculosidade desempenha um papel central no destino processual desses indivíduos. Nesta perspectiva, afirma Fuhrer:

Periculosidade é um juízo eminentemente subjetivo que, por infelicidade, ficou colocado na lei como se fosse cânone objetivo inflexível. Ou seja, se o autor do delito for um inimputável ele automaticamente é considerado perigoso e receberá fatalmente uma medida de segurança, precisando ou não do tratamento e da contenção (FÜHRER, 2000, p.142).

A presunção da periculosidade limita a autonomia do sujeito, o coloca na posição de um ser que apenas oferta perigo, incapaz de desenvolver habilidades e inapto ao convívio social. Assim, ele representa apenas uma probabilidade de conduta, quem ele pode vir a ser determina seu estado presente, sendo completamente desconsiderado o seu ser atual. O que existe é apenas sua possibilidade de delinquir, e quanto a isso o Direito Penal entende que a sociedade deve estar protegida.

4. A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL E A BUSCA POR UM NOVO MODELO ASSISTENCIAL EM SAÚDE MENTAL

4.1 O direito à saúde das pessoas em sofrimento psíquico

O art. 5º da Constituição Federal preceitua os princípios da dignidade humana e de cidadania. Porém, é uma noção de cidadania voltada para autonomia e capacidade de determinar-se no mundo de maneira racional, conforme sua vontade. Aqueles que têm sua capacidade de entendimento e percepção da realidade reduzidas não são abrangidos essencialmente por essa noção de cidadania pautada na razão. Por isso, esse deve ser um conceito fluido e ampliado para respeitar a pluralidade de sujeitos na sociedade (JACOBINA, 2004).

Nesse sentido, é necessário repensar onde se insere a questão da insanidade na sua relação com a cidadania. É contraditória a expectativa de que o louco cumpra o “contrato social” nos seus exatos termos e assim tenha sua proteção garantida por ele, sem, no entanto, o considerar na formulação desse pacto e, ainda assim, o punir pelo seu não cumprimento. E, mais do que isso, o punir pela sua possibilidade de descumprimento, ou seja, aplicando uma sanção penal alicerçada na presunção de periculosidade. Quanto à periculosidade afirma Diniz (2013, p. 15) “periculosidade é um dispositivo de poder e de controle dos indivíduos, um conceito em permanente disputa entre os saberes penais e psiquiátricos.”.

O exercício pleno do direito de cidadania abrange o acesso universal e igualitário ao sistema de saúde. Assim, o indivíduo em sofrimento psíquico tem o direito constitucional de receber o tratamento adequado às suas necessidades clínicas, por meio de políticas sociais e econômicas para proteção e recuperação, conforme o artigo 196 da Constituição Federal (BRASIL, 1988).

O direito à saúde está consolidado em diversos diplomas internacionais, como a Declaração Universal dos Direitos Humanos e o Pacto Internacional de Direitos Econômicos Sociais e Culturais, dos quais o Brasil é signatário. O modelo de saúde que temos hoje no Brasil começou a ser formulado no final dos anos 70 pelo movimento da Reforma Sanitária. A criação do Sistema Único de Saúde, fundamentado nos princípios da universalidade, da integralidade e da equidade, se deu em decorrência da organização desse movimento que conseguiu incluir no texto

constitucional importantes garantias sociais e individuais. Com a Constituição de 1988 a saúde torna-se um direito de todos, sem distinção de qualquer espécie, e um dever do Estado (CORREIA; ALMEIDA, 2018).

4.2 O Direito Sanitário Brasileiro

O Direito Sanitário tem como fundamento o direito à saúde, e é um fenômeno jurídico influenciado por fatores sociais, econômicos, políticos e culturais. Além disso, nasce dos anseios da sociedade relacionados com a proteção, promoção e recuperação da saúde. A Constituição Federal de 1988 ao reconhecer a saúde como um direito humano fundamental faz com que ela passe a ser um tema de interesse também para o Direito, sendo muito importante na consolidação dos Direitos Humanos (AITH, 2006).

