



**UNIVERSIDADE PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS – UNIPAC
FACULDADE DE CIÊNCIAS JURÍDICAS E SOCIAIS DE
BARBACENA-FADI
GRADUAÇÃO EM DIREITO**

RAQUEL EMILIANE DOS SANTOS

**MEDIDA DE SEGURANÇA À LUZ DA LEI DE REFORMA
PSIQUIÁTRICA**

**BARBACENA
2017**

RAQUEL EMILIANE DOS SANTOS

**MEDIDA DE SEGURANÇA À LUZ DA LEI DE REFORMA
PSIQUIÁTRICA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Direito da Universidade Presidente Antônio Carlos – UNIPAC, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Direito (Área de Concentração: Direito Penal).

Orientadora: Professora Me. Delma Gomes Messias.

**BARBACENA
2017**

RAQUEL EMILIANE DOS SANTOS

**MEDIDA DE SEGURANÇA À LUZ DA LEI DE REFORMA
PSIQUIÁTRICA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a
Universidade Presidente Antônio Carlos –
UNIPAC, como requisito parcial para a
obtenção de título de Bacharel em Direito.

Aprovada em ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Me. Delma Gomes Messias

Defensoria Pública do Estado de Minas Gerais
Universidade Presidente Antônio Carlos - UNIPAC

Prof. Esp. Ana Cristina Silva Iatarola

Universidade Presidente Antônio Carlos - UNIPAC

Prof. Esp. Álvaro Lima Guimarães Costa

Defensoria Pública do Estado de Minas Gerais

DECLARAÇÃO DE ISENÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Declaro para os necessários fins que as teorias expostas e defendidas no presente trabalho são de inteira responsabilidade deste autor, ficando a Universidade Presidente Antônio Carlos - UNIPAC, seus professores e, especialmente, a Orientadora Me. Delma Gomes Messias isentos de qualquer responsabilidade sobre os mesmos.

A aprovação da presente monografia não significará o endosso do conteúdo por parte do orientador, da banca examinadora e da instituição de ensino.

Por ser verdade, firmo o presente.

Barbacena/MG, 29 de novembro de 2017.

Raquel Emiliane dos Santos

RESUMO

A psicologia e o direito como matérias do ramo das ciências humanas estão em constante evolução. O direito como conjunto de normas que rege a vida em sociedade aborda a loucura em diversas áreas, no entanto, o ponto mais agressivo de encontro entre essas duas matérias é o direito penal. Se, por um lado, as legislações civis e sanitárias conferem mais autonomia ao portador de transtorno mental e buscam um tratamento em serviços comunitários abertos com objetivo de reinserção social; na contramão, o direito penal ainda se baseia nas premissas punitivas do século passado, determinando a espécie de medida de segurança de acordo com a natureza da pena prevista para o delito (reclusão ou detenção) que, na prática, reflete o número extenso de pessoas internadas em cumprimento de medida de segurança. Além disso, a presunção de periculosidade e o caráter terapêutico da medida de segurança fundamentam a internação por tempo indeterminado. Nesse contexto, a presente pesquisa teve como objetivo a análise da medida de segurança após a publicação da Lei nº 10.216/2001, através da revisão de literatura, livros, jurisprudências. Na literatura encontramos muitos questionamentos e críticas à forma como a medida de segurança é executada e a presunção de periculosidade. Na pesquisa jurisprudencial nota-se uma resistência por parte dos operadores do direito em adotar os preceitos da Lei de Reforma Psiquiátrica. Apesar de existir honrosas exceções como os programas PAI-PJ e PAILI-GO que buscam a reinserção social do sujeito portador de transtorno mental em conflito com a lei, realizando o cumprimento da medida de segurança em meios extrahospitais vinculados ao Sistema Único de Saúde, conforme os princípios da Lei nº 10.216/2001 que apresentou resultados positivos na Comarca de Belo Horizonte e no estado de Goiás. Por fim, concluímos que as normas, por si só, são insuficientes, faz-se necessário a conscientização da sociedade e a implementação de políticas públicas que adequem a medida de segurança a Lei nº 10.216/2001 e acolha os pacientes egressos dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico.

Palavras-chave: Lei de reforma psiquiátrica. Tratamento ambulatorial. Medida de segurança. Presunção de periculosidade.

1 INTRODUÇÃO

A loucura é uma questão de interesse interdisciplinar que abrange diversos aspectos, sociais, psicológico, político, econômico, de modo que seu conceito se encontra em constante evolução de acordo com os padrões estabelecidos pela sociedade. A respeito, já se questionava o escritor Charles Bukowski “a insanidade é relativa, quem estabelece a norma?”

O direito como conjunto de normas que rege a vida em sociedade em busca de uma convivência pacífica não é estático, também deve se adequar a evolução social, e aborda a loucura em várias áreas.

No direito civil, a Lei nº 13.146/2015, que institui o Estatuto da Pessoa com Deficiência, trouxe grandes mudanças na antiga teoria das incapacidades, repercutindo nos institutos do direito civil, como exemplo, o casamento, interdição e curatela.

O referido estatuto confere mais autonomia a pessoa com deficiência, incluindo a deficiência psíquica, buscando a sua independência e inclusão social. Nesse sentido, alterou o Código Civil, de modo que não há mais previsão da pessoa absolutamente incapaz que seja maior de dezoito anos, todas as pessoas com deficiência que tratava o antigo artigo 3º do Código Civil são, em regra, plenamente capazes para o direito civil.

No campo do direito penal, as mudanças são tímidas, o tratamento da inimputabilidade e da semi-imputabilidade se baseia nas premissas punitivas que moldaram os sistemas asilares do século passado, constituindo o ponto de encontro mais agressivo entre o direito e a psicologia.

Anteriormente a reforma penal realizada em 1984, vigia o sistema duplo binário que permitia a aplicação de medida de segurança cumulada com penas, aos semi-imputáveis e aos imputáveis considerados perigosos.

Na reforma penal, substituiu-se o sistema duplo binário pelo vicariante em que se pode aplicar pena ou medida de segurança para os semi-imputáveis e somente pena para os imputáveis.

Atento as tendências de desinstitucionalização, o legislador trouxe uma grande inovação na reforma penal de 1984, inserindo a possibilidade de execução da medida de segurança em regime ambulatorial, entretanto, a aplicabilidade dessa espécie de medida de segurança está condicionada à natureza jurídica da pena – reclusão ou detenção -, podendo ser aplicada somente quando o crime é punido com detenção, se o crime for punível com reclusão será determinado a internação, conforme o artigo 97 do Código Penal.

Por outro lado, seguindo os preceitos da Luta Antimanicomial, foi publicada a Lei nº 10.216/2001 que redireciona o modelo assistencial em saúde mental, objetivando a substituição progressiva de hospitais psiquiátricos para uma rede de atenção psicossocial constituída por unidades de serviços comunitários e abertos.

De acordo com a Lei de Reforma Psiquiátrica, a internação como tratamento psicossocial é medida excepcional, sendo possível a utilização somente quando os meios extrahospitalares se mostrarem insuficientes.

Nesse sentido, surge os seguintes questionamentos, objetos da presente pesquisa: a Lei nº 10.216/2001 aplica-se à medida de segurança? Quais seus efeitos? Como a presunção de periculosidade é vista nesse novo contexto social? Qual o caráter da medida de segurança:

terapêutico ou retributivo? A medida de segurança é uma questão de saúde pública ou de segurança social?

A pesquisa ocorreu através de revisão de literatura baseada em livros, jurisprudências e artigos científicos, sendo a coleta de dados realizada em bases de dados eletrônicos.

2 MEDIDA DE SEGURANÇA NA LEGISLAÇÃO PENAL

A medida de segurança é definida pela doutrina majoritária como espécie de sanção penal aplicada pelo Estado ao agente considerado inimputável ou semi-imputável.

Em relação a natureza jurídica da medida de segurança há divergência doutrinária. A corrente minoritária defendida por Luiz Vicente Cernicchiaro e Assis Toledo entende que a medida de segurança é um instituto com caráter exclusivamente terapêutico que objetiva o tratamento e recuperação do sujeito que não possui higidez mental (ALMEIDA, 2012).

Nesse sentido, também preleciona Haroldo Caetano da Silva (2006 *apud* GOIÁS 2009, p. 13): “Já na própria legislação criminal a medida de segurança não tem, portanto, caráter punitivo. Não se trata de uma sanção penal, tampouco possui caráter retributivo”.

Zaffaroni e Pierangeli (2008) entendem que a natureza da medida de segurança é materialmente administrativa e formalmente penal. Afirmam que, juridicamente, a medida de segurança não pode ser chamada de sanção, ainda que, na prática, o sistema penal as distorça, atribuindo-lhes, eventualmente, essa função.

No entanto, prevalece o entendimento contrário defendido por Júlio Fabbrini Mirabete, Guilherme de Souza Nucci, Damásio de Jesus e Bruno de Moraes Ribeiro, estes sustentam que, ao lado da pena privativa de liberdade, a medida de segurança é uma espécie de sanção penal e a ela se aplica todos os princípios da pena. Desse modo, a medida de segurança é considerada como um mecanismo de defesa social que busca a proteção da sociedade em face do agente inimputável ou semi-imputável (ALMEIDA, 2012).

