



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

JÉSSICA BÁRBARA NERY

O TRATAMENTO DISPENSADO PELO ESTADO AOS DOENTES
MENTAIS INFRATORES

BARBACENA
2012

JÉSSICA BÁRBARA NERY

**O TRATAMENTO DISPENSADO PELO ESTADO AOS DOENTES
MENTAIS INFRATORES**

Monografia apresentada ao Curso de
Graduação em Direito da Universidade
Presidente Antônio Carlos- UNIPAC,
como requisito parcial para obtenção do
título de Bacharel em Direito

Orientadora: Prof.^a Esp. Josilene
Nascimento Oliveira

**BARBACENA
2012**

Jéssica Bárbara Nery

**O TRATAMENTO DISPENSADO PELO ESTADO AOS DOENTES
MENTAIS INFRATORES**

Monografia apresentada ao Curso de
Graduação em Direito da Universidade
Presidente Antônio Carlos- UNIPAC,
como requisito parcial para obtenção do
título de Bacharel em Direito

Aprovada em: ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

Prof. Esp. Christine Candian Cabral Discacciati

Universidade Presidente Antônio Carlos - UNIPAC

Prof.^a Esp. Geisa Rosignoli Neiva

Universidade Presidente Antônio Carlos – UNIPAC

Prof.^a Esp. Josilene Nascimento Oliveira

Universidade Presidente Antônio Carlos - UNIPAC

AGRADECIMENTO

“Agradecer é admitir que houve um momento em que se precisou de alguém; é reconhecer que o homem jamais poderá lograr para si o dom de ser auto-suficiente. Ninguém e nada cresce sozinho; sempre é preciso um olhar de apoio, uma palavra de incentivo, um gesto de compreensão, uma atitude de amor.” Agradeço a Deus por não ter permitido que eu desistisse, pois muitos foram os momentos difíceis e de dúvida. Aos meus pais, Márcia e Sérgio, que nunca mediram esforços para que eu me graduasse, dedico a minha conquista com a mais profunda gratidão e respeito. E aos demais que torceram por mim, muito obrigada.

“Enquanto o sonho é uma loucura limitada e curta, a loucura é um sonho interminável e permanente”.

Aforisma da Grécia Antiga.

RESUMO

Será abordado qual deverá ser o tratamento dispensado pelo Estado àquele que cometer uma infração penal e for considerado inimputável, nos termos do artigo 26, parágrafo único, do Código Penal Brasileiro, diante das disposições contidas na Lei n.º 10.216/01, haja vista que esta legislação implantou um novo modelo de assistência em saúde mental, estabelecendo que a internação do doente mental só deverá ocorrer quando outras formas de tratamento extra-hospitalares se revelarem insuficientes. Deve-se enfatizar que referida lei não fez previsão expressa acerca da sua aplicabilidade ao portador de sofrimento mental que pratica uma infração, tendo surgido posicionamentos divergentes sobre esta questão. Desenvolve-se o estudo iniciando pela evolução histórica do tratamento dispensado ao louco. Logo após, analisa-se o procedimento para aferir a higidez mental de um delinquente, apresentando a forma de como a inimputabilidade é tratada no Código Penal. Em seguida, faz-se uma abordagem sobre a responsabilidade penal do infrator, que também é portador de sofrimento mental. Ao final, apresenta-se a nova visão do Estado, diante do novo paradigma assistencial em saúde mental, que surgiu com a Lei n.º 10.216/2001, bem como a experiência do Tribunal de Justiça de Minas Gerais, com a implantação do Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário Portador de Sofrimento Mental – PAI-PJ, indagando se o tratamento extra-hospitalar é um novo horizonte para assegurar a dignidade do doente mental, mas também garantir a segurança da sociedade. Foi utilizada para o desenvolvimento deste trabalho, a revisão da literatura, sendo analisados artigos e livros, impressos e de sites, seminários e decisões de Tribunais.

Palavras-chave: Direito penal. Medida de segurança. Doente mental. Dignidade humana. Reinserção na sociedade.

ABSTRACT

Will address what should be the treatment meted to him by the State to commit a criminal offense and is considered untouchable, under Article 26, paragraph one, of the Brazilian Penal Code, against the provisions of the Law no. 10.216/01, considering that this legislation implemented a new model of mental health care, establishing that hospitalization of mental patients should only occur when other forms of outpatient treatment is insufficient. It should be emphasized that this law did not express provision regarding its applicability to patients with mental illness who practices a violation has arisen divergent positions on this issue. It develops the study starting with the historical evolution of the treatment of the insane. Soon after, we analyze the procedure to assess the mental healthiness of an offender, presenting the form of how nonimputability is treated in the Criminal Code. Then, it is an approach to the criminal liability of the offender, who is also a psychiatric patient. At the end, we present a new vision of the state, before the new paradigm mental health care, which appeared to Law n. 10.216/2001, as well as the experience of the Court of Minas Gerais, with the implementation of the Program Comprehensive Care of the Patient Judiciary Bearer mental Suffering - PAI-PJ, inquiring whether treatment outside the hospital is a new horizon to ensure the dignity of the mentally ill, but also ensure the safety of society. Was used for the development of this work, the literature review and analyzed articles and books, print and websites, seminars and decisions of courts.