Nesse sentido, as leis nº 8.080/1990 e 8.142/1990 estabelecem princípios de Direito Sanitário no ordenamento jurídico brasileiro. Assim, em consonância com a Constituição Federal tais legislações preconizam os princípios da universalidade do acesso aos serviços de saúde, da equidade na assistência, priorizando situações de risco, do atendimento integral, resolutivo e humanizado, dentre outros. Dessa forma, alicerçado nesses princípios, o Movimento Antimanicomial no Brasil foi se consolidando, entendendo a importância de garantir integralmente a tutela do direito à saúde também às pessoas em sofrimento psíquico.

4.3 O Movimento Antimanicomial e a Lei 10.216/2001

O Movimento Antimanicomial nasce do descontentamento dos profissionais, familiares e usuários dos serviços de saúde destinados ao indivíduo em sofrimento psíquico, com objetivo de por fim ao modelo asilar de tratamento. Para rediscutir o modelo assistencial em saúde mental o movimento organizou, em julho de 1987, o II

Congresso Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental com o lema "Por uma sociedade sem manicômios" (AMARANTE, 2003).

Assim, foram ocorrendo mobilizações no país para aprovação de leis e políticas públicas voltadas para as pessoas em sofrimento mental, o que culminou na Reforma Psiquiátrica no Brasil. O objetivo era mostrar para a sociedade as condições desumanas das instituições destinadas ao tratamento desses indivíduos, o ambiente insalubre, a precariedade, a superlotação, o excesso de medicalização, a limitação da autonomia, a extinção da liberdade e a invisibilização dessas pessoas. Sobre o manicômio afirma Maria Fernanda Nicácio:

O aprofundar da ação crítica revela o manicômio como lugar de segregação e controle que se fundamenta nos processos de exclusão social e na periculosidade: lugar do louco, da miséria, dos improdutivos, daquilo que “desencaixa” da ordem da razão e da produção. Não é por acaso que a maioria das pessoas internadas pertencem ao proletariado e ao lumpemproletariado: agir no interior de uma instituição da violência nos remete à violência global do nosso sistema social – em última instância a lógica que a Psiquiatria propõe é a mesma lógica de opressão e violência presentes na vida cotidiana (NICÁCIO, 1989, p. 93).

Dessa forma, o Movimento Antimanicomial surge para denunciar as opressões e violências presentes no manicômio, um lugar onde se pretende o tratamento, mas que promove a exclusão e desumanização das pessoas em sofrimento psíquico. A constante mobilização política e jurídica do movimento resultou na instituição de uma nova Política Nacional de Saúde Mental e a criação da Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica. Assim, ela dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental (BRASIL, 2001).

A Reforma Psiquiátrica buscou então mudar a abordagem à questão da loucura, trazendo uma noção de cidadania que seja inclusiva para o centro do tratamento, uma vez que a abordagem tradicional se mostrou extremamente danosa a esses indivíduos, “a entrega do louco ao ambiente manicomial apenas o cronifica. O que se viu e se vê, na prática, é o agravamento da condição psicótica e a perda

da possibilidade de retorno social ao louco que penetra nesse sistema” (JACOBINA, 2008, p. 88).

4.4 O sistema de determinação da espécie de tratamento aplicada frente ao direito à saúde do louco infrator

Conforme mencionado anteriormente, o artigo 97 do Código Penal estabelece que a medida de internação será aplicada quando o crime praticado pelo agente inimputável for punível com pena de reclusão. De outro lado, o tratamento ambulatorial será aplicado quando o crime for punível com detenção (BRASIL, 1940).

A problemática quanto ao tipo de tratamento imposto pelo juiz está em ele ser pautado no crime praticado e não na condição psiquiátrica e no tratamento médico adequado para cada indivíduo de acordo com o seu diagnóstico. Logo, o critério observado pelo legislador para estabelecer a regra do artigo 97 do referido código, não é, portanto, a medida terapêutica adequada para cada caso concreto, considerando o grau de entendimento, capacidade cognitiva e o quadro clínico de cada paciente. Na realidade, o critério aplicado é a observância do delito praticado em conformidade com a sanção que lhe seria imposta se fosse agente imputável (CIA, 2011).

Quanto ao tratamento, afirma Fragoso:

O juiz deve preferir, sempre que legalmente possível, o tratamento ambulatorial. Está mais do que demonstrada a nocividade da internação psiquiátrica. Os manicômios judiciários, como instituições totais, funcionam com sinal negativo, agravando a situação mental do doente (FRAGOSO, 1993, p. 392).

