

EDUARDA BARBIZAN ARAUJO

**A DOENÇA MENTAL NO DIREITO PENAL E ANÁLISE DAS  
MEDIDAS DE SEGURANÇA**

CURSO DE DIREITO – UNIEVANGÉLICA

2022

EDUARDA BARBIZAN ARAUJO

**A DOENÇA MENTAL NO DIREITO PENAL E ANÁLISE DAS  
MEDIDAS DE SEGURANÇA**

Monografia apresentada ao Núcleo de Trabalho de Curso da Universidade Evangélica de Goiás, como exigência parcial para a obtenção do grau de bacharel em Direito, sob a orientação do Prof. Me. Adriano Gouveia Lima.

ANÁPOLIS - 2022

EDUARDA BARBIZAN ARAUJO

**A DOENÇA MENTAL NO DIREITO PENAL E ANÁLISE DAS  
MEDIDAS DE SEGURANÇA**

Anápolis, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2022.

Banca Examinadora

---

---

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Deus, pela minha vida, e por me permitir ultrapassar todos os obstáculos encontrados ao longo da realização deste trabalho.

Aos meus amigos e familiares, por todo o apoio e pela ajuda, que muito contribuíram para a realização deste trabalho.

Aos meus professores, pelas correções e ensinamentos que me permitiram apresentar um melhor desempenho no meu processo de formação ao longo do curso.

A todos que participaram, direta ou indiretamente do desenvolvimento deste trabalho de pesquisa, enriquecendo o meu processo de aprendizado.

*A persistência é o caminho do êxito.*  
*- Charles Chaplin*

## RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo analisar e estudar o doente mental e as medidas de segurança o direito Penal Brasileiro. Para definir o que se entende por doença mental medida de segurança, seu contexto histórico, sua delimitação legal, seus institutos protetivos e a atuação dos órgãos estatais, entendidos como tais, a autoridade policial, o Poder Judiciário e o Ministério Público, e ainda o impacto no Judiciário. Na busca de efetivar a presente pesquisa, estudaremos a história da doença mental no Brasil, o conceito de doença mental, fundamentos para o tratamento, locais para tratamento do internado, conceito e diagnóstico da medida de segurança. Nesse diapasão falaremos sobre a finalidade terapêutica, as polemicas acerca o prazo de internação, e a desinternação. Logo, tal pesquisa será feita tendo como base a melhor doutrina e a mais atualizadas jurisprudências sobre o assunto, sem perder o foco dos mais variados pontos de entendimento, buscando uma melhor compreensão da finalidade da norma.

**Palavras-chave:** Doença Mental. Medidas de Segurança. Direito Penal. Crime.

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>01</b>
<b>CAPÍTULO I – A DOENÇA MENTAL E O CRIME .....</b>	<b>03</b>
1.1 Histórico sobre doença mental no direito penal .....	03
1.2 Conceito de doença mental para fins penais .....	08
1.3 Fundamentos para tratamento do doente mental que pratica crimes .....	10
<b>CAPÍTULO II – AS MEDIDAS DE SEGURANÇA NO DIREITO PENAL .....</b>	<b>14</b>
2.1 Conceito de medida de segurança.....	14
2.2 Diagnóstico sobre a medida de segurança.....	17
2.3 Instituições para cumprimento da medida de segurança.....	19
<b>CAPÍTULO III – FINALIDADES DA MEDIDA DE SEGURANÇA .....</b>	<b>25</b>
3.1 Especial finalidade terapêutica ou curativa .....	25
3.2 Polêmicas acerca do prazo das medidas de segurança.....	28
3.3 Desinternação Condicional, esforço, ou extinção das medidas de segurança .....	30
<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>33</b>
<b>REFERENCIAS.....</b>	<b>35</b>

## INTRODUÇÃO

O presente trabalho monográfico tem como ideia central analisar o doente mental e a eficácia da medida de segurança, a partir do seu marco histórico, conceito de doença mental e medida de segurança, sua aplicabilidade, até a desinternação.

A metodologia aplicada neste trabalho é de cunho essencialmente bibliográfico, com a utilização das melhores doutrinas que explanam acerca do tema, baseando-se na pesquisa de livros atualizados, jurisprudências recentes, inovações legislativas e artigos consultados na internet. Assim sendo, para propiciar um melhor entendimento, pondera-se que, foi sistematizado de forma didática, em três partes.

O primeiro capítulo fomenta o contexto histórico da doença mental de um modo geral, e também no Brasil com o Holocausto Brasileiro, a tentativa da psiquiatria em classificar a doença mental, e também o Código Penal Brasileiro, os fundamentos utilizados para o tratamento mental para o doente mental que pratica crimes.

O segundo capítulo trata sobre o conceito de medida de segurança que é o instrumento do Direito Penal que visa o tratamento do doente mental, os requisitos necessários para o diagnóstico sobre a medida de segurança, como o incidente de insanidade mental que é necessário se houver dúvidas a respeito da imputabilidade penal do acusado, e baseado nas pesquisas de Débora Diniz as instituições para cumprimento da medida de segurança, onde o Artigo 97 do Código Penal Brasileiro aponta que o doente mental será internado em hospital de custódia e tratamento.

E, por fim o terceiro capítulo dessa monografia, irá tratar sobre a finalidade

terapêutica ou curativa da medida de segurança, trazendo críticas doutrinárias acerca do acompanhamento do sentenciado, as polêmicas sobre o prazo, o posicionamento do Superior Tribunal de Justiça, entendimentos doutrinários minoritários que acreditam que a medida de segurança não é pena, e como se dá a desinternação, os procedimentos e exames necessários para que o internado volte ao convívio social.

Dessa forma, a presente pesquisa espera contribuir para uma melhor compreensão e estudos futuros sobre do tema exposto, por meio de posicionamentos doutrinários relevantes, e jurisprudências fundamentais, a fim de serem aplicadas no âmbito judiciário, em relação aos casos concretos.

## **CAPÍTULO I – A DOENÇA MENTAL E O CRIME**

No presente capítulo será feita uma análise sobre o contexto histórico das doenças mentais e seus reflexos no processo penal Brasileiro, especificamente, no que se refere ao seu diagnóstico como requisito da aplicação da medida de segurança.

Serão analisadas as melhores jurisprudências e as doutrinas mais relevantes sobre o assunto.

### **1.1 Histórico da doença mental no direito penal**

Na antiguidade a doença mental possuía um caráter místico. A Primeira doença mental diagnosticada recebeu a denominação de epilepsia, que ao ser traduzida significa “o mal que está acima deve se abater”. Quando a doença apenas afeta a confusão de pensamentos, consideravam uma possessão parcial, mas quando as crises se agravavam e o indivíduo chegava ao pico de sua crise, denominavam possessão total. (PALOMBA, 2003)

O cuidado com as doenças mentais começa a ter notoriedade na Grécia Antiga. Hipócrates criou uma classificação para as doenças, eis que surge na medicina expressões como histeria, melancolia e mania. Hipócrates já imaginava que todas essas doenças nada tinham a ver com o misticismo, tentando criar uma base orgânica para a solução delas. (MATOS, 2005)

Na Renascença a burguesia considerava os loucos como um estorvo, e a necessidade de eliminá-los se tornou uma preocupação, já que deixá-los à solta na cidade trazia risco para a sociedade da época, fazendo com que fossem expulsos de uma cidade para outra. Sendo submetidos a tratamentos ineficazes e precários. Eram utilizados Naus para o transporte dos loucos, com o objetivo de interná-los em grandes instituições de tratamento. Assim Foucault cita em sua obra:

Confiar os loucos aos marinheiros é com certeza evitar que eles ficassem vagando indefinidamente entre os muros da cidade, é certeza que ele irá para bem longe, é torna-lo prisioneiro de sua própria partida. Mas a isso a água acrescenta a massa obscura de seus próprios valores: ela leva, embora mais que isso, ela purifica. (FOUCAULT, 2009, p. 11-12)

A respeito do contexto histórico da doença mental no Brasil, deve-se falar sobre o “Holocausto Brasileiro” em que o termo foi consolidado pela Jornalista Daniela Harbex em seu livro-reportagem, onde ela traz à tona o momento trágico da história brasileira, em que mais de 60 mil vidas forma interrompidas com tratamentos desumanos e total desrespeito a dignidade da pessoa humana. (ARBEX, 2017)

O Hospital de Colônia de Barbacena funcionou entre os anos de 1930 e 1960, a grande parte de seus funcionários ingressavam por meio de concurso público ou contratados diretamente pelo Estado, sendo assim, o estabelecimento era vinculado diretamente à Secretária do Estado de Minas Gerais. (ARBEX, 2017)

Em seu livro Daniela Arbex cita o transporte que era usado para levar as pessoas de todo o Brasil até Barbacena, o “trem dos loucos” era uma das maneiras de chegar até o Hospital:

Quando a locomotiva desacelerava, já nos fundos do Hospital Colônia, os passageiros se agitavam. Acuados e famintos, esperavam a ordem dos guardas para descer, seguindo em fila indiana na direção do desconhecido. Muitos nem sequer sabiam em que cidade tinham desembarcado ou mesmo o motivo pelo qual foram despachados para aquele lugar.