Nesse sentido, ensina Damásio de Jesus (2010 *apud* ALMEIDA, 2012):

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

O artigo 26 do Código Penal adotou o critério biopsicológico para avaliação da inimputabilidade do agente por doença mental. O critério biológico reside na aferição da existência de uma doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, já o critério psicológico pela verificação se ao tempo da ação ou omissão, o agente era inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento (GRECO, 2014).

Se restar comprovado a inimputabilidade do agente pela doença mental, ou seja, presentes os dois critérios acima mencionados, ele será absolvido nos termos do artigo 386, inciso VI do Código de Processo Penal, por consequência, aplica-se-lhe o instituto da medida de segurança; motivo pelo qual, essa sentença é denominada pela doutrina de absolutória imprópria, pois, apesar de isentar o réu de pena, impõe-lhe uma sanção penal.

O artigo 26, parágrafo único, do Código Penal dispõe sobre o agente considerado semi-imputável, aquele que, 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.

Nessa hipótese, diferente da inimputabilidade, o agente será condenado, no entanto, por ser menor o juízo de reprovação que recai sobre sua conduta, o juiz poderá reduzir a pena privativa de liberdade de um a dois terços.

O artigo 98 do Código Penal faculta ao juiz a aplicação da medida de segurança, caso se convença que o condenado necessita de especial tratamento curativo, na modalidade de internação ou tratamento ambulatorial, em substituição a pena privativa de liberdade, pelo prazo mínimo de 1 (um) a 3 (três) anos.

Há também a previsão de conversão da pena privativa de liberdade em medida de segurança se durante a execução da pena privativa de liberdade sobrevier ao condenado doença ou perturbação mental permanente, nos termos dos artigos 183 da Lei de Execução Penal e 41 do Código Penal.

Há divergência quanto a duração da medida de segurança. Parte da doutrina, como exemplo Mirabete e Fabbrini (2013) entendem que a duração da medida de segurança não está vinculada ao restante da pena. Outra parte entende que, por respeito à coisa julgada, a duração da medida de segurança é o tempo restante da pena privativa de liberdade.

Nas lições de Mossin (2010, p. 292),

Por respeito à coisa julgada, a duração da medida de segurança que substituirá a pena privativa de liberdade não poderá ser superior ao tempo desta. Diante disso, o condenado somente ficará recolhido em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico

ou em outro estabelecimento adequado durante o período faltante para o cumprimento da pena corporal.

O Superior Tribunal de Justiça já proferiu decisões nesse sentido.

A medida de segurança aplicada em substituição à pena privativa de liberdade, prevista no art. 183 da LEP, se limita ao término da pena estabelecida na sentença, sob pena de ofensa à coisa julgada e ao princípio da proporcionalidade. In casu, no curso da execução criminal, em razão da constatação de superveniente doença mental, a pena privativa de liberdade imposta ao paciente foi convertida em medida de segurança. Portanto, extrapolado o prazo de cumprimento da pena privativa de liberdade, deve cessar a intervenção do Estado na esfera penal, ainda que não cessada a periculosidade do paciente. Hipótese na qual o MP poderá buscar a interdição do paciente perante o juízo cível, se necessário à sua proteção ou da sociedade. Precedentes citados: HC 44.972-SP, DJ 8/10/2007, e HC 130.160-SP, DJe 14/12/2009. (HC 130.162-SP, Rel. Min. Maria Thereza de Assis Moura, julgado em 2/8/2012).

O artigo 96 do Código Penal prevê duas hipóteses de cumprimento da medida de segurança. A primeira consiste na internação do agente considerado semi-imputável ou inimputável em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico, ou, na ausência deste outro estabelecimento adequado e a segunda é a sujeição do agente à tratamento ambulatorial (GRECO, 2014).

A definição de qual espécie de medida de segurança a ser aplicada – internação ou tratamento ambulatorial –, conforme dispõe o artigo 97 do Código Penal, leva em consideração a natureza da pena privativa de liberdade prevista para o tipo penal, se é reclusão, impõe-se a internação. Somente na hipótese de detenção que é facultado ao juiz a aplicação ou não do tratamento ambulatorial. É possível a conversão do tratamento ambulatorial em internação (art. 97, §4º, CP), entretanto, não há previsão na legislação penal de conversão da medida de internação em tratamento ambulatorial (FABBRINI; MIRABETE, 2013).

A medida de segurança é executada por prazo indeterminado, sendo fixado apenas o prazo mínimo de 01 a 03 anos (art. 97, §1º, Código Penal), perdurando enquanto não for constatada por perícia médica a cessação da periculosidade.

Conforme dispõe o § 2º do art. 97 do Código Penal, a perícia médica para averiguação da cessação da periculosidade será realizada ao termo do prazo mínimo fixado e deverá ser repetida de ano em ano, ou a qualquer tempo, se assim determinar o juiz da execução.

Se constatada a cessação da periculosidade na perícia médica, o juiz determinará a suspensão da execução da medida de segurança e, após o trânsito em julgado da sentença, expedirá ordem para a desinternação ou liberação condicional (art. 179 da Lei de Execução Penal) (FABBRINI; MIRABETE, 2013).

Nos termos do artigo 97, § 3º do Código Penal “a desinternação, ou a liberação, será sempre condicional devendo ser restabelecida a situação anterior se o agente, antes do decurso de 1 (um) ano, pratica fato indicativo de persistência de sua periculosidade”.

Desse modo, concedida a liberação condicional o paciente será desinternado e deverá cumprir as condições estipuladas pelo juiz (art. 178 da Lei de Execução Penal) durante o período de 1 ano; a medida de segurança só será extinta se nesse período o agente não praticar fato indicativo de persistência de sua periculosidade.

2.1 PRESUNÇÃO DA PERICULOSIDADE E PERPETUIDADE DA MEDIDA DE SEGURANÇA

Enquanto o fundamento da aplicação da pena reside na culpabilidade, a medida de segurança baseia-se na periculosidade que consiste em um estado subjetivo, mais ou menos duradouro, de antissociabilidade que se evidencia ou resulta da prática do crime e se baseia no perigo da reincidência (FABBRINI; MIRABETE, 2013).

Mirabete e Fabbrini (2013, p. 357), em interpretação aos arts. 97 e 98 do Código Penal, consideram a periculosidade como pressuposto para aplicação da medida de segurança e a definem como “o reconhecimento da possibilidade de voltar a delinquir”.

Capez (2013, p. 474) conceitua periculosidade da seguinte forma: “é a potencialidade para praticar ações lesivas. Revela-se pelo fato de o agente ser portador de doença mental”.

Zaffaroni e Pierangeli (2008) prelecionam que o fundamento da medida de segurança não é a periculosidade em sentido jurídico-penal (relevante probabilidade de que o sujeito cometa crimes), mas sim no sentido corrente da palavra (perigo de autolesão).

Para aplicação da medida de segurança, a lei presume a periculosidade dos inimputáveis e quanto aos semi-imputáveis a periculosidade deve ser real, pode ser reconhecida pelo juiz, que, em vez de aplicar a pena, a substitui pela medida de segurança.

A presunção da periculosidade e a forma como a medida de segurança é executada no Brasil tem sido alvo de discussões, tanto por parte dos doutrinadores da área jurídica como pelos autores da área da psicologia, principalmente após a publicação da Lei nº 10.216/2001.

A principal crítica por parte dos autores refere-se à utilização da presunção de periculosidade e do caráter terapêutico da medida de segurança como fundamentos que impedem o estabelecimento de um prazo máximo de duração dessa medida e,

consequentemente, criam a possibilidade de manutenção da internação por tempo indeterminado, ou seja, asilo em manicômios judiciários até que seja constatado a cessação da periculosidade: “uma das maiores expressões da violação institucional dos direitos humanos no Brasil” (BARROS-BRISSET, 2010).

Peres e Nery Filho asseveram a incoerência do Código Penal no que tange a medida de segurança, pois a periculosidade justifica a punição como tratamento e fundamenta a prevenção em um ato passado (PERES; NERY FILHO, 2002).

Mattos (2006, p. 176) sugere que a periculosidade é abstrata, sustentando que:

O conceito de periculosidade não possui nenhum fundamento científico, sendo fruto muito mais de um preconceito oracular sobre o futuro comportamento problemático (‘desviante’, ‘criminoso’) do cidadão problemático (seja criança, adolescente, adulto ou idoso) do que propriamente de uma situação concreta.

Nas lições de Fragoso (2003, p. 499), a periculosidade “é, em substância, um juízo de probabilidade que se formula diante de certos indícios. Trata-se de juízo empírico formulado, e, portanto, sujeito a graves erros. Pressupõe-se sempre, como é óbvio, uma ordem social determinada a que o sujeito deve ajustar-se e que não é questionada”.

Nessa perspectiva, preleciona Karam (2002, p. 217):

A ideia de ‘periculosidade’ não se traduz por qualquer dado objetivo, ninguém podendo, concretamente, demonstrar que A ou B, psiquicamente capaz ou incapaz, vá ou não realizar uma conduta ilícita no futuro. Já por isso, tal ideia se mostra incompatível com a precisão que o princípio da legalidade, constitucionalmente expresso, exige de qualquer conceito normativa, especialmente em matéria penal. A ‘periculosidade’ do inimputável é uma presunção, que não passa de ficção, baseada no preconceito que identifica o ‘louco’- ou quem quer que apareça como ‘diferente’ – como perigoso.

