

MEDIDAS DE SEGURANÇA EM FACE DO PRINCÍPIO CONSTITUCIONAL DA DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA

SECURITY MEASURES IN FACE OF THE CONSTITUTIONAL PRINCIPLE OF THE DIGNITY OF THE HUMAN PERSON

BLASKIEVICZ, Ana Carolina de Moraes¹
VIEIRA, Bruna Ramos²
MACHADO, Wilton³

RESUMO

O princípio da dignidade da pessoa humana, explicitamente exaltado no artigo 1º, inciso III, da Constituição Federal, institui base fundamental do Estado Democrático de Direito brasileiro. A legitimidade do Direito Penal nele se embasa. Desta forma, qualquer providência tomada na seara penal deve atentar-se para respeitar e estar em conformidade com a dignidade humana. Entretanto, é sabido que na prática nem sempre isso acontece. Têm-se como exemplo, as medidas de segurança que, desde há muito tempo, levanta questionamentos quanto à sua aplicação, especificamente no que se refere ao tempo de duração delas, do modo como o Estado contribui para o auxílio psiquiátrico aos delinquentes portadores de transtorno mentais, e de como esses enfermos são vistos pela sociedade. Esses questionamentos se levantam com o propósito de saber se a forma como as medidas de segurança é aplicada no atual panorama jurídico atendem ao mínimo da dignidade humana, pois, frequentemente, aqueles que sofrem de transtorno mental foram e ainda são considerados estorvos sociais, seres inconsequentes, violentos e imorais. Por esses motivos, há grandes probabilidades de eles receberem um tratamento desrespeitoso, desigual e indevido em relação aos demais cidadãos. Diante de tal adversidade, compreende-se que através da atuação séria dos legisladores, cidadãos, políticos, judiciário, médicos, é possível colocar em prática as normas aptas a proporcionar medidas de segurança efetivas e a dignidade humana verdadeiramente tutelada.

Palavras-chave: Medidas de segurança. Dignidade humana. Direitos humanos. Reforma psiquiátrica.

ABSTRACT

The principle of the dignity of the human person, explicitly exalted in article 1, item III, of the Federal Constitution, establishes the fundamental basis of the Brazilian Democratic State of Law. The legitimacy of Criminal Law is based on it. In this way, any action taken in the criminal court must be attentive to respect and be in conformity with human dignity. However, it is known that in practice this does not always happen. One example is the

¹ Bacharela em Direito pela Faculdade de Direito de Alta Floresta-FADAF, contato: <anablaskievicz@hotmail.com>

² Bacharela em Direito pela Faculdade de Direito de Alta Floresta (FADAF); Especialista em Direito e Processo do Trabalho pela universidade Anhanguera-UNIDERP em Parceria com a Rede de Ensino LFG, Pós-graduando em Direito e Processo Penal pela Universidade Anhanguera-UNIDERP em Parceria com a Rede de Ensino LFG, Advogada; Contato: <brunaramosvieiraadv@gmail.com>.

³ Bacharel em Direito pela Faculdade de Direito de Alta Floresta (FADAF); Professor universitário de Direito do Curso de Direito da Faculdade de Alta Floresta (FADAF); Especialista em Direito e Processo do Trabalho pela Universidade Anhanguera-UNIDERP em Parceria com a Rede de Ensino LFG; Advogado; Contato: <machadowiltonadv@gmail.com>.

security measures that have long raised questions about their application, specifically with regard to their length of time, how the State contributes to psychiatric assistance to offenders with a disorder and how these patients are seen by society. These questions are raised with the purpose of knowing if the way in which the security measures are applied in the current juridical panorama attend to the minimum of human dignity, since, often, those who suffer from mental disorder were and still are considered social clutters, inconsequential beings, violent and immoral. For these reasons, they are highly likely to receive disrespectful, unequal and undue treatment in relation to other citizens. In the face of such adversity, it is understood that through the serious action of legislators, citizens, politicians, judiciary, doctors, it is possible to put into practice the standards capable of providing effective security measures and human dignity truly protected.

Keywords: Safety measures. Human dignity. Human rights. Psychiatric reform.

INTRODUÇÃO

A sanção penal é a resposta Estatal diante da prática de delitos, a qual visa, além de reprimir aquele que praticou um delito, também prevenir que se pratiquem novas infrações penais. Segundo a doutrina, sanção penal é um gênero composto por duas espécies: pena e medidas de segurança.

As medidas de segurança são aplicadas aos indivíduos que cometem crimes, sendo estes, inabilitados a responderem por seus atos, em virtude de não serem providos de capacidade de entendimento. Nestes casos, os portadores de transtorno mental não recebem a pena pelo crime praticado, mas são internados em estabelecimentos com características hospitalares ou submetidos ao tratamento ambulatorial.

No entanto, a aplicação das medidas de segurança tem sido ineficaz no sentido de atingir um dos mais relevantes objetivos do Direito: a recuperação e a reinserção do portador de sofrimento psíquico ao meio social.

São vários os fatores que contribuem para tal discrepância entre a teoria e a prática, como: condições subumanas de sobrevivência dos pacientes internados, instituições psiquiátricas superlotadas, falta de infraestrutura e funcionários, entre outros; tudo isso decorrente de um fator primário que basicamente é a falta de amparo psiquiátrico por parte do Estado.

Desta forma, entende-se que a execução das medidas de segurança não está em conformidade com a dignidade da pessoa humana, princípio previsto no artigo 1º, inciso III, da Constituição Federal, e um direito inerente a todos. É notório que atender a este princípio é levar em consideração todos os demais princípios e direitos fundamentais dos indivíduos, é assentir que ele conduz todo o ordenamento de valores apresentados pela Carta Magna.

Portanto, o presente trabalho apresenta princípios correlatos com as medidas de segurança, bem como descreve o percurso histórico que levou a criação das referidas medidas, além disso, traz os questionamentos gerados à luz da aplicação das medidas de segurança que implicam especialmente na afronta da dignidade da pessoa humana dos portadores de sofrimento psíquico em conflito com a lei, pois, atualmente, diante da realidade encontrada através de estudos de casos e inspeções realizadas em unidades psiquiátricas, que também serão o objeto de análise neste trabalho, o que se entende é que essas mesmas unidades são tão somente ferramentas de segregação e não de recuperação.

1 PRINCÍPIOS CONSTITUCIONAIS RELATIVOS ÀS MEDIDAS DE SEGURANÇA

As medidas de segurança e as penas consistem em duas espécies de sanção penal previstas no ordenamento jurídico brasileiro. Assim como as penas, as medidas de segurança é resposta do Estado que limita os direitos do agente que praticou delito e são submetidas aos mesmos limites impostos ao poder de punir do Estado em relação às penas.