Eles abarrotavam os vagões de carga de maneira idêntica aos judeus levados, durante a Segunda Guerra Mundial, para os campos de concentração nazista de Auschwitz. (ARBEX, 2017, p. 27)

A chegada ao hospital era marcada de inúmeras violações aos direitos humanos, “ ao receberem o passaporte para o hospital, os passageiros tinham sua

humanidade confiscada” ( ARBEX, 2017, p. 28), separavam homens de mulheres, os despiam, apagavam suas identidades e ganhavam nomes dados pelos funcionários, e os categorizavam como loucos.

Mesmo sendo conhecido como um destino para pessoas “loucas”, cerca de 70% dos pacientes não tinham doença mental alguma, mas sim, eram alcóolicos, prostitutas, homossexuais, meninas grávidas, epiléticos, negros, mendigos, militantes políticos, ou qualquer outra pessoa que não seguia os costumes impostos na época, ou que, incomodavam os coronéis que detiam muito poder no início do século XX. (ARBEX, 2017)

Esse passado sobre as doenças mentais no Brasil fora superado, entretanto, jamais deverá ser esquecido, tendo em vista que, na época toda uma sociedade e o governo foram coniventes com as barbaridades ocorridas, sendo assim, até hoje é discutido as condições de doente mental na nossa sociedade, principalmente no direito Penal Brasileiro. (ARBEX, 2017)

Com todo o avanço acerca das medidas de segurança perpetrado por todo mundo, o Brasil conseqüentemente sofreu os reflexos, onde as medidas de cunho preventivo seguiram em uma jornada de aperfeiçoamento desde a punição diferenciada de menores nas Ordenações Filipinas até a concretização de medidas de segurança no Código Penal de 1940 e em sua retificação no Código Penal de 1984. (Brasil, Código Criminal do Império do Brasil)

Nas Ordenações Filipinas que duraram de 1603 até 1830, não havia nada que fazia referência a culpabilidade criminal dos loucos nem alguma sanção diferenciada imposta a esses indivíduos. Contudo, no Livro 5, Título CXXXV, há uma breve previsão sobre aqueles que possuem desenvolvimento mental incompleto devido a menoridade não poderiam receber pena de morte natural, ficando a cargo do julgador imputar uma pena menor ao delito. (MORAES FILHO, 2010)

No Brasil Imperial já havia essa expressa preocupação com os doentes mentais e sua inimputabilidade no Código Criminal do Império no Brasil (CCIB), como previsto no artigo 10, § 2º, que estabelece que não serão julgados criminosos os

loucos de todo gênero, salvo se tivessem cometido o crime em intervalos de lucidez. Já no artigo 12, resta claro a intenção de uma sanção diferente a esses indivíduos, uma vez que obrigava o recolhimento deles, desde que tivessem cometido crimes a casas especializadas ou que fossem entregues a suas famílias, segundo o convencimento do Juiz. O CCIB estabelece ainda, em seu artigo 64, que delinquentes condenados que se acharem nesse estado de loucura não deveriam sofrer punição. (BRASIL, 1830)

O Código Penal da República intitulado como Código Penal dos Estados Unidos do Brazil, em 1890, o cuidado com a inimputabilidade foi tomando forma nos casos de anormalidade mental como podemos perceber no Livro I, Título III no artigo 27, § 3º, § 4º e § 7º, onde se determina que não serão considerados criminosos os absolutamente incapazes por imbecilidade nativa ou enfraquecimento senil, os indivíduos em privação de sentidos ou inteligência durante a realização da conduta criminosa. (BRASIL, 1890)

Com relação as formas de internação se mantiveram as mesmas do CCIB, a depender do convencimento do Juiz, o doente seria mandado para casas de internação ou para sua própria casa.

No Código de Piragibe ou Consolidação das Leis Penais, de 1932, as normas praticamente se mantiveram. Contudo, se afastou o intervalo de lucidez como excludente do estado de loucura. Entre algumas novidades estão a possibilidade de internação para toxicômanos, intoxicados habituais e ébrios habituais que sofriam uma penalidade de 15 dias a um mês de reclusão por se embriagar, agora eles também poderiam gozar do tratamento. Ademais, a menoridade penal aumentou paraquatorze anos. (PALOMBA, 2003)

A segregação dos doentes mentais comuns e dos que cometeram crimes é evidente no Código de Piragibe. A preferência era que os loucos criminosos se internassem em manicômios judiciários. Contudo, o Estado não fornecia instituições suficientes para atender toda a demanda. A primeira instituição foi criada no Rio de Janeiro em 1921, o segundo no Rio Grande do sul em 1924 e o terceiro em Minas Gerais em 1929. Essa escassez de manicômios judiciários fez com que os loucos

criminosos permanecessem no mesmo local para tratamento, trazendo grandes problemas para os doentes mentais comuns. (PALOMBA, 2003)

O instituto das medidas de segurança se consolida na nossa legislação em um sistema com algumas semelhanças ao Código Italiano de 1930, com a promulgação do Código Penal de 1940. Os dois se basearam em um sistema dualista, onde pena e medidas de segurança estão interligadas. As medidas de segurança poderiam ser aplicadas concomitantemente as penas, entretanto nunca de forma alternada. Consagra-se a aplicação do sistema duplo binário no Código Penal de 1940. (RIBEIRO,1998)

Os considerados irresponsáveis penalmente de acordo com o artigo 22 do Código Penal, eram os totalmente incapazes de entender o fato ilícito, ou determinar-se de acordo com esse entendimento por doença mental, desenvolvimento mental incompleto ou retardado, assim permite o parágrafo único a aplicação parcial da pena se houver incapacidade parcial de entendimento do caráter criminoso do ato de determinar-se conforme esse entendimento nesses mesmos quadros de anormalidade penal. Sendo assim, as doenças que foram incluídas foram as demências, psicoses, toxicomanias graves e o alcoolismo crônicos. (BITTAR, 2009)

O artigo 77 em sua redação aboliu a prática delituosa como requisito para imposição da medida de segurança supondo que este indivíduo venha ou volte a delinquir. As causas de periculosidade estão elencadas no artigo 78 que dispõe acerca dos condenados por crime cometido em caso de embriaguez pelo álcool ou substâncias de efeitos análogos. Também são causas de periculosidade presumida reincidentes em crimes dolosos e os condenados em crime cuja pratica necessite de mais de três pessoas. (BRASIL, 1940)

O artigo 88 dividia as medidas de segurança em: pessoais detentivas, pessoais não detentivas. A primeira previa a internação em hospitais de custódia e tratamento, colônias agrícolas, institutos de trabalho ou reeducação profissional. A segunda consistia em uma liberdade vigiada, proibição de frequentar determinados locais e exílio local. (BRASIL, 1940)

Em relação ao tempo, o Código Penal determinava-se apenas o tempo mínimo que corresponderia ao mínimo da pena de cada crime. A extinção da internação só se daria com a recuperação total do delinquente. Com o passar dos anos, a ineficiência do sistema começou ficar claro, sendo possível uma melhora com a implantação do sistema vicariante, que só se concretizou após a reforma penal de 1984. (PRADO, 2010)

## **1.2 Conceito de doença mental para fins penais**

A tentativa de psiquiátrica de classificar uma doença mental, por muitas vezes não é exata, sendo assim também as classificações que já existem, por sua vez não são seguras, já que as manifestações mentais de caráter patológico não seguem um padrão exato.

Nosso código penal brasileiro ao categorizar a expressão “doença mental” faz referência a um estado de perturbação mental no momento da prática delitiva, dispõe nesse sentido:

O conceito de normalidade psíquica é relativo, e não absoluto. Esse estado tem uma conotação que implica fatores sociais, culturais e estatísticos. Pode-se dizer que a normalidade psíquica é um estado de clarividência centralizado por um ideal excepcional, mas cujos limites periféricos, indistinguíveis e obscuros, vão-se ofuscando até a anormalidade. (FRANÇA, 2001, p. 385)

Embora a classificação não seja certa, é necessária para uma melhor compreensão das doenças mentais. São divididas em três grupos, psicoses, perturbações da saúde mental e o das oligofrênias.

As psicoses são as mais graves e visíveis, ela altera a personalidade e bagunça a consciência de forma agressiva e enxerga o mundo de ponto mais agressivo, como alucinações, ideias delirantes, desapego da vida afetiva podendo levar uma depressão. Pode ter início em razão de disfunções cerebrais, psicológica ou comportamental. (PALOMBA, 2003)

A esquizofrenia é uma doença caracterizada pela desordem mental. Assim,

considerando que a grande maioria dos pacientes em hospitais de custódia e tratamento são acometidos por essa doença há uma grande ligação entre ela e a violência. (PALOMBA, 2003)

Os surtos derivados da esquizofrenia são inconstantes, contudo, se os estes tiverem um curto espaço de tempo de um para o outro, considera-se que o doente está caminhando para a demência completa. (PALOMBA, 2003)

Durante os surtos, o controle é bem delicado e são precedidos por um período de calma denominada efeito esquizofrênico que são caracterizados por distúrbios do pensamento. (PALOMBA, 2003)

A esquizofrenia pode levar a crimes bárbaros, pois há um forte distúrbio de afetividade. Quando o indivíduo é levado a cometer o crime por meio de vozes que falam ao seu ouvido, geralmente ele se mantém no local, mostrando total inconsciência do seu ato. Em outros casos, quando ele comete o crime por iniciativa própria em um surto esquizofrênico, o primeiro impulso é evadir-se do local.