Nessa trilha, também é o entendimento de Barros-Brisset (2010) que afirma que é considerado perigoso do ponto de vista jurídico, o indivíduo cujo o exame indicar patologia mental e, não aquele indivíduo sobre o qual se presumiria uma possibilidade de reincidência, desse modo, a presunção de periculosidade decorre de um “pré-conceito”.

A autora (2010, p. 18) conclui que, muito além do perigo de cometer novos crimes, está em questão o perigo que a loucura significa para um determinado ideal de ser humano e, assim, explica:

A condição da doença mental é entendida como deficiente ou incapacitante, portanto, impossível de corresponder ao que se entende juridicamente como responsabilidade. Portanto, presume-se periculosidade a todo aquele a quem não for atribuída a condição de responsável, exceção exclusiva que o Código Penal concede aos considerados doentes mentais. O legislador acredita ser possível eliminar o risco como

dimensão da vida humana. “Viver é muito, muito perigoso!”, repetia o jagunço Riobaldo, personagem inesquecível de Guimarães Rosa.

Barros-Brisset (2010, p. 18) aduz, ainda, que “teoricamente, a periculosidade, quando atribuída ao agente de um crime, pretenderia presumir condições de risco e perigo para a sociedade e tentar protegê-la da prática de novos crimes. Mas a medida de segurança objetiva exclusivamente protege-la dos considerados ‘doentes mentais’”.

A respeito, é pertinente a análise de Carvalho e Weigert (2013, p. 58):

O reconhecimento, no processo penal, do *estado de periculosidade* - fundamento da aplicação da medida de segurança -, produz significativos efeitos em termos sancionatórios. Em razão de ser a periculosidade entendida no discurso jurídico como um *estado* ou um *atributo natural* do sujeito – o indivíduo carrega consigo uma potência delitiva que a qualquer momento pode se concretizar em um ato lesivo contra si ou contra terceiro -, a resposta estatal, baseada no paradigma correccionalista, não pode ser determinada *ex ante*. Diferentemente da pena, que em razão do seu sentido (funções reais) preponderantemente retributivo tem a sua quantidade de tempo determinada pelo juiz na sentença condenatória (art. 387, III, do Código de Processo Penal), e é caracterizada pela expressa limitação do seu tempo máximo de duração (art. 75, Código Penal), a finalidade *curativa* do *tratamento* realizado durante o cumprimento da medida impede estabelecer prazo máximo.

Os autores (2013) aduzem que a duração da medida de segurança está relacionada a resposta no tratamento do inimputável (cessação ou não da periculosidade), situação que legitima a perpetuidade da sanção, tendo em vista que o Código Penal não determina o tempo máximo da medida, no entanto, define um tempo mínimo a ser cumprido - 1 (um) a 3 (três) anos.

A previsão jurídica dessa quantidade mínima demonstra subliminarmente o caráter retributivo da medida de segurança, pois mesmo ocorrendo a cessação de periculosidade antes desse prazo, perdendo o sentido da manutenção da medida em sua finalidade terapêutica, o paciente deve seguir submetido ao controle penal (CARVALHO; WEIGERT, 2013).

A possibilidade de perpetuidade da medida de segurança ocorre não somente pelas regras do Código Penal, mas principalmente pela injustificável omissão constitucional quanto aos limites da medida de segurança. No direito constitucional comparado, é comum o tratamento paritário entre os condenados por crime e aqueles submetidos às medidas de segurança (CARVALHO; WEIGERT, 2013).

A jurisprudência discute a respeito do tempo máximo de duração da medida de segurança com base nos princípios da legalidade, da proporcionalidade, da igualdade, da intervenção mínima e da humanidade (FABBRINI; MIRABETE, 2013).

O Supremo Tribunal Federal - STF vem entendendo que a indeterminação do prazo da medida de segurança pode ensejar violação à garantia constitucional que proíbe penas de caráter perpétuo (art. 5º, XLVII, “b” da CF), desse modo, a ela deve ser aplicado o limite máximo previsto no artigo 75 do Código Penal que fixa em 30 anos o tempo máximo de cumprimento da pena privativa de liberdade.

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

O Superior Tribunal de Justiça – STJ com fundamento nos princípios da isonomia e da proporcionalidade entende que não se pode tratar de forma mais gravosa o agente inimputável quando comparado ao imputável, sendo assim, se somente pode ser aplicado a pena abstratamente cominada ao delito ao imputável, a mesma regra deve ser aplicada ao inimputável.

Esse entendimento encontra-se consolidado na Súmula 527 do STJ, que assim dispõe: “o tempo de duração da medida de segurança não deve ultrapassar o limite máximo da pena abstratamente cominada ao delito praticado”.

3 LEI DE REFORMA PSIQUIÁTRICA

Em contraposição ao modelo hospitalocêntrico, inclusive como forma de medida de segurança prevista na legislação penal, surge o movimento antimanicomial que tomou força a partir da década de 1970 no Brasil e culminou com a publicação da Lei nº 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e direitos das pessoas portadores de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

Nota-se, entretanto, que enquanto a legislação penal isenta de responsabilidade o sujeito portador de transtorno mental e impõe-lhe uma medida de internação com caráter perpétuo, baseado nos conceitos da periculosidade, segurança social, perigo de autolesão e a pretexto de submeter o agente a um tratamento; a Lei nº 10.216/2001 considera a pessoa portadora de transtorno mental sujeito de sua história, propiciando-lhe a convivência na sociedade, com o objetivo de dar sentido à sua existência e favorecendo o respeito à diversidade (MORENO; ALENCASTRE, 2004).

Nesse ensejo, a Lei nº 10.216/2001 tem como diretriz a reformulação do modelo de assistência à saúde mental, transferindo o foco do tratamento que se concentrava na instituição hospitalar para uma rede de atenção psicossocial, estruturada em unidades de serviços comunitários e abertos (GOIÁS, 2009).

Observa-se que o artigo 4º da Lei nº 10.216/2001 trata a internação como medida excepcional e o tratamento ambulatorial como a regra: “a internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes”.

O § 1º do citado artigo reforça o caráter exclusivamente terapêutico do tratamento e o objetivo de reinserção social do paciente, determinando que “§ 1º. O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio”.

Os §§ 2º e 3º dispõem sobre a estrutura e atendimento interdisciplinar necessários para o tratamento em regime de internação e veda expressamente a internação de indivíduos portadores de transtorno mental em instituições asilares:

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

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

Conforme dispõe o artigo 6º, parágrafo único, inciso III, da Lei nº 10.216/2001, esse novo modelo assistencial em saúde mental alcança a hipótese de internação compulsória, aquela determinada pela Justiça.

Art. 6º. A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;

II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e

III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

O artigo 2º da Lei nº 10.216/2001 prevê os direitos da pessoa com transtornos mentais, e reforça a preferência pelo tratamento em serviços comunitários de saúde mental e ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis.

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

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

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

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

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

IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;

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

VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

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

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

IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Adotando os preceitos do movimento antimanicomial, a Política Nacional de Saúde Mental tem como objetivo principal a desinstitucionalização de pessoas com longo histórico de internação com a redução gradual e planejada de leitos em hospitais psiquiátricos e, simultaneamente, prioriza a implantação de uma rede diversificada de serviços de saúde mental de base comunitária (BRASIL, 2009).

Além da criação de dispositivos assistenciais em saúde mental, como ações de saúde mental na Atenção Primária, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), ambulatórios, residências terapêuticas, leitos de atenção integral em saúde mental (em CAPS III e em hospital geral), Programa de Volta para Casa, cooperativas de trabalho e geração de renda, centros de convivência e cultura; o processo de desinstitucionalização pressupõe mudanças culturais e subjetivas na sociedade (BRASIL, 2009).

No entanto, nos manicômios judiciários o processo de desinstitucionalização não atingiu grandes números, conforme o Relatório Estatístico realizado pelo Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN) no mês de dezembro de 2014. Após 13 anos da publicação da Lei de Reforma Psiquiátrica, 2.947 pessoas estavam internadas em cumprimento a medida de segurança e apenas 495 pessoas encontravam-se em regime ambulatorial (DEPEN, 2014).

Em uma análise aos índices de encarceramento e de internação, Carvalho e Weigert (2013) verificaram que houve uma súbita diminuição do número de pessoas submetidas às medidas de internação entre os anos de 2002 e 2003 e que, provavelmente, o decréscimo nos índices de internação ocorreu em razão da Lei nº 10.216/2001, nesse ponto, o impacto da Lei de Reforma Psiquiátrica foi altamente positivo, pois muitos internos em manicômios judiciais retornaram a liberdade.

Entretanto, os autores observaram que nos anos seguintes a tendência de aumento no número de pessoas que estão internadas em razão de medida de segurança não foi invertida, pelo contrário, foi mantido o direcionamento ascendente da curva de internação, apesar da expectativa de processo de desinstitucionalização que culminaria com o fim dos hospitais de custódia.

3.1 APLICAÇÃO DA LEI Nº 10.216/2001 NA EXECUÇÃO DA MEDIDA DE SEGURANÇA

Carvalho e Weirgert (2013) entendem que o novo cenário normativo, criado a partir da edição da Lei nº 10.216/2001, impede a afirmação de que o indivíduo portador de transtorno mental é absolutamente irresponsável pelos seus atos, lícitos ou ilícitos.

Afirmam, ainda, que a reforma psiquiátrica definiu as formas ou os graus distintos de responsabilidade, de modo que demanda necessariamente a construção de modos diversos de interpretação dos institutos do direito penal.