Keywords: Criminal law. Safety measure. Mentally ill. Human dignity. Reintegration into society.

SUMARIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 EVOLUÇÃO HISTÓRICA	17
2.1 Evolução no mundo	17
2.2 A evolução na legislação brasileira	19
3 A INIMPUTABILIDADE NO CÓDIGO PENAL BRASILEIRO	23
3.1 Conceito	23
3.2 O imputável, o semi-imputável e o inimputável em razão de perturbação da saúde mental.....	24
3.3 Procedimento legal para a aferição da higidez mental	26
4 RESPONSABILIDADE PENAL DO DELIQUENTE PORTADOR DE TRANSTORNO MENTAL	29
4.2 Pressupostos para a aplicação da medida de segurança	31
4.3 Espécies de medida de segurança.....	31
4.4 Prazos da medida de segurança	32
4.5 Exame de cessação de periculosidade e desinternação e liberação condicionais	34
4.5.1 Desinternação progressiva.....	35
5 NOVA VISÃO DO ESTADO	39
5.1 A lei antimanicomial em face da medida de segurança	39
5.2 A experiência do Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário Portador de Sofrimento Mental – PAI-PJ.....	42
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	45
REFERÊNCIAS	47

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho abordará a questão de como deverá o Estado tratar aquele que cometer uma infração penal e for considerado inimputável, nos termos do artigo 26, parágrafo único, do Código Penal Brasileiro, diante das disposições contidas na Lei n.º 10.216/01, que instituiu um novo modelo de tratamento aos portadores de transtornos mentais no Brasil.

Para a iniciação do estudo, faremos uma análise histórica sobre a inimputabilidade penal, mostrando que, as pessoas que hoje são consideradas doentes mentais nem sempre foram recepcionadas com dignidade humana, sendo essa maneira de abordá-las é recente.

Em seguida, será mencionado o instituto da inimputabilidade penal no Código Penal, sua conceituação, as distinções entre ela e a semi-imputabilidade, as sanções a que se sujeitarão os infratores que assim forem considerados, bem como o incidente de insanidade mental, que é um exame pericial, indispensável para aferir a higidez mental do delinquente.

Posteriormente, será abordada a forma de se responsabilizar o infrator considerado inimputável, através da aplicação de uma sanção de tratamento, consistente na medida de segurança, que poderá ser internação ou tratamento ambulatorial, bem como seu prazo de duração. Neste particular, serão apresentadas as críticas existentes no ordenamento jurídico acerca da não estipulação em lei do prazo máximo para cumprimento da medida de segurança. Também será dado enfoque aos critérios adotados para a desinternação condicional do infrator em cumprimento de medida de segurança de internação, esclarecendo a importância da realização do exame de cessação de periculosidade. Falaremos, ainda, sobre uma novel mudança, que é a desinternação progressiva, visando inserir paulatinamente o delinquente na sociedade, até que ele esteja apto para ser desinternado definitivamente.

Por derradeiro, analisaremos as modificações trazidas pela Lei n.º 10.216/01 (Lei Antimanicomial), que terá reflexos na medida de segurança, já que esta legislação tem como vetores a desativação de leitos para internações de pacientes psiquiátricos e o incentivo aos tratamentos extra-hospitalares substitutivos da internação, fazendo surgir uma verdadeira revolução no tratamento de portadores de sofrimento mental. Uma nova ferramenta para efetivar este novo modelo de tratamento ao doente mental será abordada ao final desta monografia, que é o trabalho realizado pelo “Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário Portador de Sofrimento Mental (PAI-PJ)”, uma iniciativa inovadora do Tribunal de Justiça de Minas Gerais.

De fato, conhecer melhor sobre as necessidades do doente mental, através de fatores endógenos e exógenos que o levam ao cometimento da infração, possibilita maneiras

adequadas de responsabilização que a eles que poderão ser atribuídas por parte do Estado, com auxílio da sociedade e da família, que poderão ser agentes fundamentais na ressocialização desse sujeito.

A responsabilidade a esse problema, atualmente, é atribuída ao Estado, que deve encará-la de maneira séria, buscando refletir, principalmente com os familiares interessados na recuperação do doente mental, sobre os tratamentos que hoje são oferecidos

Sem dúvida alguma, deve-se dar uma maior atenção a esses indivíduos, vindo a estudar maneiras diferentes de ressocializá-los e valorizar as já existentes, buscando melhorias para as mesmas, o que se mostra necessário para o bem não só da sociedade, mas também para o doente mental junto a sua família, que por falta de informação de como lidar com o diferente, talvez, venha a discriminá-lo, já que a doença mental é compreendida também como resultante da exclusão social.

2 EVOLUÇÃO HISTÓRICA

2.1 Evolução no mundo

As pessoas que hoje são consideradas portadoras de sofrimento mental nem sempre tiveram um tratamento compatível com a dignidade da pessoa humana, sendo consideradas como enfermas.