Portanto, a modalidade de tratamento imposta deve-se basear nas necessidades terapêuticas de cada indivíduo, prezando pela sua real recuperação, observando o direito à saúde das pessoas em sofrimento psíquico autoras de delito. Ademais, no contexto da Lei da Reforma Psiquiátrica, é fundamental prezar pela excepcionalidade da internação, que pode ser imposta quando os demais recursos se mostrarem insuficientes para o tratamento do paciente e visando sempre as necessidades de cada indivíduo.

Nesse sentido, no aspecto jurisprudencial, vale destacar a decisão do Habeas Corpus nº 85401/RS, no qual o Superior Tribunal de Justiça, buscando relativizar o teor do artigo 97 do Código Penal, entendeu a necessidade de se considerar o propósito terapêutico da medida no contexto da Reforma Psiquiátrica. Assim enuncia a ementa:

EMENTA: AÇÃO PENAL. Execução. Condenação a pena de reclusão, em regime aberto. Semi-imputabilidade. Medida de segurança. Internação. Alteração para tratamento ambulatorial. Possibilidade. Recomendação do laudo médico. Inteligência do art. 26, caput e § 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. (HC 85401, Relator (a): CEZAR PELUSO, Segunda Turma, julgado em 04/12/2009, DJe-027 DIVULG 11-02-2010 PUBLIC 12-02-2010 EMENT VOL-02389-01 PP-00051 RTJ VOL-00213-01 PP-00512 RT v. 99, n. 895, 2010, p. 504-507 RJSP v. 58, n. 392, 2010, p. 169-173).

A decisão destaca que deve-se ter em vista a finalidade da Medida de Segurança, e que se no caso concreto a internação se mostra menos eficaz ao tratamento, deve-se aplicar o tratamento ambulatorial, ainda que o fato seja punível com reclusão. A segunda turma do Supremo Tribunal Federal destaca também que devem ser analisadas as circunstâncias a partir de laudo pericial, ausência de antecedentes, empenho familiar na recuperação do indivíduo e imposição de pena privativa de liberdade inicial em regime aberto (CIA, 2011).

5. INCOMPATIBILIDADES ENTRE MEDIDA DE SEGURANÇA E A LEI DA REFORMA PSIQUIÁTRICA (LEI 10.216/2001)

Em que pese os avanços conquistados pelo Movimento Antimanicomial e pela Reforma Psiquiátrica, os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico resistiram à Reforma Psiquiátrica. O louco infrator segue sendo encarcerado em uma instituição total de tratamento, no regime de asilamento compulsório é privado de sua liberdade e autonomia, tendo em muitos casos acentuada a sua condição clínica.

A Lei da Reforma Psiquiátrica consagrou importantes princípios na proteção dos direitos às pessoas em sofrimento mental autoras de delito, como o acesso ao tratamento adequado e visando o cuidado com a saúde de cada indivíduo. Assim, estabelece os incisos I e II do artigo 2º da referida lei:

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; (BRASIL, 2001, art. 2º).

Aqui encontramos a primeira incompatibilidade entre a Lei da Reforma Psiquiátrica e o instituto jurídico da Medida de Segurança. A garantia do direito da pessoa com transtorno mental de ser tratada com humanidade e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde é incompatível com o próprio fundamento da Medida de Segurança, o interesse e proteção social. Ora, se o tratamento deve ser com intuito exclusivo de beneficiar a saúde do indivíduo em sofrimento mental e a aplicação da Medida de Segurança tem o intuito de proteção social, os objetivos são incongruentes.

Importante destacar também o artigo 4º da Lei 10.216/01, assim diz a redação deste:

Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º. (BRASIL, 2001, art. 4º).

O artigo prevê a internação como última hipótese e após frustrados os demais recursos extra-hospitalares. Além disso, o tratamento deverá ser voltado para a reinserção social destes indivíduos. O sistema de determinação da modalidade de tratamento aplicada à Medida de Segurança, se tratamento ambulatorial ou internação, ocorre observando se o fato seria punível com detenção ou reclusão. Conforme citado anteriormente, será submetido ao tratamento ambulatorial aquele que praticar um fato punível com detenção e à internação aquele que praticar fato punível com reclusão. Portanto, esse sistema de determinação também é incompatível com a Lei da Reforma Psiquiátrica, que coloca a internação como última opção de tratamento.