Segundo Carlos Alberto Creso, o paciente esquizofrênico acredita inteiramente nas vozes que ouve, geralmente eles mantêm um diálogo com essas vozes, nem sempre em voz alta, pois acreditam que a voz tem total controle sobre seus pensamentos. (PALOMBA, 2003)

A ideia de perseguição é constante, chegando até a vincular propagandas contra si. Também sustentam a ideia de que algum órgão lhe foi retirado do corpo, ou que é controlado por chips ou máquinas do tempo. É comum encontra-lhes tampando os olhos e os ouvidos, afim de que essa perturbação possa cessar e retornar a paz. A aparência é desleixada. (PALOMBA, 2003)

Embora a inteligência do esquizofrênico não sofra variações, o mesmo não consegue entender que possui a doença e que precisa de tratamento, ele assimila essas atitudes como normais. (PALOMBA, 2003)

Os crimes praticados pelo esquizofrênico geralmente são marcados pela

falta de motivo, remorso e dificilmente essa patologia será curada, considerando seu estágio:

A doença evolui por surtos, isto é, existem períodos de exacerbação dos sintomas mórbidos e existem períodos de acalmia. Porém, mesmo remitido o surto agudo, no período intervalar o paciente continua apresentando desordens mentais, que se chamam defeito esquizofrênico, caracterizado por embotamento afetivo, ensinamento, falta de auto e de heterocrítica, distúrbios do pensamento, etc., que podem manifestar-se isoladamente ou em conjunto. Os surtos não têm freqüência constante. Podem ocorrer várias vezes ao ano ou uma só vez na vida (muito raro), mas se eles são irregulares quanto a freqüência, não o são quanto ao desarranjo psicopatológico que engendram na mente do sofredor. São sempre graves, muitas vezes de difícil abordagem terapêutica, e quanto mais amiúde ocorrem mais rapidamente levam o paciente ao comprometimento total das esferas psíquicas, à demência propriamente dita. (PALOMBA, 2003, p.640)

Oligofrênia apresenta um desenvolvimento abaixo da média e não possui discernimento frente as necessidades da vida, conforme vamos amadurecendo. Ele não consegue criar laços lógicos com os seus conhecimentos.

O doente com retardo mental, sempre se comportará como uma criança, apresenta laços afetivos muito forte com as figuras maternas e paternas. Enfrenta os problemas com agressividade e teimosia quando o doente possui uma estrutura familiar sólida, as chances de conseguir construir um vínculo com a realidade aumenta. (PALOMBA, 2003)

O meio em que ele vive, será de vital importância. Outra característica do retardo mental é a facilidade que outras pessoas tem em engana-los ou forçarem a fazer algo que elas queiram. Facilmente, eles são envolvidos em crimes. Possuem também muita facilidade em mentir, por não conseguir construir um juízo do que é de verdade e o que é mentira (PALOMBA, 2003)

### **1.3 Fundamentos para tratamento mental do doente mental que pratica crimes**

Para uma melhor análise sobre a capacidade de ser culpável é necessária que se faça uma averiguação a higidez biopsíquica do indivíduo, representada pela capacidade do indivíduo tem de distinguir a capacidade ilícita do fato, a maturidade

estabelecida é acima de dezoito anos de idade, sendo esse o critério cronológico. Pode se dizer que a imputabilidade é a reprovação social que pode ser atribuída ao imputável. (NUCCI, 2008)

Acerca da higidez biopsíquica existem inúmeros métodos de verificação, sendo eles critérios biológicos, que levam em conta exclusivamente o fato ou não de existir uma doença ou o desenvolvimento completo ou retardado, sendo assim o Código Penal Brasileiro adota o critério biopsicológico. Não é necessário apenas o diagnóstico de doença mental como também uma prova pericial de que na época do fato o indivíduo não possuía o discernimento necessário. (NUCCI, 2008)

O artigo 26 do Código Penal estabelece:

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

Redução de pena

Parágrafo único - A pena pode ser reduzida de um a dois terços, se o agente, em virtude de perturbação de saúde mental ou por desenvolvimento mental incompleto ou retardado não era inteiramente capaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento (BRASIL, 1940, *online*)

A capacidade de imputação se caracteriza pelo entendimento que o indivíduo tem a respeito do caráter criminoso, nesse mesmo sentido pode-se dizer que, a imputabilidade depende da razão e do livre arbítrio do indivíduo. Há três níveis utilizados para parâmetros de avaliação, capacidade total, capacidade parcial, e capacidade nula. Na psiquiatria a avaliação para dá imputação moral é muito mais complexa e abrangente, e o indivíduo sofre com o juízo da sua própria consciência. (PALOMBA, 2003)

Em regra, os indivíduos que cometem crimes são acometidos com certo grau de anti-sociabilidade, e quanto mais números de ilícitos cometidos esse grau de anti-sociabilidade é maior. Sendo a periculosidade presumida nos casos em que o inimputável comete fato típico penal. (NUCCI, 2008)

Quando a verificação da inimputabilidade se torna difícil, em que os peritos

não conseguem chegar a um consenso, é tarefa do juiz de ofício decidir se aplicará a sanção ou a medida de segurança, sendo essa decisão fundamentada pelas possíveis patologias apontadas por um ou mais peritos. Essa decisão que fica em cargo do juiz deve ser tomada com muita cautela, pois deve-se considerar os efeitos negativos na vida do condenado, como o de uma pessoa mentalmente saudável em um hospital de custódia e tratamento, ou do doente mental no sistema carcerário comum. (NUCCI, 2008)

O artigo 149 do Código de Processo Penal discorre sobre a dúvida da integridade mental do acusado:

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.  
§ 1º. O exame poderá ser ordenado ainda na fase do inquérito, mediante representação da autoridade policial ao juiz competente.  
§ 2º. O juiz nomeará curador ao acusado, quando determinar o exame, ficando suspenso o processo, se já iniciada a ação penal, salvo quanto às diligências que possam ser prejudicadas pelo adiamento. (BRASIL, 1940, *online*)

Um dos objetivos da psiquiatria forense tem para entender o estado de psicose do agente na época do fato leva em consideração os fatores psicológicos, como o temperamento, patologia, e condições de cunho família como condições psicossociais. O centro da investigação criminal é uma das tarefas mais difíceis para o perito, e para responder a demanda judicial precisa seguir alguns aspectos (CAIXETA, 2009)

Alguns desses aspectos são, capacidade de entendimento do ato delitivo no ato do crime, envolvendo a inteligência e o juízo crítico, a capacidade de determinar-se conforme esse entendimento, se há o desenvolvimento incompleto ou atrasado, pode-se relacionar com a oligofrênia e a carência familiar, perturbações mentais, como parafilias sexuais ou transtornos de personalidade, estado de embriaguez, ou uso de substâncias psicotrópicas (PALOMBA, 2003)

Os aspectos citados devem ser analisados levando em consideração a análise da presença desses elementos à época do delito. A higidez mental ou sua

ausência pode ser verificada mediante os antecedentes pessoais e hereditários e até mesmo a própria morfologia do delito, o depoimento do acusado e testemunhas, e os laudos de relatórios médicos. Para que se tenha uma boa verificação da responsabilidade penal, é necessária que seja enviada a cópia do processo acompanhada de uma análise detalhada que compõe o ato ilícito. (CARDOSO; SOUZA, 2006)

Para garantir a veracidade do laudo é necessário que o exame psiquiátrico forense seja composto de alguns itens como, o exame do estado mental, exame físico e complementares, discussões diagnósticas. Acerca da história pregressa pessoal do acusado caracteriza-se anamnese. No exame do estado mental verifica-se a ausência ou presença de alucinações e ilusões. (CAIXETA, 2009 apud SOUZA, 2006)

É necessário que o laudo pericial possua uma consequência ou implicações legais para que seja de qualidade, até porque há alguns pacientes que podem apresentar certa alteração do traçado eletroencefalográfico. Sendo assim, o diagnóstico médico é aprofundado no reconhecimento científico e patológico. (PALOMBA, 2003)

A forma mais atual que parece ser mais eficaz, leal e real, é a que leva em conta a adaptação ao meio social, limites físicos, e situações de estresse, podem ser associadas à anormalidade mental são os sinais de crise no processo adaptativo, desde que tenham origem biológica, psicológica ou sócio-culturais. (BITTAR, 2009)

A normalidade mental, desenvolvimento, mental, incompleto, desenvolvimento mental incompleto, são as categorias utilizadas para estabelecer o diagnóstico final do acusado e da sua responsabilidade penal na época do fato, sendo marcada pelo o fim do laudo pericial.

## **CAPÍTULO II – AS MEDIDAS DE SEGURANÇA NO DIREITO PENAL**

No presente capítulo será feita uma análise sobre a medida de segurança no direito penal brasileiro, conceito das medidas de segurança, características e sua aplicabilidade.

Serão analisadas as melhores jurisprudências e doutrinas mais relevantes sobre o assunto.

### **2.1 Conceito de medida de segurança**

A medida de segurança é o instrumento do Direito Penal, que visa tratamento adequado e específico ao infrator, impedindo assim a reincidência, promovendo a cura e a proteção da sociedade.

A medida de segurança é uma sanção penal, condicionada a uma série de requisitos jurídico-formais. Defendia Zaffaroni e Pierangeli (2018, p.466): “Ainda que a medida de segurança não receba o nome de pena, não há nada mais penoso que se tirar a liberdade de um indivíduo, não importando a denominação, mas a situação fática.”