No tocante ao papel dos princípios consagrados constitucionalmente, Bonavides (2015, p. 296) esboça:

Postos no ponto mais alto da escala normativa, eles mesmos, sendo normas, se tornam doravante, as normas supremas do ordenamento. Servindo de pautas ou critérios por excelência para a avaliação de todos os conteúdos normativos, os princípios, desde sua constitucionalização, que é ao mesmo passo positivamente no mais alto grau, recebem como instância valorativa máxima categoria constitucional, rodeada do prestígio e da hegemonia que se confere às normas inseridas na Lei das Leis. Com esta relevância adicional, os princípios se convertem igualmente em *norma normarum*, ou seja, norma das normas.

Em meio a diversos princípios constitucionais existentes, faz-se necessário enfatizar um princípio em especial, que é o princípio da dignidade da pessoa humana, consagrado no art. 1º, inciso III, da Carta Magna. É dele que derivam todos os demais princípios constitucionais.

Desta forma, já estabelecido que os princípios constitucionais cabíveis às penas recaem igualmente sobre as medidas de segurança, neste capítulo, serão analisados os princípios que, ligados à dignidade da pessoa humana, são os mais importantes em relação às medidas de segurança.

1.1 Princípio da dignidade da pessoa humana

A dignidade da pessoa humana prevista no artigo 1º, inciso III, da Constituição Federal de 1988, é considerada como um dos pressupostos de que o Brasil é Estado Democrático de

Direito, isto é, que visa a garantir o respeito pelas garantias fundamentais e pelos direitos humanos inerentes a todos.

Foi na filosofia, por meio de pensadores como Cícero, Pico della Mirandola e Immanuel Kant que surgiram as primeiras ideias do valor intrínseco de cada pessoa e a capacidade individual de fazer escolhas morais, de ter acesso à razão e determinar seu próprio destino. A dignidade da pessoa humana, através da filosofia moral e da ética, também ficou conceituada como um valor concernente à moralidade, ao bem, à vida boa e à conduta correta.

Consoante o jurista Santoro Filho (2012, p. 24) “a dignidade humana, sob a visão de Kant, consiste em que o ser humano e, de modo geral, todo ser racional, existe com um fim em si mesmo, não simplesmente como meio do qual esta ou aquela vontade possa servir-se ao seu talento.” Desta forma, começa-se a entender que todo homem tem dignidade e não um preço, ou seja, a dignidade humana é propriamente insubstituível e não pode ser trocada por coisa alguma.

Com o passar do tempo, em meados do século XX, logo após a Segunda Guerra Mundial, a concepção de dignidade humana foi inserida no discurso político das potências que reprimiram o conflito e se transmutou em uma meta política, um fim a ser alcançado por instituições nacionais e internacionais. Neste seguimento, Barroso (2013, p. 20) preconiza:

Em relação ao Direito Constitucional doméstico, especialmente após a Segunda Guerra Mundial, numerosas constituições vieram a apresentar uma linguagem que exige a proteção da dignidade, sendo esse o caso de países como Alemanha, Itália, Japão, Portugal, Espanha, África do Sul, Brasil, Israel, Hungria e Suécia, entre muitos outros.

É a partir da Segunda Guerra Mundial que a dignidade da pessoa humana passou a ser legitimada expressamente nas Constituições, em diversos documentos e tratados internacionais, especialmente após ter sido elevada pela Declaração Universal da Organização das Nações Unidas (ONU) do ano de 1948. Nesta mesma vertente, Barroso (2013, p.18) ensina:

Na reconstrução de um mundo moralmente devastado pelo totalitarismo e pelo genocídio, a dignidade humana foi incorporada ao discurso político dos vitoriosos como uma das bases para uma longamente aguardada era de paz, democracia e proteção aos direitos humanos.

Em virtude da experiência nazista vivida na Alemanha, foi permissível averiguar o valor e a conscientização de salvaguardar a dignidade da pessoa humana, deixando clara que é de responsabilidade Estatal, em todos os âmbitos, garantir aos indivíduos esse direito.

Diante disso, a dignidade humana se ascendeu como um conceito jurídico, um pilar do pensamento jurídico humanista, eis que a aplicação de um direito puramente positivista não era suficiente para solucionar casos que envolviam princípios conflitantes, lacunas, desacordos morais e ambiguidades.

No que tange à aplicação das medidas de segurança, o princípio da dignidade da pessoa humana determina que o Estado conceda aos doentes mentais em conflito com as leis condições mínimas de tratamento, sobretudo, com presença de profissionais habilitados laborando nos hospitais de custódia, salubridade do ambiente institucional, individualização na execução da medida de segurança, progressividade terapêutica, e, especialmente, transmissão de valores essenciais à convivência em uma sociedade livre e repleta de diversos grupos sociais com interesses distintos.

1.2 Princípio da intervenção mínima

O princípio da intervenção mínima recomenda o emprego do Direito Penal pelo Estado exclusivamente quando outros métodos previstos no ordenamento jurídico para a realização da harmonia social apresentarem-se ineficazes à realização deste fim. Este princípio assenta-se na Declaração de Direitos do Homem e do Cidadão, de 1789, a qual determina que a lei só deve prever as penas estritamente necessárias.

Somente quando outros ramos do Direito mostrarem-se incapazes para a sustentação da ordem jurídica é que deve socorrer-se à sanção penal. Nesse seguimento, o Direito Penal deve ser o último recurso para a desaprovação da conduta ilícita. Neste sentido, Capez (2015, p. 36) ensina da seguinte maneira:

Da intervenção mínima decorre, como corolário indescutível, a característica de subsidiariedade. Com efeito, o ramo penal só deve atuar quando os demais campos do Direito, os controles formais e sociais tenham perdido a eficácia e não sejam capazes de exercer essa tutela. Sua intervenção só deve operar quando fracassam as demais barreiras protetoras do bem jurídico predispostas por outros ramos do Direito. Pressupõe, portanto, que a intervenção repressiva no círculo jurídico dos cidadãos só tenha sentido como imperativo de necessidade, isto é, quando a pena se mostrar como único e último recurso para a proteção do bem jurídico, cedendo a ciência criminal a tutela imediata dos valores primordiais da convivência humana a outros campos do Direito, e atuando somente em último caso.

O princípio da intervenção mínima é o responsável pela indicação dos bens jurídicos de maior destaque que recebem a privativa atenção do Direito Penal, bem como faz com que aconteça a chamada descriminalização.