Ademais, o § 3º do artigo 4º da Lei 10.216/01 proíbe expressamente a internação em instituições com características asilares, ou seja, instituições de isolamento. No entanto, os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico são instituições asilares herdadas de um modelo manicomial de saúde mental. O modelo hospitalocêntrico de assistência psiquiátrica é marcado pela ineficácia dos tratamentos, pela violação de direitos, pela segregação e violência institucional (DINIZ, 2013), e mesmo assim segue sendo o modelo central que fundamenta o tratamento aplicado ao indivíduo em sofrimento mental autor de delito.

A Lei nº 8.142 de 19 de setembro de 1990 dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos

serviços correspondentes (BRASIL, 1990). Conforme mencionado anteriormente, tal Lei estabelece o direito à saúde como um direito universal e como um dever estatal, conforme a Constituição Federal, e também os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, como a integralidade e equidade na assistência, a descentralização na estruturação do SUS, universalidade e a participação comunitária. Dessa forma, ao tratar do sistema assistencial em saúde mental, a Lei nº 10.216/2001 também é abrangida por todos os princípios atinentes aos SUS. Assim, todas as garantias relativas ao direito à saúde deveriam ser aplicadas de maneira integral às pessoas em sofrimento psíquico e sem quaisquer discriminações.

É, portanto, necessário identificar que o discurso ideológico que fundamenta a Medida de Segurança como de natureza sanitária é também incompatível com os princípios que regem o Sistema Único de Saúde. A principal contradição está no artigo 99 do Código Penal, que considera os locais destinados ao cumprimento das Medidas de Segurança como estabelecimentos hospitalares. Ocorre que, embora sejam considerados estabelecimentos hospitalares, esses locais integram o Sistema Penitenciário e não o SUS, sendo assim, não são regidos pelos seus princípios e diretrizes, nos termos das legislações vigentes de Direito Sanitário (JACOBINA, 2004).

O Sistema Penitenciário é destinado ao cumprimento de pena, tem caráter retributivo, não visa o tratamento do indivíduo que transgredir a lei. Ainda que a pena tenha também um caráter educativo, esse não é o seu objetivo, ela é uma punição em consequência da violação de um fato típico. Dessa forma, se a Medida de Segurança visa, ao menos em sua função aparente, o tratamento da saúde do sujeito em sofrimento mental autor de delito, ser ela executada pelo Sistema Penitenciário é uma contradição que fragiliza os seus próprios fundamentos. Portanto, isso evidencia também a natureza punitiva da Medida de Segurança. Sobre essa contradição afirma Jacobina:

Hospital público e instituição penitenciária são instituições regidas por princípios absurdamente diversos e incongruentes entre si. Portanto, não há como defender que a medida de segurança tem natureza sanitária e não punitiva sem evidenciar a contradição de um "hospital" submetido ao sistema penitenciário, e não ao Sistema Único de Saúde. (JACOBINA, 2004, p. 77).

6. A NOVA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL E A REORIENTAÇÃO DOS HOSPITAIS DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO NO BRASIL

Em abril de 2002, através da portaria interministerial nº 628, foi aprovado o Plano Nacional de Saúde para o Sistema Penitenciário para promover ações de prevenção dos agravos psicossociais decorrentes do confinamento e também a implementação de programas permanentes de reintegração social junto aos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico no Brasil (BRASIL, 2002).

No mesmo ano, o Ministério da Saúde, em conjunto com o Ministério da Justiça, realizou o Seminário Nacional para a Reorientação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, no contexto da recente promulgação da Lei 10.216/2001, a fim de discutir as problemáticas acerca da questão da inimputabilidade e da Medida de Segurança.

Nesse contexto, em um período de grande avanço no debate sobre direito à saúde das pessoas com transtornos mentais, o relatório final do seminário enuncia que “o Sistema Único de Saúde e a rede de atenção à saúde mental devem responsabilizar-se pelo tratamento da pessoa submetida à medida de segurança” (BRASIL, 2002).