As evoluções das medidas preventivas foram significativas no mundo e também no Brasil, onde se fez uma crescente melhoria desde a punição de menores nas Ordenações das Filipinas até sua consolidação no Código Penal Brasileiro de 1940, com sua retificação posterior no Código Penal de 1984. (DIMARI, 2010)

Dimare em sua monografia descreve para uma ampla compreensão dos institutos da medida de segurança:

É importante o conhecimento do significado de imputabilidade, semi imputabilidade e inimputabilidade penal, bem como a correta correlação, dos transtornos psiquiátricos, com os graus de responsabilidade penal. Sempre que haja suspeita da sanidade mental, de alguém que tenha cometido ato ilícito penal, se faz necessária, a perícia médico-legal, especificamente na área da psiquiatria forense. (DIMARI, 2010, p. 24)

Então, o que pode se entender por medida de segurança é, o instrumento do Direito Penal que se utiliza de um tratamento psiquiátrico adequado para que o infrator considerado perigoso não volte a cometer crimes, que tenha sua periculosidade cessada e que volte ao convívio social de forma segura, tanto para ele como para a sociedade (FABRINI; MIRABETE, 2007)

Com essa definição muitas divergências doutrinárias surgiram em torno da natureza jurídica da medida de segurança, a quem diga que é uma medida administrativas, por não ter caráter penal com função administrativa, há quem diga que não há como negar o caráter de sanção penal contido em tal medida, e que ao impô-las ficaria indo em posição contrária as garantias individuais. (PRADO, 2010)

Pode se dizer que a medida de segurança é condicionada a uma série de requisitos jurídicos formais. O próprio sistema brasileiro atual admite duas espécies de sanção penal, sendo elas, penas e medidas de segurança, sendo aplicável tanto uma como a outra. (RIBEIRO, 2010)

Antes da Reforma de 1984 no Código Penal, o Brasil adotava o sistema duplo binário nas medidas de segurança, ou seja, seria aplicado ao delinquente criminoso pena mais medida de segurança. Depois de cumprida a pena, o réu continuaria recluso até o exame de cessação da periculosidade acusasse sanidade mental. (PRADO, 2010)

Com a reforma, foi adotado o sistema vicariante, que determina a aplicação de medida de segurança ao inimputável, agora não é mais possível a cumulação de pena e medida de segurança quando houver dúvidas acerca da higidez mental do

acusado, será instaurado o incidente de sanidade mental. Ressalta-se que esse incidente será de observância obrigatória. Contudo, esse sistema é criticado pois ainda que o réu seja perigoso para a sociedade, cumprida a pena ele retornará por ser considerado não mentalmente. (PRADO, 2010)

O artigo 96 do Código penal elenca as espécies de medida de segurança. Aos crimes que são apenados com reclusão, deverá ser cumprida em hospital de custódia e tratamento e aos crimes apenados com detenção o tratamento ambulatorial. Todavia, nada obsta que haja a conversão do tratamento ambulatorial em hospital de custódia desde que seja necessário para o fim curativo da medida. (BRASIL,1940)

O objetivo da internação é o tratamento e a reintegração social do interno mas para que isso ocorra uma equipe terapêutica multidisciplinar deverá acompanhar o paciente durante todo o processo. O Artigo 96 do Código Penal é omissivo acerca da internação em hospitais particulares, mas pelo entendimento dos Tribunais Superiores é possível considerando as condições e a demanda dos hospitais públicos. (BRASIL,1940)

O Código Penal caracteriza duas espécies de medida de segurança:

Art. 96 – As medidas de segurança são:

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

II- Sujeição a tratamento ambulatorial

Parágrafo único – Extinta a punibilidade, não se impõe medida de segurança nem subsiste a que tenha sido imposta. (BRASIL,1940, *online*)

A medida de segurança restritiva de direitos, cumprida com tratamento ambulatorial, é uma grande inovação pois o delinquente poderá contar com um apoio maior da família e poderá dar novos rumos a sua vida pois não estará privado da liberdade. A Lei de Execuções Penais prevê que ela deverá ser cumprida em ambulatorios em hospitais de custódia, sendo possível o cumprimento também em hospital particular, podendo o Juiz ter a opinião do médico particular e também do legista. (BRASIL,1984)

A medida de segurança também está adstrita a extinção da punibilidade, caso o fato não seja mais considerado crime ou tenha ocorrido a prescrição da pretensão punitiva, deverão ser postos em liberdade todos que aqueles que estiverem reclusos por tal ato, ainda que sua periculosidade não tenha cessado. (DIMARE, 2010)

## **2.2 – Diagnóstico sobre a medida de segurança**

O primeiro requisito a ser analisado é o cometimento de fato considerado ilícito penal pelo delinquente, sendo um critério limitativo conservando a segurança jurídica. Se não há provas de que ele cometeu um crime ou se haverá absolvição mediante excludente de antijuricidade, a aplicação da medida de segurança não será admitida. (FABRINI; MIRABETE, 2007)

Atualmente não há mais previsão da periculosidade presumida. Entretanto, alguns doutrinadores defendem que esse que ela continua existindo mais de uma maneira diferente. Ao impor uma medida de segurança com prazo mínimo, ainda que tenha cessado a periculosidade, há uma clara presunção de periculosidade. O diagnóstico de periculosidade terá dois momentos, o primeiro há a comprovação da qualidade sintomática que é o diagnóstico de periculosidade, em um segundo momento, haverá uma associação entre qualidade e os possíveis crimes que ele poderá praticar, isso chama-se prognose criminal. O laudo que irá interessar após a adoção da medida de segurança é o pós-delitivo. (PRADO, 2010)

O inimputável como regra geral, deve ser aplicado a medida de segurança. Em relação aos semi-imputáveis, o Magistrado observará conforme seu juízo e com base nas provas apresentadas qual o melhor tratamento que poderá ser especial ou ambulatorial. (PRADO, 2010)

As sentenças que permitem a aplicação das medidas de segurança considerarão que ele não é um criminoso, trata-se de uma sentença absolutória imprópria. Contudo, isso não obstará a aplicação da medida conforme entendimento consolidado na Súmula 422 do STF que dispõe: “A absolvição criminal não prejudica

a medida de segurança, quando couber, ainda que importe privação da liberdade.” (BRASIL, 1964, *online*)

Quando houver dúvidas acerca da higidez mental do acusado, será instaurado o incidente de sanidade mental. Ressalta-se que diferente de outros incidentes este será de observância obrigatória. Poderão requerer o incidente de insanidade mental o juiz, de ofício, ou a requerimento do Ministério Público, do defensor, do curador, do ascendente, do descendente, do irmão ou cônjuge do acusado, conforme preceitua o artigo 149 do Código de Processo Penal. (BRASIL, 1940)

O artigo 101 da Lei de Execuções Penais diz que deverá ser cumprida em estabelecimentos adequados o tratamento psiquiátrico em hospitais, sendo permitido em outro local adequado. A doutrina critica a possibilidade desse tratamento de forma privada, pelo fato de ocorrer uma falta de supervisão administrativa. (NUCCI, 2008)

Assim leciona Dimari, em sua monografia:

A internação é feita como um instrumento residual, em que outras punições, mostram-se incapazes de produzir os efeitos de prevenção adequados. Como o principal objetivo da internação é o tratamento e reintegração social desses indivíduos delinquentes doentes ao meio social, é fundamental que a execução da sanção seja feita mediante criteriosos recursos, com apoio interdisciplinar de equipes terapêuticas orientadas a constante tentativa de readaptação aos valores e padrões da comunidade. (DIMARI, 2010, p. 27)

Ressalta-se que todo o procedimento deverá respeitar o devido processo legal, permitindo a ampla defesa e o contraditório. O Artigo 378 do Código de Processo Penal ainda admite a internação preventiva, mas esse dispositivo foi revogado pela maioria da doutrina. A súmula 525 do STF diz “A medida de segurança não será aplicada em segunda instância quando só o réu tiver recorrido.” (BRASIL, 2015, *online*)

Caso a ação penal já tenha sido iniciada, ela ficará suspensa até que se obtenha um laudo conclusivo sobre a sanidade mental do acusado. O juiz poderá dar

andamento a diligências que sofreriam inevitável perda pela espera. O mesmo evento não acontece com o inquérito que seguirá normalmente.

O incidente de insanidade mental é indispensável para se conseguir uma sentença absolutória imprópria que faz com que o réu não se submeta a uma pena mas que seja determinada uma medida de segurança que resguardará todos os seus direitos como inimputável e o tratamento terapêutico objetivando sua cura. (NUCCI, 2008)

O Supremo Tribunal Federal se posicionou acerca sobre o incidente de insanidade mental: “A instauração do incidente de insanidade mental requer estado de dúvida sobre a própria imputabilidade criminal do acusado, por motivo de doença ou deficiência mental. Dúvida que há de ser razoável, não bastando a mera alegação da defesa”. (BRASIL, 2010, *online*)

A embriaguez provoca alterações na função mental e neurológicas causadas pela ingestão de substâncias tóxicas ao organismo do ser humano. Sendo assim, divide-se em voluntária quando há intenção de se embriagar, e a culposa quando não há intenção, havendo assim a possibilidade de caso fortuito, quem sem a intenção de ingerir ou sem conhecer os efeitos nocivos da substância o indivíduo faz uso. (DIMARI, 2010)

Pode haver exclusão de imputabilidade na embriaguez patológica, onde a ingestão de álcool é pequena e se associa a hipoglicemia induzida pelo álcool, dano cerebral orgânico ou transtornos de personalidade. Já os casos em que será agravado é na embriaguez preordenada, situação em que o indivíduo ingere a substância para que assim possa cometer o crime. (DIMARI, 2010)

### **2.3 Instituições para cumprimento da medida de segurança**

O artigo 97 do Código de Processo Penal é taxativo ao dizer que os crimes com pena de reclusão haverá a internação em hospital de custódia e tratamento, haverá tratamento ambulatorial. Contudo, quando falamos em doenças mentais,

construir um parâmetro e engessá-lo é o mesmo que retroceder. Considerando isso os Tribunais Superiores já se posicionaram de forma contrária ao texto de Lei, na tentativa de adequá-la ao caso concreto.