No passado, várias outras abordagens foram feitas das mesmas, com conteúdos religiosos, morais, poéticos e científicos. Somente se chegou ao patamar hoje existente depois de uma evolução social, que gerou maneiras distintas de observação e interpretação do comportamento das mesmas, bem como com o surgimento da ciência teórica no Ocidente, através dos filósofos gregos no séc. VI a.C.

Na Pré-História, os loucos eram venerados e respeitados, sendo vistos como seres diferentes, que possuíam dons sagrados e atitudes divinas, estando os mesmos incluídos na sociedade, sem qualquer discriminação.

Compreendia-se a loucura como interferência dos deuses sobre o comportamento dos homens e sobre seus pensamentos, de forma que, a responsabilidade pelos atos cometidos pelos loucos não era a eles atribuída, imputando-a às forças divinas exteriores. A cura dessas pessoas era buscada através de rituais em templos religiosos.

Se na Pré-História os atos dos loucos eram vistos como divinos, na Antiguidade essa visão mudou bruscamente, passando a ser encarados como possessões demoníacas.

Os loucos passaram a ser excluídos da sociedade, sendo alvo de chacotas. Os que eram de famílias ricas ficavam isolados em suas residências e aqueles desprovidos de recursos financeiros perambulavam pela cidade, sobrevivendo de esmolas da população.

Destarte, os loucos passam a ser problema, só que ainda particular, não cabendo qualquer intervenção estatal, que apenas atuava quando se tratasse de invalidação ou anulação de casamento em razão da loucura de um dos cônjuges ou quando fosse necessário para a tutela do patrimônio dos insanos.

Filósofos da Antiguidade fizeram menção sobre os loucos, como Empédocles (490-430 a. C.), Platão (429-347 a.C.); e Aristóteles (384-322 a.C.).

Já no Direito Romano, conforme preleciona Moraes Filho (2006)¹ a legislação passou a estabelecer uma classificação dos comportamentos dos loucos, dividindo-os em: furiosus – aquele que tivesse uma loucura agitada, apresentando intervalos de lucidez; dementia ou demens – aquele que tivesse uma loucura total, sem apresentar intervalos de lucidez; mente captuse e mentis alienatione – alienação da mente; e imbecilitas – aquele sem capacidade de gerir seus bens.

Ainda no Direito Romano, os loucos que não tinham família ficavam perambulando nas ruas, e foi nesse momento que o Poder Público chamou para si a responsabilidade de cuidar dos mesmos. Já aqueles que tinham familiares, a guarda deles era concedida aos parentes mais próximos.

Sustentava-se que os loucos não poderiam ser responsabilizados por seus atos, já que a loucura era considerada um castigo dos deuses, por uma falta já praticada ou por livre arbítrio dos mesmos.

Foi na Grécia Antiga que surgiram as observações terapêuticas, sendo Hipócrates (460-380 a. C.) quem apresentou uma visão científica sobre o assunto.

No início da Idade Média, os doentes mentais não eram excluídos da sociedade, sendo tratados com naturalidade. No entanto, baseada em interpretações equivocadas do Novo Testamento, houve um retrocesso na forma de tratamento dos loucos, que passaram a ser compreendidos como possessões diabólicas, afirmando que a salvação dos mesmos seria a própria exclusão social.

Aqueles doentes mentais que cometessem crimes eram perseguidos, insultados, apedrejados e chicoteados em público, sendo que a maior pena era a expulsão de sua cidade.

Posteriormente, surgiram a “Nau dos Loucos”, que eram barcos para armazenar e transportar todos os loucos, de uma cidade para outra, sendo uma forma de exílio, já que o destino dos mesmos era o estrangeiro.

Segundo Foucault (2003, p. 11):

[...] confiar o louco aos marinheiros é com certeza evitar que ele ficasse vagando indefinidamente entre os muros da cidade, é ter a certeza de que ele irá para longe, é torná-lo prisioneiro de sua própria partida. Mas a isso a água acrescenta a massa obscura de seus próprios valores: ela leva embora, mas faz mais que isso, ela purifica. Além do mais, a navegação entrega o homem à incerteza da sorte: nela, cada um é confiado a seu próprio destino, todo embarque é, potencialmente, o último. É para o outro mundo que parte o louco em sua barca louca; é do outro mundo que ele chega quando

¹ <http://www.jus.com.br/revista/texto/8234>

desembarca. [...] A água e a navegação têm realmente este papel. Fechado no navio, de onde não se escapa, o louco é entregue ao rio de mil braços, ao mar de mil caminhos, a essa grande incerteza exterior a tudo. É um prisioneiro no meio da mais livre, da mais aberta das estradas: solidamente acorrentado à infinita encruzilhada. [...]

No ano de 1409, com escopo de proteger os loucos da discriminação a que eram submetidos diuturnamente, o padre Juan Gilabert Jofré, em Valência, criou o primeiro hospital psiquiátrico do mundo.