Ressaltam que a principal mudança é tratar a pessoa com diagnóstico de transtorno mental como verdadeiro sujeito de direitos e não como um objeto de intervenção do laboratório psiquiátrico-forense (CARVALHO; WEIRGERT, 2013)

Os autores (2013, p. 79) defendem a atribuição ao sujeito portador de transtorno mental uma responsabilidade *sui generis*.

Nota-se, inclusive, ao longo do percurso trilhado pela antipsiquiatria e pelo movimento antimanicomial, a importância terapêutica de que o sujeito com sofrimento psíquico seja visto como responsável: responsabilizado pelos seus atos passados, responsável pelo seu processo terapêutico e responsável pelos seus projetos futuros. Negar ao portador de sofrimento psíquico a capacidade de responsabilizar-se pelos seus atos é um dos principais atos de assujeitamento, de coisificação do sujeito. Entender o portador de sofrimento psíquico como sujeito implica assegurar-lhe o direito à responsabilização, situação que produzirá efeitos jurídicos compatíveis com o grau ou o nível que esta responsabilidade *sui generis* pode gerar.

Nesse contexto, surge na doutrina e jurisprudência a discussão sobre a execução da medida de segurança após a publicação da Lei nº 10.216/2001. Há divergência quanto ao critério para a escolha de qual espécie de medida de segurança a ser aplicada (tratamento ambulatorial ou internação): observar-se-á o art. 97 do Código Penal, determinando a espécie de medida de segurança de acordo com a natureza da pena prevista para o delito (reclusão ou detenção) ou utilizar-se-á a regra do art. 4º da Lei nº 10.216/2001, aplicando a internação somente quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes?

Greco (2014, p. 686) reconhece a aplicação da Lei nº 10.216/2001 na medida de segurança e afirma que o juiz deverá na sua decisão optar pelo tratamento que mais se adapte ao caso, independente da disposição do artigo 97 do Código Penal.

O art. 97 do Código Penal aduz ainda que, *se o agente for inimputável, o juiz determinará sua internação (art. 96). Se, todavia, o fato previsto como crime for punível com detenção, poderá o juiz submetê-lo a tratamento ambulatorial.* Entendemos que, independentemente dessa disposição legal, o julgador tem a faculdade de optar pelo tratamento que melhor se adapte ao inimputável, não importando se o fato definido como crime é punido com pena de reclusão ou de detenção.

Para Fragoso (2003, p. 501) “o juiz deve preferir, sempre que legalmente possível, o tratamento ambulatorial. Está mais do que demonstrada a nocividade da internação psiquiátrica. Os manicômios judiciários, como instituições totais, funcionam como sinal negativo, agravando a situação mental do doente”.

Carvalho e Weigert (2013, p. 78) entendem que a Lei da Reforma Psiquiátrica, revogou os preceitos do Código Penal e que não se vislumbra qualquer motivo que justifique o tratamento diferenciado entre os usuários comuns dos serviços de saúde mental e aqueles mesmos usuários que praticaram delito.

A modificação da finalidade (do tratamento ao cuidado-prevenção) da resposta jurídica (medida de segurança) aos portadores de sofrimento psíquico implica, necessariamente, a readequação do seu fundamento. Assim, ademais da dubiedade e da imprecisão científica do conceito de periculosidade, entendemos que legalmente houve a substituição, pois, a Lei da Reforma Psiquiátrica pressupõe o portador de sofrimento psíquico como sujeito de direitos com capacidade e autonomia (responsabilidade) de intervir no rumo do processo terapêutico. A mudança de enfoque é radical, sobretudo porque na lógica periculosista o “louco” representa apenas um objeto de intervenção, de cura ou de contenção, inexistindo qualquer forma de reconhecimento da capacidade de fala da pessoa internada no manicômio judicial.

Os autores (2013, p. 86) concluem ainda que “o modelo instituído pela reforma estaria em maior harmonia com o discurso oficial do Código Penal, no sentido de que a medida de segurança não seria um castigo, mas um tratamento assegurado pelo Estado”.

No mesmo sentido, Correia, Lima e Alves (2010, p. 1999), Jacobina (2008, p. 106-112), Silva (2010, p. 113) e Sampaio (2010, p. 33) entendem que a Lei da Reforma Psiquiátrica se aplica aos sujeitos portadores de transtornos mentais que praticaram um injusto penal.

De acordo com Correia, Lima e Alves (2010, p.1999) e Sampaio (2010, p. 33), embora a lei não se refira explicitamente à medida de segurança, esse instituto está incluso na internação compulsória por determinação judicial (artigos 3º e 5º da Lei nº 10.216/2001).

Conforme Silva (2010), o artigo 97 do Código Penal foi derogado parcialmente e deve ser interpretado conjuntamente com o artigo 4º da Lei nº 10.216/2001, desse modo, ainda que o fato seja punível com reclusão, o juiz deve preferir o tratamento ambulatorial e a internação deve ser utilizada nos casos em que se mostrar comprovadamente necessária, obedecendo aos estreitos limites definidos pela Lei da Reforma Psiquiátrica, sendo obrigatoriamente precedida de “laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos” (art. 6º, caput), vedada a internação, mesmo quando imposta como medida de segurança, sem a recomendação médica de sua real necessidade.

Jacobina (2008, p. 106-111) afirma que a Lei 10.216/2001 não fez distinção entre os portadores de transtornos mentais que praticaram ilícito penal e os que não praticaram, sendo assim, as orientações do SUS, suas diretrizes e os princípios específicos previstos na Lei nº 10.216/2001 têm aplicabilidade integral e imediata aos manicômios judiciários e ao sujeito portador de transtorno mental em conflito com a lei.

A autora (2008, p.109) em uma observação hermenêutica sobre o conflito aparente de normas no tempo entendeu que, apesar de a Lei nº 10.216/2001 não ter revogado expressamente os dispositivos penais incompatíveis, isso não significa que não estejam derogados com base nos princípios da unidade e da coerência do ordenamento jurídico.

Lado outro, Mirabete e Fabbrini (2013, p. 362) citam a Lei nº 10.216/2001, mas não se referem a alterações na execução da medida de segurança em razão deste dispositivo. Pelo contrário, defendem a internação como regra. Verifica-se:

Inimputável ou semi-imputável o sentenciado, poderá o juiz substituir a internação por tratamento ambulatorial se o fato praticado constituir crime apenado com detenção (art. 97). É inadmissível a substituição quando o fato praticado pelo agente é cominado abstratamente a pena de reclusão. O dispositivo contradiz a filosofia da reforma penal. Enquanto se afirma a distinção precisa entre culpabilidade e periculosidade para o efeito da aplicação de pena e medida de segurança, determina o legislador que pode ser substituída uma medida segurança detentiva por outra apenas restritiva, tendo em vista a natureza do crime praticado. Não se pode desconhecer que o inimputável que praticou um delito de lesões corporais leves, punido com detenção, pode facilmente executar um homicídio, e que o semi-imputável que praticou o crime de ato obsceno eventualmente poderá cometer um estupro.

Pereira (2013, p.239-249) entende que, apesar da Lei nº 10.216/2001 tutelar o atendimento humanitário a pessoa portadora de transtorno mental, esse tratamento não se aplica ao louco infrator, aos quais se aplicam a legislação penal.

Os Ministérios da Saúde e de Justiça e órgãos relacionados desde a publicação da Lei nº 10.216/2001 expediram diversos atos normativos visando a adequação da medida de segurança aos preceitos da referida lei.

A aplicação das diretrizes da Lei nº 10.216/2001 a medida de segurança é indicada pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ), por meio da Resolução nº 113/2010, que dispõe sobre o procedimento relativo à execução de pena privativa de liberdade e de medida de segurança, prevê no art. 17 que “o juiz competente para a execução de medida de segurança sempre que possível buscará implementar políticas antimanicomiais, conforme sistemática da Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001” (BRASIL, 2010).

Nesse sentido, também é a Resolução nº 05/2004 do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCP) que estabelece diretrizes para o cumprimento das medidas de segurança, tendo como objetivo adequá-las “aos princípios do SUS e às diretrizes previstas na Lei n. 10.216/2001” (BRASIL, 2004).

Na Resolução n. 04/2010, art. 2º, o CNPCP dispõe que: “a abordagem à pessoa com doença mental na condição de autor do fato, réu ou sentenciado em processo criminal, deve ser objeto de atendimento por programa específico de atenção destinado a acompanhar o paciente judiciário nas diversas fases processuais, mediando as relações entre o Poder Judiciário e o Poder Executivo, visando à promoção da individualização da aplicação das penas e medidas de segurança e no encaminhamento das questões de execução penal dos pacientes judiciários” (BRASIL, 2010).

Da mesma forma, a Portaria n. 001/2014 dos Ministérios da Saúde e Justiça, que institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), no âmbito do SUS, objetiva “ampliar as ações de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) para a população privada de liberdade, fazendo com que cada unidade básica de saúde prisional passasse a ser visualizada como ponto de atenção da Rede de Atenção à Saúde” (BRASIL, 2014).

A Portaria (MS/GM) nº 94/2014 do Ministério da Saúde, institui o Serviço de Avaliação e Acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei, no âmbito do SUS, destaca-se, entre as diversas atribuições da Equipe de Avaliação e Acompanhamento (EAP), o acompanhamento da execução da medida terapêutica. A EAP funciona como “dispositivo conector entre os órgãos de Justiça, as equipes da PNAISP e programas e serviços sociais e de direitos de cidadania” (art. 4º, V, da Portaria n. 94/2014) (BRASIL, 2014).