No início dos anos de 2000, havia 50 mil leitos. Pesquisas feitas no ano de 2019 confirma que o Brasil tem, 15.532 leitos em hospitais psiquiátricos, 59 Unidades de Acolhimento e 1.475 leitos SUS em hospitais Gerais. (MOREIRA, 2019)

Poucas pesquisas são encontradas nesse sentido. Baseando-se na pesquisa de Débora Diniz (2013) em “A custódia e o tratamento psiquiátrico”, mostra um apanhado em alguns estados que possuem esses hospitais com mais doentes mentais no Brasil em cumprimento de medida de segurança, seja ela de internação ou tratamento ambulatorial.

Em Alagoas, mais precisamente, no Centro Psiquiátrico Judiciário, a população na época da pesquisa é de noventa e oito pacientes homens, noventa e três mulheres. Onde quarenta e seis por cento da dos pacientes esquizofrênicos, e dezesseis por cento com retardo mental, vinte e seis por cento com a população com infrações penais anteriores, e setenta e três por cento em que a periculosidade não foi cessada. (DINIZ, 2013)

No Hospital de custódia e tratamento da Bahia, a população total é de cento e cinquenta e uma pessoas, sendo cento e quarenta homens, onze mulheres. As principais patologias são, esquizofrenia com quarenta e dois por cento, retardo mental dezesseis por cento, um paciente em tratamento ambulatorial, vinte e seis por cento que cometeram infração penal anterior, setenta e três por cento em que a periculosidade não foi cessada (DINIZ, 2013)

No Ceará, a população em tratamento era de cento e dezessete pessoas, nenhuma mulher e nenhuma população em conversão de pena. Os internados diagnosticados com esquizofrenia totalizam quarenta e dois por cento, retardo mental aproximadamente dezesseis por cento, dois pacientes em tratamento ambulatorial, pacientes com infrações penais anteriores são vinte e seis por cento, e a porcentagem

em que a população cujo a periculosidade não foi cessada é de setenta e três por cento. (DINIZ, 2013)

O Hospital de custódia e tratamento do Pará, a população total é de cento e sessenta e cinco internados, divididos em cento e cinquenta e dois homens e treze mulheres, dois em conversão de pena, dezesseis por cento diagnosticados com retardo mental, quarenta e dois esquizofrênicos, vinte e seis reincidentes com infrações penais anteriores, setenta e dois que a periculosidade não foi cessada. (DINIZ, 2013)

Na Paraíba, a Penitenciária de Psiquiatria Forense da Paraíba/BA, consiste em sua população total noventa e oito pessoas, sendo onze mulheres, oitenta e sete homens, um paciente em tratamento ambulatorial, vinte e seis por cento reincidentes, setenta e três por cento assim como de outras instituições de tratamento em que a periculosidade não foi cessada. (DINIZ, 2013)

No complexo Médico Penal do Paraná, a população é uma das maiores, totalizando quatrocentas e quarenta e uma pessoas, sendo quatrocentos e quarenta e um homens, trinta mulheres, treze pacientes em conversão de pena, as principais patologias também são, esquizofrenia e retardo mental, caracterizando quarenta e cinco e dezessete por cento, cinco pacientes em tratamento ambulatorial, vinte e oito por cento com infrações penais anteriores, e a porcentagem em que a periculosidade não foi cessada é de setenta e dois por cento. (DINIZ, 2013)

O Hospital de custódia e Tratamento de Itamaracá que fica em Pernambuco, contém uma população total alta, quatrocentos e trinta e três pacientes, quatrocentos e oitos homens, vinte e conta mulheres, a porcentagem de pacientes com esquizofrenia é de quarenta e dois por cento aproximadamente, e vinte e oito por cento em situações de reincidência. (DINIZ, 2013)

No Rio Grande do Sul, a população do Centro Psiquiátrico Forense Doutor Mauricio Cardoso, têm a população total de duzentos e setenta e nove pacientes, treze em conversão de pena, quinze por cento com retardo mental, quarenta e dois por cento com esquizofrenia, e uma população de reincidentes de vinte e seis por cento. (DINIZ, 2013)

Em Santa Catarina, o Hospital de Custódia e Tratamento têm a população menor comparada a outros estados do sul do país, com cento e trinta e uma pessoas, sendo todos homens, onze em situação de conversão de pena, um paciente em tratamento ambulatorial, setenta e três por cento dos pacientes não foi cessada a periculosidade, sendo quarenta e um por cento esquizofrênicos e dezesseis diagnosticados com doença mental. (DINIZ, 2013)

O Hospital de Custódia e Tratamento Franco da Rocha, localizado em São Paulo, tem cento e cinquenta e três homens, e vinte mulheres, totalizando cento e setenta e três pacientes, a população em conversão de pena são treze pacientes, quarenta e dois por cento da população foi diagnosticadas com esquizofrenia, e dezessete com retardo mental, seis pacientes em tratamento ambulatorial. (DINIZ, 2013)

O Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico do Amazonas, marca com umas menores populações internadas, sendo trinta homens e uma mulher, nenhum paciente em conversão de pena, esquizofrenia quarenta e dois por cento da população, dezesseis por cento diagnosticados com a retardo mental, vinte e seis por cento de pacientes reincidentes, e setenta por cento em que a periculosidade não foi cessada. (DINIZ, 2013)

No Distrito Federal, a população da Ala de Tratamento Psiquiátrico do Distrito Federal é de noventa e dois por cento, sendo noventa homens e duas mulheres, um paciente em tratamento ambulatorial, e o porcentual da população que não foi diagnosticada a cessação da periculosidade é de setenta e três por cento. (DINIZ, 2013)

O Hospital de Custódia e Tratamento Antônio Batalha, que fica no Espírito Santo, conta com uma população de sessenta pessoas, cinquenta e quatro homens e seis mulheres, dois pacientes em tratamento ambulatorial, aproximadamente vinte por cento com infrações penais anteriores, as principais patologias diagnosticadas são, esquizofrenia com quarenta e dois por cento e retardo mental com dezesseis. (DINIZ, 2013)

No Mato Grosso, a Unidade de Saúde Mental, há trinta pacientes, sendo a população total todos homens, um em conversão de pena, nenhum paciente em tratamento ambulatorial, setenta em oito por cento onde não foi detectada a cessação da periculosidade, e as principais doenças são, esquizofrenia e retardo mental. (DINIZ, 2013)

O Centro de Apoio Médico Ribeiro das Neves, em Minas Gerais, tem a população total apenas de homens, caracterizando cinquenta e nove pacientes, e nenhuma mulher, dois em conversão de pena, quarenta e quatro diagnosticados com esquizofrenia, e catorze com retardo mental, seis pacientes em tratamento ambulatorial, vinte e oito por cento com infrações penais anteriores e setenta e três por cento em que a periculosidade não foi cessada. (DINIZ, 2013)

A população de pacientes internados do Hospital Penitenciário Valter Alencar é de cinquenta e seis homens, dezesseis por cento diagnóstico com retardo mental, quarenta e dois por cento com esquizofrenia, seis em tratamento ambulatorial, setenta e dois por cento em que a cessação de periculosidade não foi diagnosticada. (DINIZ, 2013)

No Rio de Janeiro, o Centro de Dependentes Químicos Roberto Medeiros, na época da pesquisa foi computado nenhum paciente em tratamento ambulatorial, e nenhum em conversão de pena, oitenta e sete homens que caracteriza a população, as principais patologias são, esquizofrenia e retardo mental, sendo respectivamente quarenta e dois por cento e dezesseis por cento da população total. (DINIZ, 2013)

A população total da Unidade Psiquiátrica de Custódia e Tratamento do Rio Grande do Sul é de quarenta e cinco homens, nenhuma mulher, sete em conversão, quarenta e dois esquizofrênicos, e dezesseis com diagnóstico de retardo mental, três pacientes em tratamento ambulatorial, vinte e oito por cento com infrações anteriores, e setenta e três que a periculosidade não foi cessada. (DINIZ, 2013)

Em Rondônia, há a Enfermaria da Penitenciária Ênio Pinheiro, com a população de pacientes de trinta e um homens, três em conversão de pena, um em tratamento ambulatorial, vinte e seis por cento com infrações penais anteriores, e com

a porcentagem da cessação da periculosidade não muito diferentes dos outros estados, sendo aproximadamente setenta e dois por cento. (DINIZ, 2013)