O louco passou a ser considerado pela medicina como doente mental apenas no século XVI, na Idade Moderna. Existiam lugares, tidos como depósitos humanos, que tinham a função de reeducar esses indivíduos para o retorno ao meio social, mas não era o que ocorria. Esses indivíduos sofriam torturas, violência e maus tratos, juntamente com os demais que se encontravam nesses hospitais, como mendigos, prostitutas e demais pessoas consideradas anti-sociais.

Na Idade Contemporânea, com a Revolução Francesa, foi dada uma interpretação científica ao quadro apresentado pelos loucos, que passaram a ser considerados portadores de uma doença, dispensando-se aos mesmos um tratamento adequado e saudável. Phillippe Pinel, em 1801 publica o “Tratado médico-filosófico sobre a alienação ou mania”, que abordava a psicose maníaca e também uma nova especialidade médica, denominada psiquiatria, que estabelecia um tratamento mais humano para os loucos.

Seguindo os preceitos criados por Pinel, o psicólogo Jean-Étienne Dominique Esquirol fundou o primeiro curós para tratar as enfermidades mentais e conseguiu que fosse criada a Lei de 30 de junho de 1938, que estabelecia a obrigação de construção de estabelecimentos públicos para abrigar os doentes mentais, influenciando muitos países, dentre eles o Brasil.

2.2 A evolução na legislação brasileira

Já existia em nosso país, antes da chegada dos europeus, o direito penal indígena, estabelecia que loucos, mulheres e crianças não tinham tratamento diferenciado dos demais, sendo a perturbação mental encarada como uma manipulação maligna, onde espíritos dominavam os indivíduos, mas o agente respondia por seus atos. Nesta época também, já existia uma espécie de assembléia ou um júízo, constituído em tribunal, para julgamento.

As Orientações do Reino surgiram devido à existência de inúmeras leis, que deixavam lacunas em alvarás daquela época. Elas marcaram a evolução da história na matéria criminal no Brasil, sendo as primeiras a vigerem em nosso território, sendo elas: Afonsinas, Manuelinas e Filipinas.

Vigoraram no Império Lusitano as Ordenações Afonsinas (1446-1521), que continha, no total, 121 títulos. Foi elaborada por João das Regras, João Mendes Cavaleiro e Rui Fernandes, no século XV, durante o reinado de Dom Afonso V.

As Ordenações Manuelinas (1521-1569) foram as substitutas das Afonsinas, por ordem de Dom Manuel, em 1521, contendo 113 títulos e todas as leis extravagantes que ainda não haviam sido codificadas desde a ordenação passada.

Essa ordenação foi também o primeiro código do mundo a ser publicado pela imprensa.

Vieram revogar as Ordenações Manuelinas por ordem de Dom Felipe II-O Pio, em 11 de janeiro de 1603, contendo 143 títulos e vigendo em todo o reino português, incluindo o Brasil colônia, até 1830.

Essa ordenação tratava do indivíduo mental incompleto, sendo o menor de idade, e não do louco, de uma maneira específica.

O Código do Império passou a vigorar a partir de 08 de janeiro de 1831, sendo o primeiro ordenamento a acolher a figura do louco, em dois de seus artigos:

Art. 10. Também não se julgarão criminosos:

(...)

§2º. Os loucos de todo gênero, salvo se tiverem lúcidos intervallos e nelles cometerem o crime. (grafia original)

Art.12. Os loucos que tiverem cometido crimes, serão recolhidos ás casas para elles destinadas, ou entregues ás suas famílias, como ao Juiz parecer mais conveniente. (grafia original)

Constata-se, assim, que o louco infrator deveria ser entregue a sua família, ou internado em locais para tratamento, o que o magistrado entendesse mais conveniente, consoante sua convicção pessoal. Contudo, como os locais para tratamento não eram adequados, a opção da família era a mais utilizada.

Devido a um golpe militar, Marechal Manuel Deodoro da Fonseca proclamou a república, em 15 de novembro de 1889, e assumiu o comando do país. Na época, o então Ministro da Justiça, Campos Sales, conferiu a seu conselheiro, João Batista Pereira, a elaboração de uma nova legislação criminal e, assim, nascia o Código Penal dos Estados Unidos do Brasil.

A saúde mental foi colocada no Código Penal da República como pressuposto para a configuração do crime. Estabelecia o art. 27 do referido código:

Art. 27. Não são considerados criminosos:
 §1º (nove anos para a maioridade penal)
 §3º Os que, por imbecilidade nativa, ou enfraquecimento senil, fôrem absolutamente incapazes de imputação
 §4º Os que se acharem em estado de completa privação de sentidos e de intelligencia no acto de commeter o crime
 [...]
 §7º Os surdo-mudos de nascimento, que não tiverem recebido educação, nem instucção, salvo provando-se que obraram com discenimento. (grafia original)

É discreta, mas existe uma evolução da internação dos incapazes por doença mental. A mudança se deu no fato de que o juiz deveria fundamentar sua decisão, sendo o louco entregue a sua família ou encaminhado para internação, o que só aconteceria se o mesmo apresentasse perigo à segurança e a ordem pública, nos termos do artigo 29, que rezava:

Art. 29. Os indivíduos isentos de culpabilidade em resultado de affecção mental serão entregues ás suas famílias, ou recolhidos a hospitaes de alienados, se o seu estado mental assim exigir para segurança do publico. (grafia original)

O Código Penal de 1830 recebeu muitas críticas, devido à rapidez com que foi elaborado, o que acabou por deixá-lo imperfeito e com lacunas, dificultando a sua consulta. Tal fato ocasionou em várias tentativas para reformar o referido código.