Toda atividade punitiva do Estado deve ser guiada pelo referido princípio da intervenção mínima. Este princípio e o ordenamento jurídico-penal derivam da dignidade humana, pressuposto do Estado democrático de Direito, e são uma premissa para a disseminação mais equilibrada da justiça.

1.3 Princípio da individualização

As sanções penais, consoante expresso mandamento constitucional dirigido ao legislador, conforme estabelece o art.5º, XLVI, da Carta Magna, carecem ser impostas e aplicadas de forma individualizada, tendo em vista a culpabilidade e o mérito do sentenciado. O princípio determina que a lei pressuponha mecanismos de individualização, tanto na fixação da sanção penal, como na sua aplicação e na trajetória de seu cumprimento. Sobre o princípio da individualização, Greco (2016, p. 119) preleciona:

Interpretando o texto constitucional, podemos concluir que o primeiro momento da chamada individualização da pena ocorre com a seleção feita pelo legislador, quando escolhe para fazer parte do pequeno âmbito de abrangência do Direito Penal aquelas condutas, positivas ou negativas, que atacam nossos bens mais importantes. Destarte, uma vez feita essa seleção, o legislador valora as condutas, cominando-lhes penas que variam de acordo com a importância do bem a ser tutelado.

No tocante às medidas de segurança, constata-se a aplicação do princípio de individualização no artigo 96 do Código Penal, ao constituir distintos tipos de tratamento ao inimputável e ao semi-imputável, designando duas espécies de medidas de segurança: internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou, à ausência, em estabelecimento adequado; e submissão a tratamento ambulatorial.

No entanto, para que o princípio da individualização seja efetivado no que tange à eficácia das medidas de segurança, não basta à individualização que o Código Penal lhe dá. É necessária ainda, uma preocupação individualizada com a recepção de cada enfermo mental em conflito com a lei, especificamente no que concerne às instalações necessárias à aplicação das disposições legais, bem como um pessoal técnico competente para pô-las em função.

2 HISTÓRIA DA LOUCURA NO DIREITO PENAL

A loucura pode ser entendida como uma experiência social, eis que é vista de diversas formas, como foi no decorrer da história. No período primitivo, o louco era considerado um ser divino, sagrado, digno de admiração e adoração, com isso, recebia cultos em sua

homenagem. O seu comportamento anormal era entendido como se os deuses estivessem intercedendo na maneira de agir do homem, como se forças externas definissem o seu pensamento. Nesse sentido, Führer (2000, p.16) ensina:

Para os povos primitivos o louco era um ser sagrado, que merecia grande respeito e distinção. Seus atos eram considerados manifestações divinas. Os índios americanos demonstravam respeito e veneração pelos perturbados mentais, preparando cerimônias religiosas em sua homenagem.

A loucura era tida como uma manifestação divina. Os loucos eram vistos como profetas, já que falavam coisas que o homem comum não entendia. Nessa época, eles circulavam livremente pelas cidades. Segundo Führer (2000, p.16 e 17) relata que na Idade Média a loucura passou despercebida, logo era vista como algo natural. A pessoa considerada louca vivia em sociedade de forma livre. A loucura era considerada um fato cotidiano normal das pessoas, havendo condescendência em relação aos perturbados mentais. Além disso, ainda em meados do ano de 1650 a cultura ocidental foi estranhamente hospitaleira com as manifestações da enfermidade mental como fonte de cultura.

Todavia, no século XVII, Führer (2000, p. 17) narra que a tolerância para com os doentes mentais se findou, criando assim, o início da exclusão, dos maus-tratos e das variadas torturas. Nesta época começaram a ser criados estabelecimentos para recolhimento de mendigos, criminosos, prostitutas e demais desagregados, com o fito de excluir esses indivíduos da sociedade, e não para tratá-los. Neste momento histórico, a loucura, desaparece da vida social.

Com a Revolução Francesa a internação passou a ser destinada apenas aos loucos. Führer (2000, p. 17) descreve que em meados de 1795, inicia-se o período da terapia de controle absoluto sobre os atos do doente. Eram utilizados métodos de castigo e humilhações, para que o doente assumisse comportamentos adequados.

No Direito Romano, surgiu uma preocupação com os aspectos civis do louco, especialmente no que tange a sua capacidade civil. Com isso, alguns institutos do Direito Penal moderno tiveram sua origem. Führer (2000, p. 17) ensina que foi a partir daquele período da história que surgiu a concepção de que a punição do louco seria incabível, eis que a doença já se incumbira de puni-lo. O louco deveria ser contido com cuidado, acorrentado, se necessário, para preservar a segurança das pessoas. Havia também a possibilidade de o louco ficar sob custódia da família.

As medidas de segurança advieram visivelmente a partir das ideias inspiradas no positivismo criminológico do final do século XIX, tendo em vista que o delito praticado por aqueles desprovidos de capacidade de entendimento e livre-arbítrio, a pena imposta a ele era ineficaz.

Dentro desse contexto é que surgiram os primeiros contornos do que mais tarde se tornariam as medidas de segurança. Ante a ineficiência, através da punição, de prevenir que o portador de enfermidade mental não cometesse mais crimes.

Segundo Führer (2000, p. 138) descreve que segundo historiadores, foi no projeto do Código Penal suíço de Karl Stoops, de 1893, que as medidas de segurança surgiram pela primeira vez, tendo como finalidade a prevenção individual. Todavia, seus princípios passaram a ter vigência somente em 1937, momento em que o Código Penal suíço passou a vigorar. De acordo com Nogueira (1937, p. 282-283 apud ZILBERMAN, 2009, p. 61):

O projeto de Código Penal suíço menciona expressamente três tipos de medidas de segurança: internamento dos delinquentes habituais (art. 40); reclusão em casa de educação pelo trabalho dos que levam má vida e dos ociosos (art. 41); reclusão dos bêbados habituais em estabelecimento adequado (art. 42). O projeto contempla ainda outras medidas que funcionam ora como penas complementares, ora como verdadeiras medidas de segurança: caução preventiva, confisco de objetos perigosos e publicação da sentença. O projeto estabelece ainda a medida de segurança para os irresponsáveis ou de responsabilidade diminuída, as crianças e os adolescentes, bem como a interdição de frequentar casas de bebidas alcoólicas, como pena acessória (art.53).

Esse modelo foi copiado imediatamente por outros países, tais como: Argentina, Áustria, Alemanha, Bélgica, Chile, Colômbia, Dinamarca, Espanha, França, Inglaterra, Portugal, Romênia, Uruguai.

3 MEDIDAS DE SEGURANÇA NO DIREITO PENAL BRASILEIRO

O modelo atual que a legislação brasileira possui no tocante às medidas de segurança é resultado de grandes acontecimentos históricos como já estudado no capítulo anterior. A pena separou-se da medida de segurança, no entanto, ambas continuam sendo medidas reguladas pelo Direito Penal e impostas coercitivamente pelo Estado.