E por fim, Sergipe, mais precisamente o Hospital de Custódia e Tratamento, com setenta e cinco pacientes homens, três mulheres, somando setenta e sete pacientes internados, treze em situação de conversão de pena, quarenta e dois esquizofrênicos, e dezesseis diagnosticados com retardo mental, nenhum paciente em tratamento ambulatorial, vinte e seis por cento com infrações anteriores, ediferente dos resultados dos outros estados, apenas dois por cento não foi cessada a periculosidade. (DINIZ, 2013)

Resta claro, considerando esses dados, que a população em cumprimento de medida de segurança no Brasil segue um padrão. O que mais assusta, entretanto, e que ao analisarmos a pesquisa não há dados que não coincidem, o que acontece na prática, algumas pessoas estão internadas sem as devidas informações em suas guias, o que dificulta muito, um estudo aprofundado acerca já que não podemos concluir com tanto precisão. (DINIZ, 2013)

Isso, de fato, não condiz com o artigo 171 e 172 da Lei de Execuções Penais, que dispõe:

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

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

Pode-se observar que a população é predominantemente masculina, as patologias mais encontradas são a esquizofrenia e o retardo mental. Uma parcela dos indivíduos já cometera infrações anteriores, e o dado mais alarmante é a porcentagem altíssima de pacientes que não tem a periculosidade cessada. (DINIZ, 2011)

## **CAPÍTULO III – FINALIDADES DA MEDIDA DE SEGURANÇA**

No presente capítulo será feita uma análise sobre a medida de segurança, e a sua efetividade prática, sendo que, é destinada para os doentes mentais perigosos que praticam crimes previstos tanto no Código Penal quanto nas leis penais especiais.

Além da finalidade das medidas de segurança, será analisada a sua efetividade prática, tendo como melhor fonte a doutrina atual quanto os julgados dos tribunais.

### **3.1 Especial finalidade terapêutica ou curativa**

Há um conflito claro quando falamos de medida de segurança. Por um lado, temos os objetivos imaginados, tratamento e ressocialização, por outro a realidade que detectamos ao estudar sobre a matéria, a segregação e sofrimento do paciente. Preleciona Carvalho e Weigert:

Em face do caráter aflitivo das medidas de segurança, seria fundamental que os direitos e as garantias dos imputáveis condenados às penas carcerárias fossem ampliadas aos portadores de sofrimento psíquico submetidos às medidas de internação psiquiátricas, sobretudo após o advento da Lei de Reforma Psiquiátrica (Lei nº 10.216/2001), que impõe aos poderes constituídos o dever de criar mecanismos humanitários de desinstitucionalização. (CARVALHO; WEIGERT, 2015, p.68)

A psiquiatria se manteve forte em todo o processo, representando o movimento anti-manicomial, contra qualquer tipo de segregação imposta pela sociedade aos doentes mentais. Essa luta como um todo foi de suma importância para

as mudanças que vemos hoje. (FRANCO, 2015)

Quebrar rótulos, procurar entender de maneira lógica, estudar cada uma patologia individualmente, foi o primeiro passo para se construir a ideia que temos das doenças mentais, sobretudo, mudar a forma de olhar para esses indivíduos.

Mas, ao começarmos analisando o ponto crítico das medidas de segurança e o porquê de elas terem se tornado tão ineficazes conforme vem há anos declarando a doutrina especializada no assunto (GRECO FILHO, 2013)

Não temos em nosso Código Penal o que seria, de fato, a periculosidade, ou seja, a imputação da medida de segurança tornou-se uma medida subjetiva, pois não há parâmetros concretos para sua aplicação. (GRECO FILHO, 2013)

Atualmente, o doente mental é usado como sujeito de intervenção do Estado para evitar que eles voltem a reincidir e em contrapartida há a resposta para a sociedade, que em sua grande maioria, ainda acredita que a segregação é o melhor caminho.

Percebe-se que o doente mental é um sujeito de direitos, que deve ter a ideia de responsabilização, negar que ele foi responsável pelo ato e negar que ele merece tratamento, a visão deve ser no sentido que ainda que ele tenha sido responsável por tal ato, com o tratamento adequado ele não voltará a delinquir.

Conforme nos ensina Virgílio de Mattos vejamos o debate acerca da responsabilidade penal e autonomia do doente mental, a saber:

Deve ser assegurado o direito de autonomia e a responsabilidade do imputado, sendo inaceitável a afirmação de um transtorno mental, mesmo grave, faça com o imputado não possa responder pelos próprios atos, enquanto se avalia se há alguma correlação entre o transtorno mental e o fato definido como crime. (MATTOS, 2006, p.167)

O Código Penal é claro quando trata de onde será cumprida as medidas de segurança, contudo, não se preocupou em criar parâmetros que deveriam ser observados, como requisitos mínimos, para funcionamento desses hospitais.

O acompanhamento do sentenciado está previsto no artigo 43 da Lei de Execuções Penais, e entende-se que fica facultado aos familiares e dependentes do internado a contratação do médico de sua confiança. E se caso houver diferenças entre o médico contratado e o perito oficial fica à cargo do Juiz resolvê-las. (AVENA, 2019)

Essa permissão é alvo de críticas por parte da doutrina, principalmente por mostrar clara nossa realidade social, onde pessoas com maior poder aquisitivo conseguem mais privilégios, sendo que o melhor para todos é igualdade perante a lei é que não haja destinação entre ricos e pobres., para que todos recebam o mesmo tratamento ambulatorial (AVENA, 2019)

O Superior Tribunal de Justiça prevê a possibilidade de cumprimento em estabelecimentos privados, já que não há vedação expressa em nosso Código Penal, caso a família tenha condições de manter esse preso. Essa aceitação deixa implícito a falta de condições do Estado em manter uma boa internação que vá atender, de fato, seus fins.

Na falta de vagas em hospitais com a finalidade de tratamento, alguns doentes mentais são mandados para prisões comuns, o argumento é que as medidas de segurança têm o cunho de tratamento e também de proteção a sociedade e ao colocar esse indivíduo em liberdade estará colocando em risco também a todos. Contra esse ato caberá Habeas Corpus. Contudo, os Tribunais Superiores consideram que essa medida contraria o princípio da dignidade da pessoa humana e configura constrangimento ilegal. (BRASIL, 2014)

A medida de segurança se categoriza em dois tipos, detentiva e restritiva. A medida detentiva nada mais é do que a internação em hospital de custódia e tratamento, e suas características são, não há tempo pré-determinado para o cumprimento da medida, sendo assim, se perdura até que a periculosidade seja cessada. A restritiva está situada no artigo. 97 do Código Penal, e dá ao juiz a possibilidade em optar entre o tratamento ambulatorial ou em alguém outro local possível com dependência médica adequada. (CAPEZ, 2016)

Acredita-se que o problema das medidas de segurança não se concentra no tempo de cumprimento e sim como ele é cumprido. Um portador de transtorno mental que passa trinta anos internado em um hospital que não ofereceu tratamento correto, assim que posto em liberdade voltará a delinquir, pois a raiz do problema continuará lá, intacta.

### **3.2 Polêmicas acerca do prazo das medidas de segurança**

Em 2004, a Corte Máxima julgou o HC 84219-SP, o qual previa o prazo máximo de duração das medidas de segurança. O argumento se baseou na inconstitucionalidade da medida de segurança possuir caráter perpétuo considerando que nem o imputável deveria permanecer tanto tempo recluso. (BRASIL, 2004))

A interpretação sistemática e teleológica dos artigos 75, 97 e 183, os dois primeiros do Código Penal e o último da Lei de Execuções Penais, deve fazer-se considerada a garantia constitucional abolidora das prisões perpétuas. A medida de segurança fica jungida ao período máximo de trinta anos (BRASIL, 1940)

Quanto ao prazo de duração a Lei determina que será imposta por tempo indeterminado até que cesse a periculosidade. Mas, muitos afirmam a inconstitucionalidade desse dispositivo pois a medida de segurança é uma espécie de sanção penal, ainda que seu fim seja a cura, e que se o réu for imputável, conforme artigo 75 do Código Penal a pena máxima seria de 30 anos. (BRASIL, 1940)

O Supremo Tribunal Federal, com base nos princípios da isonomia e da proporcionalidade firmou o seguinte entendimento:

A prescrição da medida de segurança deve ser calculada pelo máximo da pena cominada ao delito cometido pelo agente, ocorrendo o marco interruptivo do prazo pelo início do cumprimento daquela, sendo certo que deve perdurar enquanto não haja cessado a periculosidade do agente, limitada, contudo, ao período máximo de 30 (trinta) anos, conforme a jurisprudência pacificada do STF. (BRASIL, 2011, *online*)

A redação da Súmula se torna insuficiente, para melhor interpretação o artigo 75 do Código Penal fala sobre o tempo de cumprimento da medida de

segurança deve ser limitado ao máximo da pena cominada ao delito perpetrado, sendo esse máximo 30 (trinta) anos. (BRASIL, 1940)

Já que a Constituição Federal no seu art.5º, XLVII diz que não há penas perpétuas, não há constitucionalidade em impor a título de tratamento uma privação penal como forma de coerção penal perpétua. Vale lembrar que essa pena, de acordo com o artigo 98 do Código Penal, se estende para pessoas com a culpabilidade reduzida e condenadas por delitos (PIERANGELI; ZAFFARONI; 2018)

Sendo assim, o STJ passou a interpretar o art. 97, §1º, do Código Penal, em concordância com o princípio da isonomia e proporcionalidade, essa nova orientação culminou para a criação da Súmula 527, que tem a seguinte redação: “O tempo de duração da medida de segurança não deve ultrapassar o limite máximo da pena abstratamente cominada ao delito praticado.” (BRASIL. 2015)