A Portaria nº 95/2014 do Ministério da Saúde dispõe sobre o financiamento do serviço de avaliação e acompanhamento às medidas terapêuticas aplicáveis ao paciente judiciário, no âmbito do SUS. Ressalta-se que a efetividade de tais portarias depende de adesão dos governos nas esferas estaduais e municipais (BRASIL, 2014).

Nessa trilha, o Seminário Nacional para Reorientação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico promovido pelo Ministério da Saúde e de Justiça, em seu relatório final, aprovou como recomendação a construção de uma política de atenção nacional ao louco infrator, de modo que nos estados da federação onde não houvesse manicômios judiciários, não deveriam ser construídos novos, nem ampliados os já existentes (BRASIL, 2002).

E, ainda, a Recomendação nº 456 que assim aconselhou “criar em todas as Varas Criminais um programa integrado para acompanhamento a pacientes *sub judice*”. O relatório ressaltou também a aplicação da Lei nº 10.216/2001 na execução da medida de segurança (BRASIL, 2002).

A Reforma psiquiátrica deve ser norteadora das práticas das instituições forenses. A questão do Manicômio Judiciário deve ser discutida com as diferentes áreas envolvidas (legislativa, previdenciária, saúde mental, direitos humanos e outras), com o objetivo de buscar formas de garantir o direito do portador de transtorno mental infrator à responsabilidade, à reinserção social e a uma assistência dentro dos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica.

Nesse norte, temos como exemplos práticos o Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário (PAI-PJ) desenvolvido pelo Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais e o Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI) desenvolvido no estado de Goiás que são duas experiências inovadoras de redirecionamento no tratamento de pessoas portadoras de transtorno mental em conflito com a lei.

O PAI-PJ teve origem em uma experiência-piloto no ano de 1999 e foi transformado em um programa através da portaria conjunta nº 25/2001 do Tribunal de Justiça de Minas Gerais. A equipe do PAI-PJ é composta por psicólogos, assistentes social e bacharéis em direito, e tem como atividade o acompanhamento das pessoas portadoras de transtorno mental em conflito com a lei, promovendo a transferência das pessoas que cumprem medida de segurança para a rede pública de saúde – Centros de Apoio Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde -, visando a extinção progressiva dos hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico (BARROS-BRISSET, 2010).

O programa vem apresentando resultados positivos que reforçam o correto direcionamento da reforma psiquiátrica. O “Parecer sobre Medidas de Segurança e Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico sob a Perspectiva da Lei nº 10.216/2001”, elaborado pela Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão do Ministério Público Federal (BRASIL 2011, p. 78 *apud* MINAS GERAIS, 2010) registra os resultados do programa:

Desde sua implantação, 755 casos foram acolhidos pelo Programa e receberam tratamento adequado ao sofrimento mental até cessar suas relações com a Justiça. 489 casos já foram desligados do Programa. Dados de agosto de 2009 mostram que, atualmente, 266 pacientes encontram-se em acompanhamento. Desses, 210 encontram-se em liberdade, realizam seu tratamento nos dispositivos substitutivos ao manicômio e residem junto aos familiares, em pensões, sozinhos ou em residências terapêuticas da cidade. O índice de reincidência, nos casos atendidos pelo Programa, é muito baixo, girando em torno de 2% em crimes de menor gravidade e contra o patrimônio. Não há registro de reincidência de crimes hediondos.

Com objetivos semelhantes, o PAILI-GO possui autonomia para realizar as rotinas de atendimento ao paciente e faz mediação com o juiz e sistema penitenciário e com a rede de atenção em saúde mental, inserindo a pessoa submetida à medida de segurança no ambiente universal e democrático do Sistema Único de Saúde (SUS), facilitando a reinserção social.

Desse modo, tanto no tratamento ambulatorial quanto na internação todos os pacientes são atendidos pelo SUS, pois o estado de Goiás não possui Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (GOIÁS, 2009).

3.2 ENTENDIMENTO JURISPRUDENCIAL

Na prática, a jurisprudência diverge a respeito da prioridade do tratamento ambulatorial ou aplicação do art. 97 do Código Penal e fixação da medida de segurança de acordo com a natureza da pena – reclusão ou detenção.

Observa-se, ainda, que após a desinstitucionalização os pacientes não possuem família com condições para acolhê-los e acompanhá-los no tratamento extrahospitalar, sendo necessário a residência terapêutica.

Pela prioridade do tratamento ambulatorial, nos termos da Lei de Reforma Psiquiátrica, na execução da medida de segurança, já se posicionou o Tribunal Regional Federal da 4ª Região.

PENAL. INIMPUTABILIDADE DO RÉU NA ÉPOCA DOS FATOS. MEDIDA DE SEGURANÇA. TRATAMENTO AMBULATORIAL EM ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE MENTAL PREVISTOS NA LEI Nº 10.216/01, COM ACOMPANHAMENTO DE MÉDICO DA CONFIANÇA DO PACIENTE. DIREITOS ASSEGURADOS AO PORTADOR DE TRANSTORNO MENTAL.

- Aplicada medida de segurança de tratamento ambulatorial a réu inimputável na época dos fatos, tem este, portador de transtorno mental, nos termos da Lei nº 10.216/01, dentre outros, direito de ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo com as suas necessidades; ser tratado em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis, e, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental, a fim de que possa ser reinserido socialmente em seu meio. Dessarte, ao invés da internação em Instituto Psiquiátrico Forense, fica o paciente obrigado a tratamento ambulatorial nos estabelecimentos de saúde mental previstos na Lei nº 10.216/01, restando facultada a orientação e o acompanhamento do

tratamento por médico de confiança pessoal do internado, nos termos do art. 43 da LEP. (TRF4, ACR 2001.71.00.000774-0, Oitava Turma, Relator Paulo Afonso Brum Vaz, DJ 19/11/2003).

Nesse sentido, também já decidiu o Superior Tribunal de Justiça – STJ.

HABEAS CORPUS. PROCESSUAL PENAL. MEDIDA DE SEGURANÇA EM CURSO HÁ MAIS DE 44 ANOS EM HOSPITAL PSIQUIÁTRICO PENITENCIÁRIO. PACIENTE POSSUIDOR DE TRANSTORNO MENTAL DE CARÁTER DEGENERATIVO COM LAUDO ATESTANDO CONDIÇÕES PARA SUA DESINTERNAÇÃO. RESPONSABILIDADE DO ESTADO QUANTO À GARANTIA DOS DIREITOS CONSTITUCIONAIS E DA CONTINUAÇÃO DO TRATAMENTO MÉDICO. LEI 10.216/2001. ORDEM PARCIALMENTE CONCEDIDA. 1. Embora facilmente perceptível a plausibilidade dos fundamentos do acórdão atacado, que entendeu, a partir do constatado abandono familiar e da longa permanência no manicômio judiciário, somados à deficiência mental comprovada, que a colocação em liberdade atentaria contra a própria segurança do paciente, é obrigação do Poder Público garantir-lhe o constitucional direito de ir, vir e ficar, bem como o de sua segurança, não podendo, seja por ordem constitucional, seja por obrigação legal, furtar-se a tais deveres. 2. A Lei 10.216/01 assegura, entre outros, o direito ao portador de transtorno mental 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, 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. 3. Ordem parcialmente concedida a fim de garantir a desinternação do paciente com sua transferência para o serviço comunitário de saúde mental (art. 2º, parágrafo único, inciso IX, da Lei 10.216/01), para aplicação da política de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob a responsabilidade da autoridade sanitária estadual e da Superintendência de Saúde da Secretaria de Estado de Administração Penitenciária do Rio de Janeiro – SUSP/SEAP, com a supervisão do Juízo da Vara de Execuções Penais do Rio de Janeiro/RJ, no caso de ausência de supervisão de instância definida pelo Poder Executivo estadual, para continuidade do tratamento. (STJ - HC: 87007 RJ 2007/0163999-1, Relator: Ministro ARNALDO ESTEVES LIMA, Data de Julgamento: 13/08/2009, T5 - QUINTA TURMA, Data de Publicação; DJe 14/09/2009)

RECURSO ESPECIAL. CRIMINAL. ATENTADO VIOLENTO AO PUDOR. VIOLÊNCIA PRESUMIDA. INIMPUTÁVEL. MEDIDA DE SEGURANÇA. DELITO PUNÍVEL COM PENADE RECLUSÃO. TRATAMENTO AMBULATORIAL. CABIMENTO. ART. 97. MITIGAÇÃO. ADEQUAÇÃO DA MEDIDA À PERICULOSIDADE DO AGENTE. 1. A par do entendimento jurisprudencial deste Tribunal Superior, no sentido da imposição de medida internação quando o crime praticado for punível com reclusão - reconhecida a inimputabilidade do agente -, nos termos do art. 97 do Código Penal, cabível a submissão do inimputável a tratamento ambulatorial, ainda que o crime não seja punível com detenção. 2. Este órgão julgador já decidiu que, se detectados elementos bastantes a caracterizar a desnecessidade da internação, e em obediência aos princípios da adequação, da razoabilidade e da proporcionalidade, é possível a aplicação de medida menos gravosa ao inimputável se, ainda, for primário e assim o permitam as circunstâncias que permeiam o delito perpetrado. 3. Consoante consignado pela Corte de origem, no caso dos autos, o ora recorrido nunca se envolvera em fato delituoso da mesma ou de natureza diversa, além de mostrar comportamento social adaptado e positivamente progressivo. 4. Conforme concluído pelo Tribunal a quo, “não se extrai desse quadro uma conclusão de periculosidade real e efetiva do apelante, capaz de justificar uma internação em hospital psiquiátrico ou

casa de custódia e tratamento”. A medida mais rígida, ademais, apresentaria risco ao progresso psicossocial alcançado pelo ora recorrido, além de nítido prejuízo ao agente, que, por retardo no julgamento dos recursos interpostos, teria restabelecida a sentença - datada de novembro de 2002 -, com a imposição da medida de internação, a qual, tantos anos após os fatos, não cumpriria seus objetivos. 5. Recurso especial não provido. (REsp 912668 SP RECURSO ESPECIAL 2007/0001922-4. Relator Ministro ROGERIO SCHIETTI CRUZ (1158), Sexta Turma, julgamento em 18/03/2014, DJ de 07/04/2014).