O Desembargador Vicente Piragibe, foi o autor do livro intitulado “Código Penal Brasileiro”, que veio a reunir todas as legislações extravagantes existentes, de forma didática, contendo quatro livros e quatrocentos e dez artigos. Getúlio Vargas, que na época era o então Chefe de Governo Provisório, com o consentimento de Vicente Piragibe, oficializou o trabalho, através do Decreto nº 22.213, de 14 de dezembro de 1932, passando a ser o Estatuto Penal Brasileiro, mesmo que de forma precária.

No referido código, a ideia de que os loucos não eram considerados criminosos continuou, no artigo 27, nos seguintes termos:

Art.27. Não são criminosos:
 §1º Os menores de 14 annos;
 §2º Os surdos mudos de nascimento, que não tiverem recebido educação nem instruccão, salvo provando-se que obraram com discernimento
 §3º Os que, por imbecilidade nativa, ou enfraquecimento mental senil, forem absolutamente incapazes de imputação

§4º Os que se acharem em estado de completa perturbação de sentidos e de intelligencia no acto do commetter o crime. (grafia original)

A mudança que houve foi em relação à maioridade penal aos 14 anos. Outro ponto importante foi que, em relação à internação, o indivíduo seria alojado em asilos públicos, até serem disponibilizados manicômios criminais. E foi afastado o estado de lucidez como exceção da loucura. Vejamos o que dispõe o art. 29, a seguir:

Art. 29. Os indivíduos isentos de culpabilidade em resultado de affecção mental serão entregues a suas famílias, ou recolhidos a hospitaes de alienados, si o seu estado mental assim o exigir para a segurança do público. Emquanto não possuírem os Estados manicômios criminaes, os alienados delinqüentes e os condemnados allienados sómente poderão permancer em asylos públicos, nos pavilhões que espacialmente se lhes reservem. (grafia original)

O Código Penal de 1940 trouxe mudanças importantes em relação à medida de segurança, passando a mesma a ser adotada para infratores portadores de doenças mentais, sendo abordada como uma forma de sanção penal diferente para o louco infrator.

Outras mudanças também foram em relação ao prazo mínimo de execução para a medida de segurança, passando a ser de 01 a 03 anos, o que antes era de 01 a 06 anos, dependendo do crime cometido.

Muito importante foi também a possibilidade de a medida de segurança ser cumprida em tratamento ambulatorial, quando de um ato que pudesse ser punido com detenção. E neste caso, o sujeito submetido ao tratamento ambulatorial, deverá comparecer, quando convocado, diante de médico perito, para ser avaliado se houve a cessação de periculosidade.

3 A INIMPUTABILIDADE NO CÓDIGO PENAL BRASILEIRO

A inimizabilidade de um agente pode ser em relação a sua idade biológica, que se encontra no art. 27 do Código Penal Brasileiro, que é o caso dos menores de 18 anos de idade, ou em razão de uma doença mental, sendo que, para esta segunda hipótese, exige-se que o autor de um fato não seja capaz de compreender o caráter ilícito de sua conduta, em razão de doença mental, desenvolvimento mental incompleto ou retardado.

O presente trabalho se limitará à abordagem da inimizabilidade em razão de doença mental.

3.1 Conceito

Imputar é atribuir responsabilidade de determinada coisa ou conduta a alguém. Porém, não se pode confundir inimizabilidade com responsabilidade penal, que é a consequência jurídica que provém da prática de uma infração penal.

A inimizabilidade, segundo Nucci (2009, p.279) consiste no:

[...] conjunto das condições pessoais envolvendo inteligência e vontade, que permite ao agente ter entendimento do caráter ilícito do fato, comportando-se de acordo com esse conhecimento. O binômio necessário para a formação das condições pessoais do imputável consiste em sanidade mental e maturidade.

O Código Penal não estabeleceu um conceito legal de inimizabilidade, tendo apenas fornecido a definição do que é imputável ou semi-imputável, nos termos do art. 26 do CPB, que dispõe:

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

Parágrafo único. A pena pode ser reduzida de 1 (um) a 2/3 (dois terços), se o agente, em virtude de perturbação de saúde mental ou 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.

Logo, denota-se que o conceito de inimizabilidade é construído a partir da exclusão: aquele que não for considerado inimizável ou semi-imimizável, por não se enquadrar nos requisitos estabelecidos pelo art. 26 do CPB, será tido como imimizável.

Assim, a imputabilidade é o conjunto de biopsicológicos que conferem a determinada pessoa a capacidade de entender que o fato é proibido e de agir segundo este entendimento.