Há uma doutrina minoritária que defende que medida de segurança não é pena. Como Nélon Godoy Dower, situa que o louco age sem culpa, e pena é uma sanção que se baseia na culpabilidade, como se afasta a culpabilidade do agente a medida de segurança não é pena. (DOWER, 2000)

Neste mesmo sentido Guilherme de Souza Nucci também afirma que a medida de segurança não é pena mas uma medida que visa a cura do doente mental, senão vejamos as palavras do sobredito autor: “Não nos parece assim, pois além de a medida de segurança não ser pena, deve-se fazer uma interpretação restrita do art. 75 do Código Penal, muitas vezes fonte de injustiças.” (NUCCI, 2008, p.513)

A questão que surge, o agente cumpriu o limite máximo do cumprimento de pena e a periculosidade não foi cessada. Neste sentido o Poder Judiciário decreta a interdição civil do agente em razão da doença mental, baseados nos artigos 1.767 e 1.769 do Código Civil, cumulada com a solicitação de internação psiquiátrica compulsória (BRASIL, 2002)

O Superior Tribunal de Justiça já se posicionou acerca deste assunto e é

firme em sua jurisprudência com fundamento na Lei 10.216/01, conclui pela necessidade da internação se reconhecido por laudo médico a periculosidade do agente perigoso à convivência social. (BRASIL, 2020)

Conclui-se que a duração da medida de segurança não deve ultrapassar 30 (trinta) anos seguindo o princípio da isonomia, não pode tratar de forma mais grave agente inimputável quando comparado ao imputável, e o princípio da proporcionalidade que preza pela proibição do excesso (PIERANGELI; ZAFFARONI; 2018)

O que a doutrina majoritária defende é, a inconstitucionalidade de uma sanção penal restritiva de direitos e liberdade seja perpétua, sendo na Constituição Federal assunto de uma cláusula pétrea, e já que a lei não estipula um limite máximo, torna-se uma obrigação que o interprete o faça (PIERANGELI; ZAFFARONI; 2018)

Ora, o objetivo da medida de segurança é a ressocialização, sendo ela de caráter perpétuo o indivíduo estaria impossibilitado a voltar ao convívio social e familiar, sem chances de ser reinserido na comunidade, o objetivo principal da medida de segurança ficaria assim então frustrado. (PIERANGELI; ZAFFARONI; 2018)

### **3.3 Desinternação condicional ou esforço ou extinção das medidas de segurança**

A cessação da periculosidade será averiguada por perícia médica, e a internação e o tratamento ambulatorial em regra perdurarão por tempo indeterminado. Devendo assim o Juiz estabelecer um prazo mínimo ou máximo de acordo com a gravidade do crime. O artigo 183 discorre sobre um prazo de um e três anos quando acontecer a conversão da pena em medida de segurança diante da superveniência de doença mental ou perturbação da saúde mental do condenado no curso da execução. (FABRINI; MIRABETE, 2021)

O procedimento para verificar o estado de periculosidade fica encargo da autoridade administrativa responsável pela execução, sendo desnecessário

determinação pelo juiz, entretanto, se não for providenciado pelo órgão competente fica a cargo do juiz determinar a instauração. O Ministério Público, os interessados, representante e cônjuge, e o Conselho Penitenciário pela força do artigo 195 também poderão requerer tal providência. (FABRINI; MIRABETE, 2021)

Não será permitido a volta do convívio social aquele que não submetido a perícia, mesmo os prazos sendo improrrogáveis, mesmo o prazo vencido não gera a presunção de que sua periculosidade foi cessada. O diretor do estabelecimento deve fazer um relatório, onde deve conter as informações do paciente e a sua conduta para com os demais, família, funcionários, como se deu o tratamento. (FABRINI; MIRABETE, 2021)

O artigo 150 do Código Penal, dispõe sobre o laudo psiquiátrico e a questão referente à prisão e internação o seguinte:

Art. 150. Para o efeito do exame, o acusado, se estiver preso, será internado em manicômio judiciário, onde houver, ou, se estiver solto, e o requererem os peritos, em estabelecimento adequado que o juiz designar.

§ 1º O exame não durará mais de quarenta e cinco dias, salvo se os peritos demonstrarem a necessidade de maior prazo.

§ 2º Se não houver prejuízo para a marcha do processo, o juiz poderá autorizar sejam os autos entregues aos peritos, para facilitar o exame. (BRASIL, 1940, *online*)

Logo após o recebimento do relatório e o laudo psiquiátrico, respeitando o contraditório e a ampla defesa na avaliação da cessação da periculosidade, serão ouvidos em um prazo de 3 dias o Ministério Público e o curador ou defensor, que em hipótese do semi-imputável não tiver defensor o juiz determinará e o imputável será nomeado o curador. Assim o Juiz de ofício poderá requerer novas diligências se achar necessário, e após realizadas e ouvidos o Ministério Público, curador ou defensor a sentença será proferida que será determinada a liberação ou desinternação. Se for comprovado que a periculosidade não foi cessada a medida de segurança continuará e a renovação da perícia será feita obrigatoriamente decorrido um ano. (FABRINI; MIRABETE, 2021)

Dessa maneira, ainda que haja a comprovação da cessação, haverá a determinação da desinternação ou liberação, entretanto existem algumas condições

a serem cumpridas:

Entretanto, o Juiz da execução deve proceder como na hipótese do livramento condicional, impondo-lhe obrigatoriamente as obrigações de obter ocupação lícita, dentro de prazo razoável se for apto para trabalhar, comunicar periodicamente sua ocupação e não mudar de território da Comarca sem prévia autorização (art. 132, § 1º da LEP) e, as de não mudar de residência sem comunicação, recolher-se à habitação em hora fixada e não frequentar determinados lugares (art. 132, § 2º da LEP) (FABRINI; MIRABETE, p. 573)

De acordo com o artigo 97, § 3º, do Código Penal a desinternação ou a liberação será sempre condicional, e se o agente voltar a cometer qualquer conduta indicativa, não sendo necessariamente um crime, que comprovem que a sua periculosidade não foi cessada, no prazo de um ano, deverá retornar a internação ou tratamento ambulatorial. (FABRINI; MIRABETE, 2021)

Um tema de grande relevância é a progressão de regime, que possibilita o internado a volta progressiva para casa, já que o agente não possa ter a periculosidade detectada no exame pericial, mas mesmo assim precisa de um acompanhamento ambulatorial. (NUCCI, 2021)

Nucci em sua obra usa de exemplo a decisão do Magistrado José Antônio Colombo, processo n. 358.442, em que um internado há quase 7 anos foi submetido a perícia de cessação de periculosidade, ficou sugerida a desinternação, mas com aplicação de tratamento ambulatorial. (NUCCI, 2021)

Dessa forma, o melhor a fazer é converter a internação em tratamento ambulatorial pelo tempo que for necessário à recuperação, até que seja possível, verificando-se a cessação da periculosidade, haver a liberação condicional. Essa metodologia terminou por predominar em muitas Varas de Execução Penal. (NUCCI, 2021, p. 274)

O artigo 179 da Lei de Execuções Penais diz que, após o trânsito em julgado o juiz expedirá ordem para desinternação ou liberação, contra essa decisão caberá agravo por parte do Ministério Público, com efeito suspensivo. Se houver indeferimento contra a desinternação ou liberação, a defesa poderá interpor agravo, e até mesmo o Ministério Público em favor do agente, entretanto será sem efeito suspensivo. (NUCCI, 2021)

## CONCLUSÃO

Ao longo deste trabalho foi dissertado sobre o doente mental e a eficácia da medida de segurança no direito Penal Brasileiro, a história do Hospital Psiquiátrico de Barbacena que mostra a triste realidade de como não só o doente mental mas todos aqueles que em virtude de algum preconceito sofreu de forma desumana, tiveram sua identidade apagada, e sua vida tomada por simplesmente não se encaixar nos padrões impostos da época.

Sendo esse preconceito trazido até hoje nos tempos atuais, onde toda uma sociedade não busca entender de forma científica a doença mental, mas apenas o seu estigma.

Trata-se também do conceito de medida de segurança, como a embriaguez e o uso de droga pode afeta a função mental e neurológicas fazendo com o que o indivíduo cometa crimes, e como isso tem que ser avaliado de forma minuciosa e com muita seriedade. A dificuldade ao se encontrar hospitais de tratamento, sendo isso um grande descaso dos órgãos públicos para coma sociedade, com o doente mental que de fato precisa do tratamento.

Através dessa pesquisa pode-se observar as polêmicas acerca do prazo do cumprimento da pena, onde uma pequena parte da doutrina defende que medida de segurança não é pena, demonstrou a inconstitucionalidade conforme o Código Penal, precisando assim ser interpretado o Artigo 97, §1º do Código Penal, em consonância com o princípio da razoabilidade e da proporcionalidade, e para melhor entendimento o artigo trouxe a visão do Supremo Tribunal Federal e o Superior Tribunal de Justiça.

Sendo assim, a medida de segurança não pode ser perpétua, por ferir a Constituição Federal, que proíbe a aplicação da pena de caráter perpétuo, assim como se refere a Súmula 527 do Superior Tribunal de Justiça.