HABEAS CORPUS. MEDIDA DE SEGURANÇA. INTERNAÇÃO. CESSAÇÃO DA PERICULOSIDADE. ABANDONO FAMILIAR. AUSÊNCIA DE VAGAS EM ESTABELECIMENTOS ADEQUADOS. DESINTERNAÇÃO CONDICIONAL. POSSIBILIDADE. ORDEM CONCEDIDA. 1. A cessação da periculosidade do paciente, atestada por laudo pericial, enseja sua desinternação do estabelecimento psiquiátrico, sendo que o fato de ele não possuir parentes em condições de o receber não autoriza a manutenção da internação. 2. Passados mais de 17 anos desde a internação do paciente, bem como tendo o laudo pericial atestado, em 18/9/2009, que sua periculosidade cessou, deve ser concedida a sua desinternação do estabelecimento psiquiátrico em que se encontra, condicionada ao cumprimento das condições previstas nos arts. 132 e 133 da Lei de Execução Penal. 3. Ordem concedida para determinar a desinternação condicional do paciente, nos termos dos arts. 97, 3º, do Código Penal, e 132, 133 e 178 da Lei de Execução Penal. (STJ - HC: 185944 MG 2010/0175283-0, Relator: Ministro SEBASTIÃO REIS JÚNIOR, Data de Julgamento: 19/09/2017, T6 - SEXTA TURMA, Data de Publicação: DJe 27/09/2017)

No entanto, o STJ também já entendeu em sentido diverso.

CRIMINAL. AMEAÇA E INCÊNDIO. SEMI-IMPUTÁVEL. SUBSTITUIÇÃO DA PENA PRIVATIVA DE LIBERDADE POR MEDIDA DE SEGURANÇA. INTERNAÇÃO. ALTERAÇÃO PARA TRATAMENTO AMBULATORIAL OPERADA PELO TRIBUNAL A QUO. IMPOSSIBILIDADE. REU CONDENADO A PENA DE RECLUSÃO. RECURSO PROVIDO. I - Hipótese de réu semi-imputável condenado à pena de reclusão, para o qual o Tribunal a quo determinou, de ofício, a substituição da medida de internação anteriormente imposta pelo tratamento ambulatorial. II - O art. 98 do Código Penal, aplicando as regras do artigo 97 do mesmo estatuto repressor, prevê, para os casos de semi-imputabilidade, a substituição da pena privativa de liberdade pela medida de segurança de internação (nos casos de réus apenado com reclusão) ou de tratamento ambulatorial (para apenados com detenção). Precedentes. III - Recurso provido, nos termos do voto do Relator. (STJ - REsp: 1235511 SC 2011/0014762-0, Relator: Ministro GILSON DIPP, Data de Julgamento: 24/05/2011, T5 - QUINTA TURMA, Data de Publicação: DJe 15/06/2011)

Em sentido oposto, também já decidiram os Tribunais de Justiça dos Estados de São Paulo e Minas Gerais.

Habeas-corpus Paciente teve imposta contra si, medida de segurança consistente na internação em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Pedido de aplicação da Lei 10.216/21001 (Lei Antimanicomial) indeferido em primeiro grau Pleiteia a imediata concessão da ordem determinando que seja o paciente submetido, urgentemente, a tratamento ambulatorial, conforme preconizado pela Lei 10.216/01 - Ordem denegada. (TJ-SP - HC: 77998020128260000 SP 0007799-80.2012.8.26.0000,

Relator: Sérgio Ribas, Data de Julgamento: 26/04/2012, 5ª Câmara de Direito Criminal, Data de Publicação: 02/05/2012)

EMENTA: APELAÇÃO - ABSOLVIÇÃO SUMÁRIA - CRIME DOLOSO CONTRA A VIDA - INIMPUTABILIDADE COMPROVADA - INCIDÊNCIA DO ART. 415, IV, DO CPP - MEDIDA DE SEGURANÇA - INTERNAÇÃO - CONVERSÃO - TRATAMENTO AMBULATORIAL - IMPOSSIBILIDADE - PRECEITO SECUNDÁRIO COM PRECISÃO DE RECLUSÃO - PRAZO - FIXAÇÃO CONFORME A REGRA DO ART. 97, §1º, DO CPB. - Embora admitam os Tribunais Superiores exceção, sendo o crime punido com reclusão, em regra, a internação é a medida possível, ex vi do art. 97, caput, do Código Penal. Diante da gravidade concreta dos fatos, mais adequada é a internação. - Ao impor a medida de segurança ao agente inimputável, deve o juiz estabelecer prazo mínimo para aferição da sua situação clínica e periculosidade, que varia entre 1 e 3 anos, conforme a regra do art. 97, §1º, do Código Penal. (TJMG - Apelação Criminal 1.0460.16.000700-7/001, Relator(a): Des.(a) Catta Preta, 2ª CÂMARA CRIMINAL, julgamento em 14/09/2017, publicação da súmula em 25/09/2017)

Observa-se a divergência nas decisões de um mesmo tribunal, gerando uma insegurança jurídica que demonstra a necessidade de um dispositivo legal específico para o tratamento dos sujeitos portadores de transtorno mental em conflito com a lei ou a alteração da Lei nº 10.216/2001 para que conste expressamente a sua aplicação na medida de segurança, a fim de evitar dissonâncias no tratamento de indivíduos que se encontram em situações semelhantes.

3.3 OUTRAS MEDIDAS ANTIMANICOMIAIS

Como citado anteriormente, a legislação penal prevê a extinção da medida de segurança somente quando constatado a cessação da periculosidade, entretanto, com o objetivo de evitar a perpetuidade da medida de segurança, temos o indulto e a desinternação progressiva.

O indulto, normalmente, é concedido anualmente pelo Presidente da República, por meio de decreto federal. A partir de 2008, o indulto presidencial que antes destinava-se apenas a quem cumpre pena privativa de liberdade foi estendido também aqueles que cumprem medida de segurança, conforme o Decreto 6.706:

Art. 1º - É concedido indulto: VIII - aos submetidos a medida de segurança que, até 25 de dezembro de 2008, tenham suportado privação da liberdade, internação ou tratamento ambulatorial por período igual ou superior ao máximo da pena cominada à infração penal correspondente à conduta praticada ou, nos casos de substituição prevista no art. 183 da Lei 7.210, de 1984, por período igual ao tempo da condenação, mantido o direito de assistência nos termos do art. 196 da Constituição.

Nos decretos seguintes ao ano de 2008 tem sido mantida a possibilidade de concessão de indulto aos que cumprem medida de segurança nos mesmos termos.

Nota-se que é assegurado, após a concessão do indulto, a continuidade do tratamento nos termos do art. 196 da Constituição Federal e os últimos decretos dos anos de 2016 e 2017 garantem o tratamento psicossocial adequado, de acordo com a Lei nº 10.216/2001.

A concessão do indulto ao indivíduo que cumpre medida de segurança sofre resistência por parte de operadores do direito, de modo que a discussão foi abordada pelo Supremo Tribunal Federal (STF), sob o regime de Repercussão Geral, no julgamento do Recurso Extraordinário (RE) 628.658/RS que, por unanimidade, considerou constitucional o indulto presidencial concedido ao indivíduo submetido à medida de segurança, pois este instituto também é medida de natureza penal, portanto, igualmente sujeita ao indulto.

No entanto, mesmo após a decisão do STF, há decisões proferidas em sentido contrário em 1ª e 2ª instâncias. Como exemplo, o Tribunal de Justiça de Minas Gerais, no julgamento do Agravo em Execução Penal autos nº 1.0686.15.003174-4/001.

EMENTA: AGRAVO EM EXECUÇÃO PENAL - CONCESSÃO DE INDULTO A AGENTE SUBMETIDO A MEDIDA DE SEGURANÇA - CESSAÇÃO DA PERICULOSIDADE - AUSÊNCIA DE PERÍCIA. RECURSO PROVIDO. 01. Nos termos do disciplinado no art. 97, § 1º, do Código Penal, a medida de segurança deve perdurar enquanto não cessada a periculosidade do agente. 02. Em observância ao que preleciona o Código Penal, a medida de segurança imposta - em sentença absolutória imprópria - ao agente inimputável, apenas será extinta quando verificada, através de exame pericial, a cessação da periculosidade do agente, sem a qual não é possível o reconhecimento da extinção da medida ou a concessão do indulto. (TJMG - Agravo em Execução Penal 1.0686.15.003174-4/001, Relator(a): Des.(a) Rubens Gabriel Soares, 6ª CÂMARA CRIMINAL, julgamento em 04/04/2017, publicação da súmula em 19/04/2017)

A desinternação progressiva consiste na transferência do sujeito portador de transtorno mental em regime de internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico para o tratamento ambulatorial e vem sendo admitida pela doutrina mais moderna e pela jurisprudência (GARCIA *et al*, 2016).