3.2 O imputável, o semi-imputável e o inimputável em razão de perturbação da saúde mental

Para ser imputável, é exigível uma estrutura psicológica que permita ao indivíduo reconhecer a ilicitude de seu ato e ter condições de se comportar conforme este entendimento.

Assim, o agente ser imputável é a regra, da qual a inimputabilidade e a semi-imputabilidade são exceções.

Ao tratar do inimputável, o CPB assim dispôs em seu art. 26, caput:

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

Denota-se que o legislador pátrio estabeleceu três requisitos para que o agente seja considerado inimputável, a saber: o causal, o cronológico e o consequencial.

O requisito causal é a doença mental ou o desenvolvimento mental incompleto ou retardado.

A doença mental deve ser conceituada como todas as moléstias mentais, que afetam as funções intelectuais ou volitivas, independentemente da causa.

Nas lições de Capez (2011, p. 333), doença mental deve ser entendida como:

[...] a perturbação mental ou psíquica de qualquer ordem, capaz de eliminar ou afetar a capacidade de entender o caráter criminoso do fato ou a de comandar a vontade de acordo com esse entendimento. Compreende a infindável gama de moléstias mentais, tais como epilepsia condutopática, psicose, neurose, esquizofrenia, paranoias, psicopatia, epilepsias em geral etc.[...]

O desenvolvimento mental incompleto é aquele em que o sujeito não possui pleno desenvolvimento, em decorrência de imaturidade biológica ou psíquica.

Capez (2011, p. 334) assim o define: “[...] é o desenvolvimento que ainda não se concluiu, devido à recente idade cronológica do agente ou à sua falta de convivência em sociedade, ocasionando imaturidade mental e emocional. [...]”.

Já o desenvolvimento mental retardado é aquele conflitante com a idade cronológica que a pessoa se encontra, estando abaixo do que se espera.

Nesse sentido, preleciona Capez (2011, p. 334):

[...] Desenvolvimento mental retardado: é o incompatível com o estágio de vida em que se encontra a pessoa, estando, portanto, abaixo do desenvolvimento normal para aquela idade cronológica. Ao contrário do desenvolvimento mental incompleto, no qual não há maturidade psíquica em razão da ainda precoce fase de vida do agente ou da falta de conhecimento empírico, no desenvolvimento retardado a capacidade não corresponde às expectativas para aquele momento da vida, o que significa que a plena potencialidade jamais será atingida. [...]

O requisito cronológico é quando o dispositivo legal se refere ao tempo da ação ou da omissão do ato. Isto significa que os demais requisitos devem estar preenchidos no momento em que a conduta foi realizada.

E o requisito consequencial, é a parte final do caput, onde se encontra a inteira incapacidade de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.

Como nosso ordenamento jurídico adotou o sistema biopsicológico, não basta o infrator ser portador de doença mental, desenvolvimento mental incompleto ou retardado, devendo também ter suprimida plenamente sua capacidade de entender que o fato é proibido e de agir de acordo com esta compreensão.

Só é inimputável o sujeito que, em consequência da anomalia mental, não possui capacidade de compreender o caráter criminoso do fato ou de determinar-se de acordo com essa compreensão. (JESUS, 2010)

Constatada a inimputabilidade do agente, este estará isento de pena, sujeitando-se, todavia, a uma sanção de tratamento, denominada medida de segurança, nos termos do artigo 96 do CP.

Porém, tal tratamento só será oferecido após um procedimento legal, onde o até então suposto portador de doença mental, passará por perícia médica, onde terá sua higidez mental aferida. Dessa perícia, será emitido um laudo ao juiz do caso.

No entanto, a autoridade não se encontra vinculada a tal parecer médico, tendo que fundamentar sua decisão, caso venha a discordar.

A semi-imputabilidade, também conhecida como culpabilidade diminuída ou semi-responsabilidade, é onde a culpabilidade do agente é reduzida.

A semi-imputabilidade encontra previsão no parágrafo único do art. 26, do CP, que dispõe:

Art. 26 [...]

Parágrafo único. A pena pode ser reduzida de 1 (um) a 2/3 (dois terços), se o agente, em virtude de perturbação de saúde mental ou 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.

Desta forma, será considerado semi-imputável aquele que, sendo portador de desenvolvimento mental incompleto, de desenvolvimento mental retardado ou de perturbação da saúde mental, tiver reduzida a sua capacidade de entender a proibição do fato ou de se autodeterminar conforme esse entendimento.

Constata-se, assim, que os requisitos são os mesmos da inimputabilidade, exceto no que tange ao requisito consequencial, já que para o inimputável há a total incapacidade de entender e querer, enquanto para o semi-imputável a capacidade é diminuída.

A semi-imputabilidade não tem o condão de excluir a imputabilidade, respondendo o agente pelo delito cometido, sujeitando-se a uma pena. Contudo, no momento da aplicação da reprimenda corporal, deverá o juiz, na terceira fase, reduzi-la de 1/3 a 2/3. Acaso o magistrado entenda necessário, poderá substituir a pena aplicada por uma sanção de tratamento, consistente em medida de segurança, consoante disposto no art. 98 do CP.