As propostas aprovadas no Seminário trouxeram diretrizes importantes para o desenvolvimento crítico da discussão no âmbito nacional. As principais propostas consistem em: tornar a internação compulsória uma excepcionalidade; ofertar sempre um tratamento multidisciplinar com técnicos da área de saúde mental e que sejam eles consultados pelos juízes acerca da medida terapêutica adequada para cada caso; que a conversão de tratamento ambulatorial em internação ocorra somente sob critérios clínicos; e na não ampliação ou criação de novos Hospitais de Custódia (BRASIL, 2002).

Além disso, o entendimento de que os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico devem se adequar às normas do Sistema Único de Saúde:

Nos estados onde existem manicômios judiciários, as condições mínimas de funcionamento devem se adequar às normas do SUS, com as mesmas regras para os hospitais psiquiátricos públicos ou credenciados ao SUS, direcionadas no sentido da humanização, desospitalização e desinstitucionalização, evoluindo para regime aberto (BRASIL, 2002, p. 20).

No entanto, mais de vinte anos após a promulgação da Lei da Reforma Psiquiátrica e, em que pese o esforço do movimento antimanicomial no Brasil e dos profissionais da área de saúde mental, os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico subsistem, perdurando uma lógica manicomial no tratamento do louco infrator. E, embora a jurisprudência venha lentamente, ao longo desses anos, produzindo precedentes de adequação do artigo 97 do Código Penal à Lei 10.216/2001 (a exemplo do HC nº 85401/RS) o instituto da Medida de Segurança é inconciliável com a lei de proteção às pessoas com transtornos mentais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É, portanto, premente repensar a abordagem do Direito Penal à loucura. Entender que a presunção de periculosidade limita a autonomia do louco e o estigmatiza, colocando-o como alguém que apenas oferece perigo. Questionar onde se insere o direito de punir algo que não a conduta, mas a probabilidade de delinquir e, repensar os pressupostos do instituto jurídico-penal da Medida de Segurança.

O modelo penal-psiquiátrico que temos hoje no ordenamento jurídico brasileiro desumaniza o louco, ao passo que, o Direito Sanitário busca resgatar sua própria cidadania (JACOBINA, 2008). Nessa busca se insere a Lei da Reforma Psiquiátrica, para garantir que a pessoa em sofrimento psíquico tenha acesso ao melhor tratamento concernente às suas necessidades. Nesse sentido, a Lei 10.216/2001 deve ser aplicada de maneira integral também ao louco infrator, pois trata dos direitos da pessoa com transtornos mentais sem fazer nenhuma distinção entre aquele que comete ou não algum crime.

Além disso, ainda que a Medida de Segurança seja executada pelo Sistema Penitenciário e não pelo Sistema Único de Saúde, ela deveria se submeter às legislações que versam sobre saúde mental, por destinar-se às pessoas com transtornos mentais, que devem ter garantida a tutela de seus direitos sem discriminação.

No entanto, ocorre que a Medida de Segurança não tem de fato objetivo terapêutico, ainda que seu discurso ideológico se fundamente no tratamento desses indivíduos. E, dessa forma, é inconciliável com a Lei da Reforma Psiquiátrica e com as demais legislações de Direito Sanitário. Por isso, em mais de vinte anos de vigência da Lei 10.216/2001, os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico ainda resistem e sobrevivem à busca de um modelo antimanicomial e humanizado. Portanto, aplicar integralmente a Lei da Reforma Psiquiátrica à Medida de Segurança resultaria na abolição do próprio instituto.

Assim, fica claro que a Medida de Segurança possui objetivos diametralmente opostos ao direito à saúde das pessoas em sofrimento psíquico autoras de delito. Por isso, é necessário que o ordenamento jurídico construa outro sistema de responsabilização do louco infrator que seja compatível com a Lei da Reforma Psiquiátrica, que não se insira no âmbito penal, mas na esfera do direito à saúde e cidadania desses indivíduos, pois, nas palavras de Jacobina (2008, p. 142) “no momento, há apenas o vácuo, no qual, por inércia, aplicamos o sistema das medidas de segurança sem pensar muito em sua coerência.”.