O Supremo Tribunal Federal (STF) e o Superior Tribunal de Justiça (STJ) reconhecem a possibilidade da desinternação progressiva, nos termos do artigo 5º da Lei nº 10.216/2001, que assim dispõe:

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.

100383: Nesse sentido, foi o posicionamento do STF no julgamento do Habeas Corpus

Ementa: PENAL. RECURSO ORDINÁRIO EM HABEAS CORPUS. MEDIDA DE SEGURANÇA. CUMPRIMENTO DA MEDIDA EM PRAZO SUPERIOR AO DA PENA MÁXIMA COMINADA AO DELITO. PRESCRIÇÃO. INOCORRÊNCIA. INÍCIO DO CUMPRIMENTO. MARCO INTERRUPTIVO. PERICULOSIDADE DO AGENTE. CONTINUIDADE. PRAZO MÁXIMO DA MEDIDA. 30 (TRINTA) ANOS. PRECEDENTES DO STF. DESINTERNAÇÃO PROGRESSIVA. ART. 5º DA LEI 10.216/2001. APLICABILIDADE. ALTA PROGRESSIVA DA MEDIDA DE SEGURANÇA. PRAZO DE 6 (SEIS) MESES. RECURSO PROVIDO EM PARTE. 1. 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. Precedentes: HC 107.432/RS, Relator Min. Ricardo Lewandowski, Primeira Turma, Julgamento em 24/5/2011; HC 97.621/RS, Relator Min. Cezar Peluso, Julgamento em 2/6/2009. 2. In casu: a) o recorrente, em 6/4/1988, quando contava com 26 (vinte e seis) anos de idade, incidiu na conduta tipificada pelo art. 129, § 1º, incisos I e II, do Código Penal (lesões corporais com incapacidade para o trabalho por mais de 30 dias), sendo reconhecida a sua inimputabilidade, nos termos do caput do artigo 26 do CP. b) processada a ação penal, ao recorrente foi aplicada a medida de segurança de internação hospitalar em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico, pelo prazo mínimo de 3 (três) anos, sendo certo que o recorrente foi internado no Instituto Psiquiátrico Forense, onde permanece até a presente data, decorridos mais de 23 (vinte e três) anos desde a sua segregação; c) o recorrente tem apresentado melhoras, tanto que não está mais em regime de internação, mas de alta progressiva, conforme laudo psiquiátrico que atesta seu retorno gradativo ao convívio social. 3. A desinternação progressiva é medida que se impõe, provendo-se em parte o recurso para o restabelecimento da decisão de primeiro grau, que aplicou o art. 5º da Lei 10.216/2001, determinando-se ao Instituto Psiquiátrico Forense que apresente plano de desligamento, em 60 (sessenta) dias, para que as autoridades competentes procedam à “política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida” fora do âmbito do IPF. 4. Recurso provido em parte. (RHC 100383, Relator(a): Min. LUIZ FUX, Primeira Turma, julgado em 18/10/2011, DJe-210 DIVULG 03-11-2011 PUBLIC 04-11-2011 EMENT VOL-02619-01 PP-00001)

Na mesma trilha, decidiu o STJ no julgamento do HC 116.655/SP.

EXECUÇÃO PENAL. HABEAS CORPUS. DESINTERNAÇÃO PROGRESSIVA. LAUDO FAVORÁVEL. PRÉVIO WRIT NÃO APRECIADO. RECURSO CABÍVEL: AGRAVO. ORDEM CONCEDIDA.

1. A existência de recurso cabível não afasta a viabilidade do manejo do habeas corpus, quando explícita a ilegalidade e manifesta a urgência.
2. Patente a orientação técnica no sentido da desinternação progressiva, configura constrangimento ilegal a manutenção de semi-inimputável em medida de segurança mais rigorosa que aquela recomendada pelo seu quadro clínico.
3. Ordem concedida, de ofício, para transferir o paciente para Hospital Psiquiátrico que disponha de estrutura adequada para regime de desinternação progressiva, colocando-o em regime de semi-internação pelo prazo de 1 ano, após o qual deverá

ser submetido a novo exame psiquiátrico e psicossocial para apuração de condições para a desinternação condicional, podendo o paciente retornar ao regime de internação a critério do juiz da execução se laudos posteriores desaconselharem a sua permanência na semi-internação.

(HC 116.655/SP, Rel. Ministra MARIA THEREZA DE ASSIS MOURA, SEXTA TURMA, julgado em 10/02/2009, DJe 30/03/2009)

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após a publicação da Lei da Reforma Psiquiátrica altera-se o paradigma, de modo que a temática passa a ser observada principalmente pela perspectiva da saúde pública, afinal se a medida de segurança não tem caráter punitivo, a sua feição terapêutica deve prevalecer.

Nesse prisma, o estabelecimento prisional ou os manicômios judiciários não são ambientes para tratamento e reinserção social dos indivíduos portadores de transtorno mental em conflito com a lei, mas sim o Sistema Único de Saúde como espaço democrático e universal.

O êxito dos Programas PAI-PJ na Comarca de Belo Horizonte- MG e PAILI no estado de Goiás, comprovam a efetividade do tratamento realizado em meios comunitários abertos e demonstram o caminho que deve ser percorrido na busca pela humanização do tratamento psicossocial.

No entanto, são raras e honrosas exceções pois, embora demonstrem certo avanço, 16 anos após a publicação da Lei nº 10.216/2001 ainda se observa uma certa resistência por parte da doutrina e jurisprudência quanto aplicação do referido estatuto na execução da medida de segurança; conceitos como o da periculosidade preponderam no meio jurídico, tal situação se evidencia pelo alto índice de pessoas internadas em cumprimento de medida de segurança.

Sendo assim, é fundamental o envolvimento da sociedade na discussão da Reforma Psiquiátrica, a fim de que seja construído um processo de conscientização coletiva que compreenda a mudança de mentalidade, atitudes e relações sociais.

Ademais, o desafio para reinserção do indivíduo com transtorno psíquico na sociedade vai muito além da desinstitucionalização, também se encontra na insuficiência de investimento nas políticas públicas que estabelecem uma rede constituída por psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionais e assistentes sociais, para acompanhar o egresso do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico.

Faz-se necessário o investimento na reestruturação da Rede de Atenção à Saúde Mental pertencente ao Sistema Único de Saúde para que haja possibilidade na ligação do cumprimento da medida de segurança com os preceitos da reforma psiquiátrica.

A publicação da lei, por si só, não passará de mais uma norma sem efetividade. A implementação das políticas de saúde mental previstas na Lei nº 10.216/2001 na medida de segurança exige que as autoridades, operadores do direito e demais cidadãos ajam no sentido de afirmá-las, para seguirmos na direção da “substituição da presunção da periculosidade pela presunção de sociabilidade”.

ABSTRACT

Psychology and law as social subjects are constantly changing. Law as a set of rules governing life in society addresses the madness in several areas, however, the most aggressive point of encounter between these two matters is criminal law. If, on the one hand, civil and sanitary legislation gives more autonomy to the mentally disordered person and seeks treatment in open community services for the purpose of social reintegration; on the other hand, criminal law is still based on the primitive premises of the last century, determining the kind of security measure according to the nature of the predicate offense (imprisonment or detention) which, in practice, reflects the large number of persons interned in compliance with security measures. In addition, the presumption of dangerousness and the therapeutic character of the safety measure are grounds for hospitalization indefinitely. In this context, the present research had the objective of analyzing the safety measure after the publication of Law 10.216/2001, through literature review, books, jurisprudence. During the research, in the literature we find many questions and criticisms about the way the safety measure is executed and the presumption of dangerousness, however, in the jurisprudential research it is noticed a resistance by the operators of the right to adopt the precepts of the Law of Psychiatric Reform. However, we find honorable exceptions such as the PAI-PJ and PAILI-GO programs that seek the social reintegration of the subjects with mental disorder in conflict with the law, accomplishing compliance with the security measure in out-of-hospital environments linked to the Unified Health System, in accordance with the provisions of Law 10.216/2001, which presented positive results in the Comarca of Belo Horizonte and Goiás. Finally, we conclude that the rules alone are not enough, it is necessary to raise awareness of society and implementation of public policies that adapt the security measure to the precepts of Law 10.216/2001 and to welcome the patients who leave the Hospitals of Custody and Psychiatric Treatment.

Keywords: Psychiatric reform law. Outpatient treatment. Security measure. Presumption of dangerousness.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Francieli Batista. **Direito penal da loucura. A questão da inimputabilidade penal por doença mental e a aplicação das medidas de segurança no ordenamento jurídico brasileiro.** Teresina: Revista Jus Navigandi, abril, 2012. Disponível em: <<https://jus.com.br/artigos/21476>>. Acesso em: 20 de out. de 2017.