O atual Código Penal brasileiro dedicou o Título VI da Parte Geral totalmente à disciplina das medidas de segurança. O instituto é tratado nos artigos 96 a 99. Neste capítulo as medidas de segurança serão tratadas minuciosamente com o objetivo de entender o funcionamento e aplicação delas no ordenamento jurídico brasileiro.

3.1 Espécies e execução das medidas de segurança

O Código Penal, em seu artigo 96, prevê duas espécies de medidas de segurança: a internação psiquiátrica (art.96, I) e o tratamento ambulatorial (art.96, II).

No que tange às espécies de medidas de segurança, Greco (2016, p. 805) ensina:

O tratamento a que será submetido o inimputável sujeito a medida de segurança poderá ocorrer dentro de um estabelecimento hospitalar ou fora dele. Assim, a medida de segurança poderá iniciar-se em regime de internação ou por meio de tratamento ambulatorial. Dessa forma, podemos considerar que as medidas de segurança podem ser detentivas (internação) ou restritivas (tratamento ambulatorial).

Desta forma, para melhor compreensão dos tipos de medidas de segurança é imprescindível estudar as peculiaridades de cada uma.

3.2 Internação psiquiátrica

A internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico simboliza, a rigor, a fusão de medidas de segurança preunciadas na legislação anterior: internação em manicômio judiciário e internação em casa de custódia e tratamento, fusão esta que ocorreu com a Reforma Penal de 1984. Mesmo adquirindo uma nova terminologia, Bitencourt (2015, p. 861) declara que “a nova terminologia adotada pela reforma não alterou em nada as condições dos deficientes manicômios judiciários, já que nenhum Estado brasileiro construiu os novos estabelecimentos.”

A internação psiquiátrica determina o cumprimento da medida de segurança em hospital de custódia e de tratamento psiquiátrico ou outros estabelecimentos adequados com características similares.

Sobre o estabelecimento adequado ao qual a norma penal se refere, Bitencourt (2015, p. 861) questiona: “o que seria estabelecimento adequado? A lei não diz, mas dá uma pista, quando fala que o internado tem direito de ser “recolhido a estabelecimento dotado de características hospitalares”, para submeter-se a tratamento (art.99 do CP).”

A lei n. 7.210 de 1984 (Lei de Execução Penal) traz algumas medidas a serem adotadas quando a aplicação da internação psiquiátrica for pertinente. O art. 99 da lei acima mencionada expõe que a internação psiquiátrica é aplicável ao inimputável, bem como ao semi-imputável.

Segundo os arts. 100 e 174, cumulados com os arts. 8º e 9º da LEP, o internado deverá ser submetido obrigatoriamente aos exames psiquiátrico, criminológico e de personalidade.

O inimputável ou semi-imputável ao ser submetido à internação em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico deverá ser alojado em cela individual que conterà dormitório, aparelho sanitário e lavatório. O ambiente deve ser salubre e a área mínima deve ser de 6,00m² (seis metros quadrados), conforme dispõe o art. 88 da LEP.

O art. 14, § 2º, da LEP, assevera que, “quando o estabelecimento penal não estiver aparelhado para prover a assistência médica necessária, esta será prestada em outro local, mediante autorização da direção do estabelecimento.” Neste seguimento, de acordo com Mirabete e Fabbrini (2015, p. 361), “o STF já decidiu da possibilidade de internação em hospital particular por não haver estabelecimento adequado ao tratamento em hospital público”. Entretanto, cumpre enfatizar que, embora exista a possibilidade de internação em hospital particular, a custódia do agente submetido à medida de segurança deve ser garantida para que seu propósito de prevenir seja totalmente eficaz.

3.3 Tratamento ambulatorial

A segunda espécie de medida de segurança é aquela que submete o paciente ao tratamento ambulatorial. A sujeição do sentenciado a esse tratamento foi grande inovação introduzida no capítulo das medidas de segurança pela reforma penal de 1984. É lição de Mirabete e Fabbrini (2015, p. 361) que o tratamento ambulatorial:

Corresponde a inovação às atuais tendências de “desinstitucionalização” do tratamento ao portador de doença mental ou de perturbação de saúde mental.[...] O legislador seguiu essa orientação, prevendo a referida medida de segurança não detentiva, cumprindo ao sentenciado comparecer ao hospital de custódia e tratamento psiquiátrico nos dias que lhe forem determinados pelo médico, a fim de ser submetido à modalidade terapêutica prevista (art.101 da LEP).

A principal característica do tratamento ambulatorial é a imposição do acompanhamento médico-psiquiátrico sem a obrigatoriedade de que o paciente permaneça recluso na instituição.

Nota-se que, conforme o artigo 97, *caput*, do Código Penal, a regra é que, se o indivíduo for inimputável, o juiz determinará sua internação, entretanto, o fato previsto como crime for punível com detenção, o juiz poderá submetê-lo a tratamento ambulatorial, isto é, haverá a conversão da internação em tratamento ambulatorial. Desta forma, Carvalho (2015, p. 507) conclui que:

O critério para definição da espécie de medida de segurança – detenção em hospital de custódia ou restrição em regime ambulatorial – é, fundamentalmente, conforme estabelecido no art. 97, *caput*, do Código Penal, a previsão genérica da *gravidade do ilícito* (detenção ou reclusão). Assim, o regime ambulatorial é aplicado subsidiariamente ao de internação nos casos em que a conduta praticada pelo inimputável tenha como previsão a pena de *detenção*.

No tocante à aplicação do tratamento ambulatorial, Bitencourt (2015, p. 862) observa que:

A punibilidade com *pena de detenção*, por si só, não é suficiente para determinar a conversão da internação em tratamento ambulatorial. É necessário examinar as *condições pessoais* do agente para constatar a sua *compatibilidade* ou *incompatibilidade* com a medida de mais liberal. Claro, se tais condições forem favoráveis, a substituição se impõe.

No tratamento ambulatorial, diferentemente da internação psiquiátrica, o exame criminológico nos sentenciados é facultativo, dependerá da natureza do fato e das condições do indivíduo, conforme assegura o art. 174, cumulado com os arts. 8º e 9º da lei nº 7.210 de 1984.

É válido mencionar também que o art. 97, §4º, do Código Penal, explicita a ideia de que o tratamento ambulatorial não é imutável, eis que, em qualquer fase, ele poderá ser convertido em internação, para fins curativos. Mirabete e Fabbrini (2015, p. 862) esboçam que “também já se converteu em tratamento ambulatorial a medida de segurança de internação no caso do inimputável que se encontrava irregularmente recolhido à cadeia pública até que houvesse vaga no estabelecimento adequado”.