REFERÊNCIAS

AITH, Fernando Mussa Abujamra. **Teoria geral do direito sanitário brasileiro**. 2006. 458 f. Tese (Doutorado) - Curso de Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

BITENCOURT, Cezar Roberto. **Tratado de Direito Penal: Parte Geral**. ed. 23. São Paulo: Editora Saraiva, 2017.

BRASIL. Decreto-Lei nº 2.848, de 07 de dezembro de 1940. **Código Penal**. Rio de Janeiro, RJ, 07 dez. 1940. Disponível em: planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848compilado.htm. Acesso em: 10 jun. 22.

BRASIL. Decreto-Lei nº 3.689, de 03 de outubro de 1941. **Código de Processo Penal**. Rio de Janeiro, RJ, 03 out. 1940. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del3689.htm. Acesso em: 10 jun. 22.

BRASIL. **Constituição Federal de 1988**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em: 10 jun. 22.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, 19 set. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/Lequidade.htm. Acesso em: 10 jun. 22.

BRASIL. **Lei nº 10216, 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. Brasília, DF, 06 abr. 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 10 jun. 22.

BRASIL. **Lei nº 13.964, de 24 de dezembro de 2019**. Aperfeiçoa a legislação penal e processual penal. Brasília, DF, 24 dez. 2019. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/l13964.htm. Acesso em: 10 jun. 22.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Justiça. **Reforma Psiquiátrica e Manicômio Judiciários: Relatório Final do Seminário Nacional para a Reorientação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico** / Ministério da Saúde, Ministério da Justiça. – Brasília, Ministério da Saúde, 2002.

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

CONDE, Muñoz. **Teoria Geral do Delito**, Porto Alegre, Sérgio A. Fabris, Editor, 1988, p. 137.

CORREIA, Ludmila Cerqueira; ALMEIDA, Olívia Maria de. **Luta antimanicomial continua! Problematizações sobre o manicômio judiciário na perspectiva da Reforma Psiquiátrica brasileira. Insurgência**: revista de direitos e movimentos sociais, [S.L.], v. 3, n. 2, p. 319-347, 14 abr. 2018. Biblioteca Central da UNB.

DINIZ, Debora. **A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil**: censo 201. Brasília: LetrasLivres: Editora Universidade de Brasília, 2013. 382p.

FOUCALT, Michel. **Os anormais** : curso no Collège de France (1974 - 1975). Trad. Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

FRAGOSO, Heleno Cláudio. **Lições de direito penal: parte geral**. 3 ed. Rio de Janeiro: Forense, 1993.

FÜHRER, Maximiliano Roberto Ernesto. **Tratado da inimputabilidade no direito penal**. São Paulo: Malheiros, 2000.

JACOBINA, Paulo Vasconcelos. **Direito penal da loucura**: medida de segurança e reforma psiquiátrica. **Revista de Direito Sanitário**, [S.L.], v. 5, n. 1, p. 67, 2 mar. 2004

JACOBINA, Paulo Vasconcelos. **Direito Penal da Loucura**. Brasília: ESMPU, 2008.

JESUS, Damásio de. **Direito Penal**: parte geral. 32. ed. São Paulo: Editora Saraiva, 2011.

NICÁCIO, F. M. **Da instituição negada à instituição inventada**. In: LANCETTI, A. (Org.). *Saúde Loucura*. 3. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 1989.

CIA, Michele. **Interpretação constitucional das medidas de segurança: as recentes decisões do Supremo Tribunal Federal**. *Revista Jurídica da Libertas - Faculdades Integradas*, v. 1, p. 1-15, 2011.

ROESLER, Claudia Rosane. **A argumentação do STF e do STJ acerca da periculosidade de agentes inimputáveis e semi-imputáveis**. *Revista Brasileira de Ciências Criminais*, São Paulo, p. 347-390, 2013.

SÁ, Alvinho Augusto de; ALVES, Jamil Chaim; ZIMMARO, Rafael Barone. **Medidas de segurança**: necessárias reflexões pós-advento da lei de reforma psiquiátrica (lei 10.216/2001). *Boletim Ibccrim*, [s. l.], v. 249, p. 11, 2013.