A desinternação também traz algumas polêmicas doutrinárias acerca de como inserir o desinternado de volta ao contexto social, onde há uma corrente que defende que o agente submetido ao tratamento pode ser inserido aos poucos, começar com o convívio social e o tratamento ambulatorial ao mesmo tempo. O que falta para que esse entendimento ganhe força é o discernimento de todos que, o doente mental precisa receber um tratamento eficaz, existe uma cura para o agente que comete crimes, e que ele precisa voltar para o convívio social.

## REFERÊNCIAS

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

AVENA, Norberto. **Execução Penal**. 6ª ed. Rio de Janeiro: Forense, 2019.

BITTAR, Neusa. **Medicina Legal**. Araçatuba: Editora MB, 2009

BRASIL **Lei nº.10.216, de 06 de abril de 2001**. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/l10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm). Acesso em: 23 nov. 2022.

BRASIL **Lei nº. 10.406, de 10 de janeiro de 2002**. Código Civil. Disponível em: [www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2002/l10406compilada.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10406compilada.htm). Acesso em: 22 nov. 2021.

BRASIL. **Decreto nº. 847 de 11 de outubro de 1890**. Código Penal dos Estados Unidos do Brasil. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/1851-1899/D847.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1851-1899/D847.htm). Acesso em: 10 mai. 2022.

BRASIL. **Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941**. Código de Processo Penal, Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/del3689compilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del3689compilado.htm). Acesso em: 23 nov. 2021.

BRASIL. **Decreto-Lei nº. 2.848, de 7 de dezembro de 1940**. Código Penal. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/del2848compilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm). Acesso em: 23 nov. 2021.

BRASIL. **Lei nº. 16 de dezembro de 1830**. Código Criminal do Império do Brasil. Disponível em: [planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/lim/lim-16-12-1830.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lim/lim-16-12-1830.htm). Acesso em: 30 nov. 2021.

BRASIL. **Lei nº. 7.210 de 11 de julho de 1984. Lei de Execução Penal**. Disponível em: [www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l7210.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7210.htm). Acesso em: 20 nov. 2021.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **Habeas Corpus: HC 285953 RS 2013/0422383-2**. T5 - Quinta Turma. DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL X TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. Relatora: Ministra Laurita Vaz. Brasília, 19 de junho de 2020. Publicação: DJe 24/06/2014. Disponível em: <https://stj.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/864736342/habeas-corpus-hc-285953-rs-2013-0422383-2/inteiro-teor-864736343>. Acesso em: 10 mai. 2022.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **Súmula nº. 527**. O tempo de duração da medida de segurança não deve ultrapassar o limite máximo da pena abstratamente

cominada ao delito praticado. Brasília, DF: Superior Tribunal de Justiça. 2015. Disponível em: <https://www.stj.jus.br/publicacaoinstitucional/index.php/Sml/article/view/64/4037>. Acesso em: 20 mai. 2022.

BRASIL. Supremo Tribunal de Justiça. **Recurso Ordinário em Habeas Corpus: RHC 44587 SP 2014/0012821-0**. T5 - Quinta Turma. Matheus Gilberto Ricci Rocha X Ministério Público do Estado de São Paulo. Relatora: Ministra Laurita Vaz. Brasília, 08 de maio de 2014. Publicação: DJe 16/05/2014. Disponível em: <https://stj.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/25078662/recurso-ordinario-em-habeas-corporus-rhc-44587-sp-2014-0012821-0-stj/inteiro-teor-25078663>. Acesso em: 10 mai. 2022.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Habeas Corpus: HC 101515 GO**. Primeira Turma. Ministro: Ayres Britto. Brasília, 03 de agosto de 2010. Publicação: DJe-159 DIVULG 26-08-2010 PUBLIC 27-08-2010 EMENT VOL-02412-02 PP-00332. Disponível em: <https://stf.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/15923081/habeas-corporus-hc-101515-go/inteiro-teor-103407720>. Acesso em: 10 mai. 2022.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Habeas Corpus: HC 84219 SP**. Relator: Ministro Marco Aurélio. Brasília, 24 de abril de 2004. Publicação: DJ 03/05/2004 PP-00011. Disponível em: <https://stf.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/14800654/habeas-corporus-hc-84219-sp-stf>. Acesso em: 10 mai. 2022.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Recurso Ordinário em Habeas Corpus: RHC 100383 AP**. Primeira Turma. Edenir Xavier, Defensor Público-Geral Da União X Ministério Público Federal, Procurador-Geral Da República. Relator: Ministro Luiz Fux. Brasília, 18 de outubro de 2011. Publicação: DJe-210 DIVULG 03-11-2011 PUBLIC 04-11-2011 EMENT VOL-02619-01 PP-00001. Disponível em: <https://stf.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/20759599/recurso-ordinario-em-habeas-corporus-rhc-100383-ap-stf/inteiro-teor-110107185>. Acesso em: 15 mai. 2022.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Súmula nº. 422**. A absolvição criminal não prejudica a medida de segurança, quando couber, ainda que importe privação da liberdade. Brasília, DF: Superior Tribunal Federal. 1964. Disponível em: <https://jurisprudencia.stf.jus.br/pages/search/seq-sumula422/falsehttps>. Acesso em: 10 mai. 2022.

CAIXETA, Marcelo. COSTA, Fernando César Oliveira. **Psiquiatria Forense**. São Paulo: Livraria Médica Paulista Editora, 2009.

CAPEZ, Fernando. **Curso de Processo Penal**. 19º Ed. São Paulo, Saraiva. 2012.

CARDOSO, Rogerio Götttert. SOUZA, Carlos Alberto Crespo. **Psiquiatra Forense: 80 anos de pratica institucional**. Porto Alegre: Editora Sulina, 2006.

CARVALHO, Salo. WEIGERT, Mariana. A Punição do sofrimento psíquico no Brasil: Reflexões sobre os impactos da Reforma Psiquiátrica no sistema de responsabilização Penal. 2013. **Revista de Estudos Criminais**. Disponível em: <https://patriciamagno.com.br/wp->

content/uploads/2015/09/PM\_Carvalho\_Weigert\_A\_Punicao\_do\_Sofrimento\_Psiquico\_no\_Brasil\_REC\_48\_libre.pdf. Acesso em: 01 dez. 2021.

DIMARI, Roseli. **Transtornos mentais e a eficácia das medidas de segurança: uma análise edico-jurídica.** Trabalho de conclusão de graduação - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2010. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10183/27067>. Acesso em: 30 nov. 2021

DINIZ, Débora. **A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil: censo 2011.** Brasília: LetrasLivres. Editora Universidade de Brasília, 2013. Disponível em <https://livros.unb.br/index.php/portal/catalog/view/9/193/869>. Acesso em: 19 nov. 2021.

DOWER, Néelson Godoy Bassil. **Direito Penal Simplificado.** São Paulo: Editora Nelpa, 2000.

FABBRINI, Renato N. MIRABETE, Julio Fabbrini. **Execução Penal.** São Paulo: Atlas, 2021.

FOUCAULT, Michel. **História da Loucura.** São Paulo: Perspectiva, 2009.

FRANÇA, Genival Veloso de. **Medicina legal.** 6ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

FRANCO, Basaglia. **Escritos Selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica.** 3º Edição. São Paulo: Saraiva, 2015.

GRECO FILHO, Vicente. **Manual de Processo Penal.** 10º Ed. São Paulo: Saraiva, 2013.

MARCÃO, Renato. **Curso de Execução Penal.** São Paulo: Saraiva, 2022.

MATOS, Evandro Gomes. A importância e as Limitações do Uso do DSM-IV Prática Clínica. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul.** Vol. 27. 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0101-81082005000300010>. Acesso em: 20 nov. 2021.

MATTOS, Virgílio de. **Crime e psiquiatria: uma saída: preliminares para a desconstrução das medidas de segurança.** 1ª ed. Rio de Janeiro: Revan, 2006.

MORAES FILHO, Marco Antônio Praxedes. **Evolução Histórica da Inimputabilidade Penal.** Disponível em [www.jus2.uol.com.br/doutrina](http://www.jus2.uol.com.br/doutrina). Acesso em: 20 nov. 2021.

MOREIRA, Anelize. **No Brasil, hospitais psiquiátricos se tornam moradias por tempo indeterminado.** Brasil de Fato. 18 mai. 2019. Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2019/05/18/no-brasil-hospitais-psiquiatricos-se-tornam-moradias-por-tempo-indeterminado>. Acesso em: 10 mai. 2022.

NUCCI, Guilherme de Souza. **Código Penal Comentado.** 9º ed. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2008.

NUCCI, Guilherme de Souza. **Curso de Execução Penal**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Forense, 2021.

PALOMBA, Guido Arturo. **Tratado de psiquiatria forense e civil**. São Paulo: Editora Atheneu, 2003

PIERANGELI, José Henrique. ZAFFARONI, Eugenio Raúl. **Manual de Direito Penal Brasileiro – Parte Geral**. 12ª Edição. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2018.

PRADO, Luiz Regis. **Curso de Direito Penal Brasileiro: Parte Geral- Arts 1º a 120**. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2010.

RIBEIRO, Bruno de Moraes. **Medida de Segurança**. Porto Alegre: Editora Revista dos Tribunais, 2010.

ROMANO, Rogério Tadeu. **Medidas de Segurança**. JUS.com. 12 fev. 2015. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/36404/medidas-de-seguranca>. Acesso em: 13 mai. 2022.