Em se tratando de alcançar resultados positivos com a aplicação do tratamento ambulatorial, Führer (2000, p. 148) adverte:

Não se pode exigir que o paciente doente mental ou com desenvolvimento mental retardado tenha responsabilidade e expediente suficientes para cumprir rigorosamente as recomendações médicas. Cabe ao posto ambulatório orientar as famílias dos pacientes, além de fazer o seguimento necessário.

Em qualquer das espécies acima comentadas, quando a sentença que determinar o cumprimento de medida de segurança transitar em julgado, será indispensável para iniciar a execução, a emissão de uma guia de internamento ou tratamento ambulatorial. Esta guia é expedida pela autoridade judiciária competente e é enviada para a autoridade administrativa incumbida de execução. A guia conterá: a qualificação do agente e o número do registro geral do órgão oficial de identificação; o inteiro teor da denúncia e da sentença que tiver aplicado a medida de segurança, bem como a certidão do trânsito em julgado; a data em que terminará o

prazo mínimo de internação, ou do tratamento ambulatorial; outras peças do processo reputadas indispensáveis ao adequado tratamento ou internamento (arts.171, 172 e 173 da LEP).

Será dada ciência ao Ministério Público da guia de recolhimento ou sujeição de tratamento. Ademais, sempre que sobrevierem modificações quanto ao prazo de execução a guia sempre será retificada.

3.4 Médico particular

Mediante o exposto no art. 43 e seu parágrafo único da LEP, é permitido, tanto ao internado bem como ao submetido a tratamento ambulatorial, a assistência médica em outro local com dependência médica adequada e é garantida a liberdade de contratar médico de confiança pessoal, com o fito de orientar o tratamento. Contudo, havendo divergências entre o médico oficial e o particular, serão resolvidas pelo juiz da execução.

3.5 Prazo de duração das medidas de segurança: limites mínimos e máximo

Após a aplicação da internação ou do tratamento ambulatorial, o segundo momento da atividade sancionatória judicial é o da determinação da quantidade de tempo que a medida de segurança durará. O art. 97, §1º, do Código Penal, institui que a medida de segurança, independentemente da espécie, será por tempo indeterminado, isto é, prolongar-se-á enquanto perdurar a periculosidade do agente, e o seu prazo mínimo deverá ser de 1 (um) a 3 (três) anos.

Para estabelecer este prazo mínimo o juiz deve ponderar unicamente os aspectos que se relacionam à doença mental, à periculosidade efetivamente evidenciada e ao tratamento prognosticado.

O inimputável ou semi-imputável submetido a medida de segurança será sujeitado a perícia médica, a qual se realizará ao término do prazo mínimo fixado e deverá ser repetida de ano em ano, ou a qualquer tempo, se o determinar o juiz da execução (art. 97, §2º do CP).

No tocante à verificação de cessação da periculosidade, deve ser considerado o artigo o artigo 175, da Lei de Execução Penal.

É válido ressaltar que, ainda no decorrer do prazo mínimo da medida de segurança estabelecido na sentença, em qualquer tempo, o juiz da execução poderá ordenar o exame de cessação de periculosidade, mediante requerimento fundamentado do Ministério Público ou do interessado, seu defensor ou procurador (art. 176 da LEP).

A questão polêmica a ser enfrentada com relação ao prazo se refere ao tempo máximo de duração da medida de segurança. É sabido que a Constituição Federal foi omissa em relação às medidas de segurança no tocante à previsão de princípios exclusivamente direcionados a elas. Contudo, os princípios constitucionais configuradores das sanções penais valem tanto para as penas como para as medidas de segurança. Sendo assim, ao se tratar de sanção penal (pena e medidas de segurança), o texto constitucional deve ser interpretado de forma ampla.

Pois bem, diante disso, a problemática que rodeia a questão das medidas de segurança não terem um prazo máximo de duração é que a Carta Magna, em seu art. 5º, XLVII, b, que veda a perpetuidade da pena, logo, veda também a perpetuidade da medida de segurança. Então, não estabelecer prazo de duração para elas é agir em desconformidade com a Constituição Federal. Nesta perspectiva, Bitencourt (2015, p. 864) doutrina:

Não se pode ignorar que a Constituição de 1988 consagra, como uma de suas cláusulas pétreas, a proibição de prisão perpétua; e, como *pena e medida de segurança* não se distinguem ontologicamente, é lícito sustentar que essa previsão legal – vigência por prazo indeterminado da medida de segurança – não foi recepcionada pelo atual texto constitucional. Em trabalhos anteriores sustentamos que em obediência ao postulado que proíbe a prisão perpétua *dever-se-ia*, necessariamente, limitar o cumprimento das medidas de segurança a prazo não superior a trinta anos, que é o lapso temporal permitido de privação da liberdade do infrator (art. 75 do CP).

Por este ângulo, parece estar consolidada na doutrina e na jurisprudência a restrição das medidas de segurança conforme a determinação do art. 75 do Código Penal, ou seja, impossibilitando que ultrapasse o limite temporal dos 30 (trinta) anos. Bitencourt (2015, p. 865) declara que:

Começa-se a sustentar, atualmente, que a medida de segurança não pode ultrapassar o limite máximo de pena abstratamente cominada ao delito (v. g., crime de furto, quatro anos; roubo, dez anos etc.), pois esse seria “o limite da intervenção estatal, seja a título de pena, seja a título de medida”, na liberdade do indivíduo, embora não prevista expressamente no Código Penal, adequando-se à proibição constitucional do uso da prisão perpétua. Assim, superado o lapso temporal correspondente à pena cominada à infração imputada, se o agente ainda apresentar sintomas de sua enfermidade mental, não será mais objeto de sistema penal, mas um problema de saúde pública, devendo ser removido e tratado em hospitais da rede pública, como qualquer outro cidadão normal.

Para que sejam evitadas situações de perceptível rompimento com os princípios constitucionais de igualdade de tratamento e da proporcionalidade da sanção com relação ao fato e ao resultado causado, ou seja, estabelecer uma aproximação de forma mais equânime possível entre a punição de imputáveis e inimputáveis em conflito com a lei, é imprescindível

que a medida de segurança seja empregada ao limite máximo à pena que seria aplicável no caso concreto.

Consoante ao que foi explicitado acima, Carvalho (2015, p. 515) instrui que o julgador ao prolatar a sentença de absolvição imprópria, realizaria a dosimetria da medida, como se fosse da pena, excluindo, logicamente, circunstâncias relativas à culpabilidade, eis que se trata de inimputável.