BARROS-BRISSET. Fernanda Otoni de. **Por uma política de atenção integral ao louco infrator**. Belo Horizonte: Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais, 2010.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. **Resolução nº 113 de 20 de abril de 2014**. Dispõe sobre o procedimento relativo à execução de pena privativa de liberdade e de medida de segurança, e dá outras providências. Ministro Gilmar Mendes. Brasília: Ministério da Justiça, 2014.

BRASIL. Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária. **Resolução nº 05 de 04 de maio de 2004**. Dispõe a respeito das Diretrizes para o cumprimento das Medidas de Segurança, adequando-as à previsão contida na Lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001. Antonio Cláudio Mariz de Oliveira. Brasília: Ministério da Justiça, 2004.

BRASIL. Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária. **Resolução nº 04 de 30 de julho de 2010**. Dispõe sobre as Diretrizes Nacionais de Atenção aos Pacientes Judiciários e Execução da Medida de Segurança. Geder Luiz Rocha Gomes. Brasília: Ministério da Justiça, 2010.

BRASIL. **Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940**. Código Penal. Brasília. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848compilado.htm>. Acesso em: 20 de out. de 2017.

BRASIL. **Decreto nº 6.706, de 22 de dezembro de 2008**. Concede indulto natalino e comutação de penas, e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 2008. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/decreto/d6706.htm>. Acesso em: 20 de out. de 2017.

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm>. Acesso em: 20 de out. de 2017.

BRASIL. **Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984.** Institui a Lei de Execução Penal. Brasília. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7210compilado.htm>. Acesso em: 20 de out. de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de atenção básica. Diretrizes do NASF – Núcleo de apoio a família.** Brasília, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 94, de 14 de janeiro de 2014.** Institui o serviço de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 95 de 14 de janeiro de 2014.** Dispõe sobre o financiamento do serviço de avaliação e acompanhamento às medidas terapêuticas aplicáveis ao paciente judiciário, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde e Ministério da Justiça. **Portaria Interministerial nº 01 de 2 de janeiro de 2014.** Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde; Ministério da Justiça. **Relatório final seminário nacional para a reorientação dos hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico.** Brasília: Seminário nacional para a reorientação dos hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico, 2002.

BRASIL. Ministério Público Federal. Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão. **Parecer sobre medidas de segurança e hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico sob a perspectiva da Lei nº 10.216/2001.** Brasília, 2011.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Decisão de limitação do prazo de duração da medida de segurança. **HC 130.162-SP.** Relatora: Ministra Maria Thereza de Assis Moura. Julgado em 2/8/2012.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Decisão que deferiu a desinternação progressiva. **HC 116.655/SP**. Relatora: Ministra Maria Thereza de Assis Moura. Sexta turma. Julgado em 10/02/2009. Data de publicação: DJe 30/03/2009.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Decisão que determinou a desinstitucionalização. **HC 87007 RJ 2007/0163999-1**. Relator: Ministro Arnaldo Esteves Lima. Data de Julgamento: 13/08/2009. Quinta turma. Data de publicação: DJe 14/09/2009.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **Súmula 527**. Decisão que determinou que o tempo da medida de segurança não deve ultrapassar o limite máximo da pena abstratamente cominada ao delito praticado. Terceira seção. Julgado em 13/05/2015.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Decisão de desinstitucionalização. **Recurso Especial 2007/0001922-4/SP**. Relator: Ministro Rogério Schietti Cruz. Sexta turma, julgamento em 18/03/2014. Data de publicação: DJe 07/04/2014.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Decisão de desinstitucionalização. **HC 185944 MG 2010/0175283-0**. Relator: Ministro Sebastião Reis Júnior. Data de Julgamento: 19/09/2017. Sexta turma. Data de publicação: DJe 27/09/2017.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Decisão que indeferiu medida de segurança na modalidade ambulatorial. **REsp: 1235511 SC 2011/0014762-0**. Relator: Ministro Gilson Dipp. Data de Julgamento: 24/05/2011. Quinta turma. Data de Publicação: DJe 15/06/2011.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Decisão que fixou o período máximo de duração da medida de segurança em trinta anos. **HC 84219**. Relator: Ministro Marco Aurélio. Primeira turma. Julgado em 16/08/2005.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Decisão que deferiu a desinternação progressiva. **RHC 100383**. Relator: Ministro Luiz Fux. Primeira turma. Julgado em 18/10/2011. Publicado em 03/11/2011.

BRASIL. Tribunal Regional Federal da 4ª Região. Decisão que reconheceu a prioridade do tratamento ambulatorial. **ACR 2001.71.00.000774-0**. Oitava turma. Relator: Paulo Afonso Brum Vaz. Data de publicação: 19/11/2003.

CAPEZ, Fernando. **Curso de direito penal**. 17. ed. São Paulo: Saraiva, 2013. v.1.

CORREIA, Ludmila Cerqueira; LIMA; Isabel Maria Sampaio Oliveira; ALVES, Vânia Sampaio. **Direitos das pessoas com transtorno mental autoras de delitos**. Rio de Janeiro: Caderno de saúde pública, 2007, v. 23. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n9/02.pdf>>. Acesso em: 20 de out. de 2017.

DEPARTAMENTO PENITENCIÁRIO NACIONAL. **Relatório Estatístico**. Brasília: Ministério da Justiça, 2014.

FRAGOSO, Heleno Cláudio. **Lições de direito penal**. 16. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2003.

GARCIA, Wander *et al.* **Super-revisão OAB**. 6. ed. Indaiatuba, São Paulo: Foco Jurídico, 2016.

GOIÁS, Ministério Público do Estado de Goiás. **Implementação da reforma psiquiátrica na execução das medidas de segurança**. Goiânia, jan., 2009. Disponível em: <<http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/publicacoes/saude-mental/cartilhadopaiilli.pdf>>. Acesso em: 20 de out. de 2017.

GRECO, Rogério. **Curso de direito penal parte geral**. 16. ed. Niterói: Impetus, 2014. v. 1.

JACOBINA, Paulo Vasconcelos. **Direito penal da loucura: medida de segurança e reforma psiquiátrica**. Brasília: ESMPU, 2008. Disponível em: <<http://escola.mpu.mp.br/a-escola/comunicacao/noticias/publicacoes-esmpu-lanca-direito-penal-da-loucura>>. Acesso em: 20 de out. de 2017.

KARAM, Maria Lúcia. **Medidas de segurança: punição do enfermo mental e violação da dignidade**. São Paulo: Verve, 2002.

MATTOS, Virgílio. **Crime e psiquiatria: uma saída**. Rio de Janeiro: Revan, 2006.

MINAS GERAIS. Tribunal de Justiça de Minas Gerais. Decisão que indeferiu o pleito de cumprimento da medida de segurança na modalidade ambulatorial. **Apelação Criminal 1.0460.16.000700-7/001**. Relator: Desembargador Catta Preta. Segunda câmara criminal. Julgamento em 14/09/2017. Publicação da súmula em 25/09/2017.

MINAS GERAIS. Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais. Decisão que considerou a inconstitucionalidade do indulto as pessoas em cumprimento de medida de segurança. **Agravo em Execução Penal 1.0686.15.003174-4/001**. Relator: Desembargador Rubens Gabriel Soares. Sexta câmara criminal. Julgamento em 04/04/2017. Publicação da súmula em 19/04/2017.

MIRABETE, Julio Frabbrini; FABBRINI, Renato N. **Manual de direito penal**. 29. ed. São Paulo: Atlas S.A., 2013. v. 1.

MORENO, Vânia; ALENCASTRE, Márcia Bucchi. **A família do portador de sofrimento psíquico e os serviços de saúde mental: estudo de caso**. Maringá: Acta Scientiarum. Health Sciences, 2004, v. 26. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/view/1653/1071>>. Acesso em: 20 de out. de 2017.

MOSSIN, Heráclito Antônio. **Compêndio de processo penal**. São Paulo: Manole, 2010.

PEREIRA, Maria Alice Ornellas. **Representação da doença mental pela família do paciente**. Botucatu: Interface – Comunic., Saúde, Educ., 2003, v.7. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v7n12/v7n12a05.pdf>>. Acesso em: 20 de out. de 2017.

PERES, Maria Fernanda Tourinho; NERY FILHO, Antônio. **A doença mental no direito penal brasileiro: inimputabilidade, irresponsabilidade, periculosidade e medida de segurança**. Rio de Janeiro: História, Ciências, Saúde – Manguinhos, 2002, v. 9. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v9n2/a06v9n2.pdf>>. Acesso em: 20 de out. de 2017.

SAMPAIO, Paulo César. **Passagens**. São Paulo: Rev bras crescimento desenvolvimento hum., 2010. v. 20. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v20n1/05.pdf>>. Acesso em: 20 de out. de 2017.

SÃO PAULO. Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo. Decisão que denegou ordem para cumprimento da medida de segurança em tratamento ambulatorial nos termos da Lei nº 10.216/2001. **HC 0007799-80.2012.8.26.0000**. Relator: Sérgio Ribas. Data de julgamento: 26/04/2012. Quinta câmara de direito criminal. Data de publicação: 02/05/2012.

SILVA, Haroldo Caetano da. **Reforma psiquiátrica nas medidas de segurança: a experiência goiana do PAILI**. Rev bras crescimento desenvolvimento hum., 2010. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412822010000100015>. Acesso em: 20 de out. de 2017.

ZAFFARONI, Eugenio Raúl; PIERANGELI, José Henrique. **Manual de Direito Penal Brasileiro**. 7. ed. São Paulo: RT, 2008. v. 8.