3.3 Procedimento legal para a aferição da higidez mental

Havendo dúvidas acerca da higidez mental daquele que cometeu uma infração penal, este deverá ser submetido a uma avaliação médica. Para tanto, revela-se indispensável a instauração do incidente de insanidade mental, que se encontra regulamentado nos artigos 149 e seguintes do Código de Processo Penal, nos seguintes termos:

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

§1º O exame poderá ser ordenado ainda na fase do inquérito, mediante representação da autoridade policial ao juiz competente.

§2º O juiz nomeará curador ao acusado, quando determinar o exame, ficando suspenso o processo, se já iniciada a ação penal, salvo quanto às diligências que possam ser prejudicadas pelo adiamento.

Verifica-se assim que a instauração do incidente de insanidade mental é competência do juiz, que poderá determinar sua realização de ofício, mediante requerimento das partes, do curador do acusado, do cônjuge, ascendente ou descendente ou mediante requisição da autoridade policial, na fase de inquérito policial.

O incidente de insanidade mental tramita em autos apartados, em apenso ao feito principal, ensejando a suspensão deste. Deve o juiz nomear um curador para o acusado. Uma vez formados os autos, as partes serão intimadas para, querendo, fornecerem quesitos a serem respondidos pelo perito quando da elaboração do laudo.

Para a realização do exame pericial, estando o acusado preso, deverá ser internado em manicômio judiciário e, quando se encontrar solto e for solicitado pelos peritos, o juiz designará local adequado para a internação.

O exame para aferir a higidez mental do acusado não durará mais de 45 dias, salvo se houver necessidade de maior prazo demonstrada pelos peritos. Caso não haja prejuízo para o andamento do processo, poderão ser os autos entregues para uma avaliação por parte dos *experts*.

Realizada a avaliação médica, os peritos elaborarão um laudo, que conterà a conclusão a que chegaram acerca da imputabilidade do acusado. Deste laudo será dada vista às partes, que poderão impugná-lo. Não havendo impugnação, o juiz homologará o laudo e determinará a retomada do curso do processo principal.

4 RESPONSABILIDADE PENAL DO DELIQUENTE PORTADOR DE TRANSTORNO MENTAL

Aquela pessoa que praticar um delito e que for portadora de doença mental, constatada a sua inimputabilidade, através do incidente de insanidade mental, não sofrerá a imposição de uma pena pelo magistrado, mas sim uma sanção de tratamento denominada medida de segurança.

Neste prisma, relevante trazer à baila a distinção entre a pena e a medida de segurança. A pena tem natureza retributiva-preventiva, tendo como objetivo readaptar o delinqüente à sociedade é determinada e aplicável aos imputáveis e semi-imputáveis. Já a medida de segurança busca evitar que o sujeito que cometeu a infração possa cometer novos crimes, tendo assim a natureza apenas preventiva, estabelecida por tempo indeterminado, findando-se apenas quando cessar a periculosidade do agente. A medida de segurança somente é aplicável aos inimputáveis e, excepcionalmente, aos semi-imputáveis, quando necessitarem de especial tratamento curativo. No entanto, ambas buscam prevenir o cometimento de novos delitos.

4.1 Conceito e natureza jurídica da medida de segurança

A medida de segurança consiste em uma espécie de sanção penal que tem por escopo fornecer ao delinqüente portador de sofrimento mental, que lhe retira toda a capacidade de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar de acordo com este entendimento, um tratamento curativo e preventivo.

Tem o Estado por finalidade afastar do convívio social aquele que oferece risco à sociedade e propiciar a ele os caminhos a serem trilhados para se recuperar.

Nesse sentido, são as lições de Eichenberg (2010, p. 10):

A medida de segurança é a consequência jurídico-penal do estado perigoso, que visa atuar no controle social ao providenciar o afastamento do risco que oferece o delinqüente inimputável ou o semi-imputável que praticou um ilícito penal, bem como oferecer emenda a ele.

No que tange à natureza jurídica da medida de segurança, observa-se que, na primeira metade do século XX, juristas defendiam a natureza administrativa da mesma, por estas derivar da função administrativa de polícia.

Todavia, mesmo sendo as medidas de segurança de origem administrativa, elas evoluíram para a configuração jurídico-penal, haja vista que são juízes que julgam, aplicam e acompanham sua execução, sendo as mesmas regulamentadas em lei.

Se a medida de segurança fosse um instrumento administrativo, não possuiria finalidades particulares de tratamento e readaptação do doente mental, pelo fato de existir requisitos formais para sua imposição, os quais são apreciados por um juízo criminal.

Criticando àqueles que defendem a natureza administrativa da medida de segurança, E. Raúl Zaffaroni argumenta que: “Sustentou-se que tais medidas são materialmente administrativas e só formalmente penais. Tal argumento é uma racionalização, de vez que a rigidez punitiva da forma condiciona a matéria.” (Zaffaroni *Apud* EICHENBERG, 2010, p.22).

No entanto essa evolução não rompeu com seu caráter administrativo, existindo sim, uma natureza que acompanha funções legislativa e administrativo-executiva, monopolizada pelo Poder Judiciário, onde é necessário que médicos e funcionários administrativos atuem no estabelecimento penal, acompanhando o infrator e orientando o juiz quanto ao tratamento que o delinqüente estiver recebendo.