3.6 Desinternação e liberação condicional

A desinternação ou a liberação será sempre condicional, devendo ser restabelecida a situação anterior se o sujeito, antes do decurso de um ano, vier a cometer fato indicativo da persistência de periculosidade (art.97, §3º do CP). Neste seguimento, Führer (2000, p. 157) ensina:

Ao se referir a “fato” a lei reconheceu que não só o crime, mas também qualquer outro acontecimento humano é apto para indicar a manutenção da periculosidade. Assim, a persistência da periculosidade pode ser revelada por um quase-crime – o crime impossível, por exemplo -, ou qualquer ato socialmente reprovável.

Constatada a cessação da periculosidade, na perícia antecipada ou em um dos exames ordinários, será prolatada sentença judicial, que, se consentir com o laudo, ordenará a desinternação condicional (no caso de internação psiquiátrica) ou a liberação condicional (no caso de tratamento ambulatorial).

De acordo com o art. 179, da LEP, a desinternação ou liberação condicional somente ocorrerá com o trânsito em julgado da sentença que as determinar.

O regime de condições a ser imposto aos inimputáveis ou semi-imputáveis em conflito com a lei é o mesmo da liberdade condicional. O art. 132, da LEP, em seu § 1º, traz as condições obrigatórias impostas ao liberado condicional, quais sejam: obter ocupação lícita, dentro de prazo razoável se for apto para o trabalho; comunicar periodicamente ao Juiz sua ocupação; não mudar do território da comarca do Juízo da execução, sem prévia autorização deste. O § 2º, do mesmo artigo, exhibe as condições facultativas que podem ser impostas ao liberado condicional, que são: não mudar de residência sem comunicação ao Juiz e à autoridade incumbida da observação cautelar e de proteção; recolher-se à habitação em hora fixada; não frequentar determinados lugares.

O art. 133, da LEP, declara que, se for admitido ao liberado residir fora da comarca do Juízo da execução, remeter-se-á cópia da sentença do livramento ao Juízo do local para onde ele se houver transferido e à autoridade encarregada da observação cautelar e de proteção.

Se o agente deixar de cumprir as condições impostas pelo juiz na desinternação ou liberação condicional, pode haver restabelecimento da medida de segurança. Expirado o prazo de 1 (um) ano sem novidades, a medida de segurança é julgada extinta.

3.7 Substituição da pena por medida de segurança

São duas as hipóteses em que a pena aplicada pode ser substituída por medida de segurança: semi-imputabilidade ou superveniência de doença mental.

A substituição de pena por medida de segurança em decorrência do art. 98, do Código Penal, somente será possível quando se tratar de condenado semi-imputável, que necessitar de tratamento curativo especial.

O juiz deve sempre condenar o semi-imputável a uma pena legalmente prevista, derivando daí todos os seus efeitos, ou seja, direitos e obrigações. O magistrado, somente se constatar que, no caso concreto, o sujeito necessita mais de tratamento do que de condenação fará a substituição da pena aplicada por medida de segurança.

Além disso, o juiz não pode de imediato aplicar medida de segurança, sem determinar na sentença a pena aplicável mesmo que a recomendação pericial seja o tratamento curativo. Isso ocorre, de acordo com Bitencourt (2015, p. 867), por dois motivos:

Em primeiro lugar, porque o art.26, parágrafo único, determina que “a pena pode ser reduzida...”, e o art. 98 estabelece que, na hipótese do dispositivo citado, “a pena privativa de liberdade pode ser substituída”. Logo, a pena tem de ser *aplicada* para poder ser *reduzida*, ou então, se for o caso, substituída. Por outro lado, a lei fala que a pena “pode ser substituída”, e para que alguma coisa possa ser “substituída” por outra é preciso que dita coisa exista, e a pena privativa de liberdade só terá existência se for aplicada na sentença condenatória. [...] Em segundo lugar, somente a pena privativa de liberdade pode ser substituída por medida de segurança, pois o art. 98 exclui as demais modalidades de pena.

Desse modo, entende-se que é imprescindível que inicialmente haja a aplicação de uma pena e, para que ocorra a substituição da pena em medida de segurança, além de observar se o agente é semi-imputável, a pena aplicada deve ser privativa de liberdade, sendo esta condição de admissibilidade da substituição trazida pelo Código Penal.

Ressalte-se, que se a pena inicialmente privativa de liberdade for substituída por pena restritiva de direitos ou por multa, não será possível a sua substituição por medida de segurança.

No que diz respeito à substituição da pena em medida de segurança em caso de superveniência de doença mental do condenado, ou seja, quando, depois de aplicada a pena, o

condenado for acometido de doença mental, em concordância com o art. 41, do Código Penal, deverá ser recolhido a hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou, à falta, a outro estabelecimento adequado. Nos casos de semi-imputabilidade e superveniência de doença mental, a medida de segurança só poderá ter duração correspondente à pena substituída.

4 CRÍTICA A EXECUÇÃO E AOS RESULTADOS OBTIDOS COM A APLICAÇÃO DAS MEDIDAS DE SEGURANÇA

É sabido que a finalidade das medidas de segurança desde seu surgimento é oferecer um tratamento diferenciado aos delinquentes portadores de doença mental, com o escopo de fazer cessar a periculosidade do indivíduo e este ser reinserido novamente na sociedade.

Não obstante, dias atuais, tornou-se visível que a aplicação das medidas de segurança acaba não atingindo a finalidade para a qual elas foram criadas, isso porque os hospitais judiciários do Brasil encontram-se, em sua maioria, em situação precária. A falta de amparo psiquiátrico por parte do Estado atenta contra a mínima parcela de dignidade dos enfermos mentais reclusos. Neste sentido, Silva (2010, p. 229) ensina:

Apesar do fato de as reformas com relação às políticas públicas de saúde mental terem sido implementadas no Brasil nas duas últimas décadas, o caso Ximenes Lopes marca o processo de transição de um modelo de assistência focado na atenção médico-hospitalar e de manicômios, para uma abordagem descentralizada, regionalizada, que propõe a reabilitação e reintegração social das pessoas com doenças mentais.

Portanto, mesmo com o caso Ximenes Lopes, a política pública de tratamento de pessoas com deficiência mental no Brasil, não sofreu mudança significativa. Há relatos de casos de maus tratos, de descaso para com o portador de enfermidade mental, de afronta ao princípio dignidade da pessoa humana inerente a esses enfermos, cometidas por instituições incumbidas do cuidado desses indivíduos.

4.1 A reforma psiquiátrica no Brasil

Ao averiguar o documento que trata da reforma psiquiátrica brasileira e a política de saúde mental, produzido por meio do Programa de Volta para Casa (2014, s.p.), programa este instituído pela Lei Federal n. 10.708 de 2003, cuja finalidade é regulamentar o auxílio-reabilitação psicossocial de pacientes que tenham permanecidos internados em hospitais e

clínicas psiquiátricas por longos períodos; é possível compreender toda a trajetória que levou o Brasil a instaurar a reforma psiquiátrica em seu ordenamento jurídico.

Phillippe Pinel, no século XVIII, propôs um novo modo de tratamento aos enfermos mentais, qual seja interná-los em manicômios, local destinado somente aos doentes mentais. O objetivo de Pinel era reeducar os enfermos com respeito às normas e desencorajar condutas inconvenientes. Pinel afirmava que a função disciplinadora do médico deveria ser executada com firmeza, no entanto, com gentileza também. Essa nova ótica de tratamento teve grande repercussão no mundo todo inclusive no Brasil.

Contudo, ao longo do tempo, o tipo de tratamento proposto por Pinel foi se modificando, prevalecendo as ideias corretivas do comportamento dos portadores de doença mental. O tratamento incluía medidas físicas como, banhos frios, máquinas giratórias, chicotadas e sangrias.

Assim, iniciou-se o movimento da Luta Antimanicomial que surgiu marcado pela concepção de defesa dos direitos humanos e de resgate da cidadania dos enfermos mentais. A partir disso, surgiu também o movimento da Reforma Psiquiátrica com a finalidade de denunciar os manicômios como estabelecimentos de violências.

No Brasil, o movimento da Reforma Psiquiátrica iniciou-se na década de 70 com a aliança entre os profissionais na área da saúde mental e dos familiares dos portadores de doença mental. Relevante acontecimento como a intervenção e o fechamento da Clínica Anchieta, em 1989, no município de Santos, no Estado de São Paulo, incitaram a Reforma Psiquiátrica Brasileira. Neste seguimento Silva (2010, p. 229) menciona:

A política de saúde mental do Estado brasileiro tem-se focado na humanização e na atenção aos direitos das pessoas com doenças mentais. O reflexo dessa mudança de mentalidade pode ser observado através da promulgação da Lei 10.216/01, que dispõe sobre os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. O texto da citada lei tem claros propósitos inclusivos, afirmando o direito à independência da pessoa com deficiência mental e a necessidade de contínua busca de sua inserção nos mais diversos setores da sociedade.

A política de saúde mental proposta pela Lei Federal visa a desinstitucionalização de pacientes de longo período em hospitais psiquiátricos, incentivando que a internação só ocorrerá quando de extrema necessidade. A política propõe a prática de ações que propiciem a reabilitação psicossocial através de atividades voltadas à cultura, lazer e trabalho.

4.2 Medidas alternativas aplicáveis ao portador de sofrimento psíquico

A reforma dos sistemas de saúde mental parte do pressuposto de oferecer ao portador de transtorno mental em conflito com a lei um tratamento diferenciado. A reforma psiquiátrica trazida pela Lei n. 10.216/2001 tem como principal objetivo a desinstitucionalização, conforme dispõe o art. 5º:

O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário.

Ainda, o art.6º da lei assegura que “a internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos”. Nesta toada, Santoro Filho (2012, p.50) defende que:

A desinstitucionalização aponta para uma nova abordagem do problema da doença ou dos transtornos mentais, absolutamente distinta daquela oferecida pela psiquiatria do manicômio. O doente não mais se resume à doença e nem constitui um objeto do tratamento, mas passa de copartícipe da solução da situação-problema; em síntese, deixa de figurar como um objeto da psiquiatria para passar a ostentar a condição de sujeito. A desinstitucionalização, nestas condições, tem por finalidade precípua a reconstituição e, podemos também afirmar, a libertação das pessoas portadoras de transtornos mentais, constituindo um esforço para transformar o seu modo de viver, de sentir e trabalhar o próprio transtorno ou seu sofrimento e de (re) adaptá-la, ainda que com limitações, ao convívio social.

A desinstitucionalização é uma metodologia que engloba a nova política de saúde mental, cujo propósito é a reinserção social do portador de sofrimento psíquico e que se potencializa por instrumentos terapêuticos e de assistência social.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No transcorrer histórico sobre a loucura, tanto no Brasil como em outros países, puderam-se compreender as diversas formas de como o portador de transtorno mental delinquente ou não, foi visto e tratado na sociedade. Várias foram as tentativas de lidar, recuperar e curar esses enfermos.

No Brasil, o Código Penal trouxe um modo diferenciado de cuidar dessas pessoas, criando as medidas de segurança. No entanto, ficou evidenciado pelo percurso histórico que todo tratamento sempre se voltara à segregação dos portadores de doença mental.

A exclusão dos portadores de transtorno psíquico do meio social acarretou na execução de diversas barbáries, tais como, o caso de Damião Ximenes Lopes e o ocorrido na Casa de Saúde Anchieta, em Santos.

Em virtude disso, com a finalidade de extinguir esses locais de isolamento e promover a desinstitucionalização, iniciou-se a luta antimanicomial, a defesa dos direitos humanos dos doentes mentais e a necessidade de constituir uma reforma psiquiátrica. Leis, programas e projetos foram criados com esses objetivos.

Todavia, para que haja uma mudança significativa na infeliz realidade encontrada até hoje nas instituições psiquiátricas, é necessário o auxílio constante e efetivo do Estado.

Atualmente, o descaso com que o poder público trata os portadores de enfermidade mental em conflito com a lei, demonstra a enorme discrepância existente entre a teoria e a prática. A lei n. 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos dos portadores de sofrimento psíquico e redireciona o modelo assistencial em saúde mental não está surtindo efeito diante da precariedade encontrada nas instituições psiquiátricas durante a realização das inspeções.

Os doentes mentais infratores não recebem um amparo psiquiátrico eficiente, haja vista que as instituições, as quais foram criadas com a finalidade de recuperá-los e reinseri-los no convívio social, continuam cumprindo a função de mera ferramenta de segregação.

Não há infraestrutura, não há higiene, não há assistência, não há fiscalização, ou seja, tudo é humilhante, precário e degradante. Nas condições em que estão depositados esses seres humanos é impossível reconhecer-lhes o título de cidadãos, já que cidadania eles não possuem. Tudo isso diante da negligência do Estado.

Os princípios constitucionais são constantemente desrespeitados, os direitos dos portadores de transtorno psíquico em conflito com a lei são violados a todo o momento, e essa realidade demonstra o total desvirtuamento dos valores essenciais para a construção de um Estado Democrático de Direito.

Desta forma, fica evidenciado que o modelo manicomial, inconstitucional, ilegal e que não traz retorno nenhum e a ninguém deve ser extinto. Não é permissível um sistema que constantemente viola a dignidade da pessoa humana continue em funcionamento.

Ao término desse estudo, percebe-se que existem alternativas de mudar a atual realidade. A própria Lei da Reforma Psiquiátrica traz o elemento primordial: a desinstitucionalização, tendo em vista a falta de eficiência da institucionalização. É fundamental a desconstrução, de uma vez por todas, da ideia dos manicômios e similares.

A construção de alternativas e soluções como o Auxílio-Reabilitação Psicossocial, os Serviços Residenciais Terapêuticos, o PAILI (SES- GO) e o PAI-PJ (TJ- MG), são apostas de mudança da atual situação desoladora presenciadas nas unidades psiquiátricas.

No entanto, para que isso ocorra, é imprescindível que haja vontade por parte do Estado em solucionar esse problema que afligem os portadores de transtorno mental em conflito com a lei. É papel do Estado em capacitar profissionais para atuarem na área psiquiátrica. De aproximar a sociedade da realidade dos enfermos mentais infratores, e efetivar e executar as alternativas já existentes para a solução do problema e, ainda, fomentar e criar novos programas que podem promover mudança no atual sistema.

REFERÊNCIAS

- BARROSO, Luís Roberto Barroso. **A dignidade da pessoa humana no direito constitucional contemporâneo: a construção de um conceito jurídico à luz da jurisprudência mundial**. Minas Gerais: Fórum, 2013.
- BITENCOURT, Cezar Roberto. **Tratado de direito penal, parte geral 1**. São Paulo: Saraiva, 2015.
- BONAVIDES, Paulo. **Curso de direito constitucional**. São Paulo: Malheiros Editores, 2015.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em: 05 ago. 2018.
- _____. **Código penal**. Lei 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848compilado.htm>. Acesso em: 05 ago. 2018
- _____. **Código de processo penal**. Decreto-lei n. 3.689, de 3 de outubro de 1941. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del3689.htm>. Acesso em: 06 ago. 2018.
- _____. **Lei de execução penal**. Lei n. 7.210, de 11 de julho de 1984. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7210.htm>. Acesso em: 08 de ago. 2018.
- _____. **Lei n. 7.209, de 11 de julho de 1984**. Altera dispositivos do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1980-1988/L7209.htm>. Acesso em: 07 ago. 2018.
- _____. **Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm>. Acesso em: 02 ago. 2018.

_____. **Lei n. 10.708, de 31 de julho de 2003.** Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.708.htm>. Acesso em: 08 ago. 2018.

CAPEZ, Fernando. **Curso de direito penal**, parte geral 1. São Paulo: Saraiva, 2015.

CARVALHO, Salo de. **Penas e medidas de segurança no direito penal brasileiro.** São Paulo: Saraiva, 2015.

COCURUTTO, Ailton. **Os princípios da dignidade da pessoa humana e da inclusão social.** São Paulo: Malheiros Editores, 2008.

CONSELHO NACIONAL DE PSICOLOGIA [et al]. **Inspeções aos manicômios: relatório Brasil 2015.** Brasília: CFP, 2015.

FILHO, Antonio Carlos Santoro. **Direito e saúde mental: à luz da lei 10.216 de 06 de abril de 2001.** São Paulo: Verlu Editora, 2012.

FILHO, Manoel Gonçalves Ferreira. **Curso de direito constitucional.** São Paulo: Saraiva, 2011.

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

GOMES, Luiz Flávio. **Direito Penal: parte geral: culpabilidade e teoria da pena.** São Paulo: Revista dos Tribunais, 2005.

GRECO, Rogério. **Curso de direito penal**, parte geral. Rio de Janeiro: Impetus, 2016.

IKAWA, Daniela [et al]. **Direitos humanos na ordem contemporânea: proteção nacional, regional e global. volume IV.** Curitiba: Juruá, 2010.

JESUS, Damásio de. **Direito penal, parte geral.** São Paulo: Saraiva, 2013.

MIRABETE, Julio Fabbrini; FABBRINI, Renato N. **Manual de direito penal**, v. 1: parte geral. São Paulo: Atlas, 2015.

PAIXÃO, Cristiano [et al]. **Caso ximenes lopes versus Brasil.** Disponível em: <http://direitosp.fgv.br/sites/direitosp.fgv.br/files/narrativa_final_-_ximenes.pdf>. Acesso em: 28 jul.2018.

PARTIDO SOCIAL DEMOCRACIA BRASILEIRA - PSDB. **Governo do MT investe na reforma de unidades de saúde de Cuiabá.** Disponível em: <<http://www.psd.org.br/acompanhe/psdb-pelo-brasil/governo-mt-investe-na-reforma-de-unidades-de-saude-de-cuiaba/>>. Acesso em: 05 ago. 2018.

PORTAL IG. **Santos é pioneira na luta antimanicomial: interdição em hospital particular levou cidade a este modelo.** Disponível em: <<http://ultimosegundo.ig.com.br/brasil/sp/santos-e-pioneira-na-luta-antimanicomial/n1237686246722.html>>. Acesso em: 10 ago. 2018.

PROGRAMA DE VOLTA PARA CASA. A reforma psiquiátrica brasileira e a política de saúde mental. Disponível em: < <http://www.ccs.saude.gov.br/vpc/reforma.html>>. Acesso em: 03 ago. 2018.

REPÓRTER MT. Governo do estado inicia reforma no hospital Adauto Botelho. Disponível em: < <http://www.reportermt.com.br/geral/governo-do-estado-inicia-reforma-no-hospital-adauto-botelho/66746>>. Acesso em: 05 ago. 2018.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE GOIÁS. Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI). Disponível em: < <http://www.saude.go.gov.br/view/2489/paili-programa-de-atencao-integral-ao-louco-infrator>>. Acesso em: 07 ago. 2018.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DE MINAS GERAIS. Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário Portador de Sofrimento Mental (PAI-PJ). Disponível em: < http://ftp.tjmg.jus.br/presidencia/projetonovosrumos/pai_pj/>. Acesso em: 09 ago. 2018.

ZAFFARONI, Eugenio Raúl; PIERANGELI, José Henrique. **Manual de direito penal brasileiro**, parte geral. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2015.

ZILBERMAN, Felipe Eduardo Levit. **Medidas de segurança em face do princípio constitucional da dignidade da pessoa humana.** Disponível em: <http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/PesquisaObraForm.do?select_action=&co_autor=83272>. Acesso em: 11 ago. 2018.