Logo, prevalece o posicionamento no sentido de que as medidas de segurança têm natureza jurídica de sanção penal.

Vale ressaltar que existem duas corrente doutrinárias acerca da justificação da medida de segurança, a saber: a utilitarista e a ético-social.

Para a corrente utilitarista (DIAS *apud* EICHENBERG, 2010, p.23), a medida de segurança só pode ser aplicada para a defesa de um interesse comunitário, onde a finalidade é a segurança da defesa do meio social. E tal pensamento se encontra em conformidade com o princípio da ponderação de bens, segundo o qual a liberdade de um sujeito só pode ser sacrificada quando causar prejuízo a outras pessoas.

Em oposição, Welzel defende a corrente ético-social, sendo a majoritária hoje. Este posicionamento tem como base um princípio de caráter geral e outro especial, assim compreendido:

A fundamentação geral é a percepção de que somente os indivíduos que possuem autonomia interno-pessoal podem participar livremente da vida externo-social, uma vez que são influenciáveis pelas normas da comunidade. Já o princípio de cunho especial se traduz no direito e no dever do Estado de tratar os doentes mentais. Contudo, essa ingerência estatal não pode ser

justificada por razões utilitaristas. (GOMES; MOLINA *apud* EICHENBERG, 2010, p.23).

Assim, denota-se que a aplicação da medida de segurança se justifica para restabelecer o equilíbrio entre a liberdade interior e exterior (princípio de caráter geral), bem como para dispensar um tratamento ao infrator (princípio de caráter especial).

4.2 Pressupostos para a aplicação da medida de segurança

São os requisitos para a aplicação da medida de segurança: prática de fato típico punível, periculosidade do agente e ausência de imputabilidade plena.

A prática de fato típico punível exige que a conduta perpetrada pelo agente se enquadre perfeitamente ao um modelo abstrato previsto na lei, que é denominado de tipo penal. O fato será típico se estiver descrito na lei como crime ou contravenção penal.

Em relação a periculosidade do agente, a mesma baseia-se no estado sociável do agente, de modo que, ela é a potencialidade para cometer ações criminosas. Sobre o conceito de periculosidade, Nelson Hungria (1951, p. 55) preleciona que “a periculosidade significa um estado mais ou menos duradouro de antissociabilidade, em nível subjetivo. Quanto mais injustos penais o inimputável comete, mais demonstra sua antissociabilidade”.

O Código Penal prevê dois tipos de periculosidade: a presumida e a real, judicial ou reconhecida pelo juiz.

A periculosidade presumida é a que se encontra no art. 26, *caput*, do CP, quando o sujeito ativo for inimputável, hipótese em que o juiz obrigatoriamente aplicará a medida de segurança, diante de um laudo que aponte a perturbação mental.

Já a periculosidade real está disciplinada no parágrafo único, do art. 26, do CP, que trata do agente semi-imputável. Neste caso, ainda que o laudo pericial indique a falta de higidez mental, o juiz é que deverá analisar a situação fática, para averiguar se é necessária a imposição de medida de segurança. Isto porque, como regra, o semi-imputável estará sujeito à imposição de pena.

4.3 Espécies de medida de segurança

Duas são as espécies de medida de segurança: detentiva e restritiva.

As medidas de segurança detentiva e a restritiva estão previstas no art. 96, incisos I e II, do Código Penal, que estabelece:

Art. 96. As medidas de segurança são:

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

II- sujeição a tratamento ambulatorial.

A medida detentiva se dá através da internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico e, na falta destes, pode ser cumprida em outro estabelecimento adequado, sendo aplicável aos semi-imputáveis que necessitem de especial tratamento curativo e aos inimputáveis. A medida de segurança restritiva consiste em tratamento ambulatorial.

A escolha pela espécie de medida de segurança a ser cumprida pelo réu deve ser feita pelo juiz, seguindo os ditames do art. 97 do Código Penal, que dispõe: “Art. 97. Se o agente for inimputável, o juiz determinará sua internação (art. 26). Se, todavia, o fato previsto como crime for punível com detenção, poderá o juiz submetê-lo a tratamento ambulatorial”.

Desta forma, constata-se que, regra geral o magistrado deve optar pela medida de segurança na modalidade internação. No entanto, se o fato previsto como crime for punível com detenção, a medida de segurança poderá ser o tratamento ambulatorial, que é a medida restritiva.

Neste tipo de tratamento sem internação, são ofertados cuidados médicos à pessoa. Porém, esse tipo de tratamento não é imutável, podendo em qualquer fase ser determinada a internação, para fins curativos, como prevê o art. 97, § 4º, do Código Penal: “Art. 97 [...] §4º Em qualquer fase do tratamento ambulatorial, poderá o juiz determinar a internação do agente, se essa providência for necessária para fins curativos”.

4.4 Prazos da medida de segurança

Tanto a internação (medida detentiva) quanto o tratamento ambulatorial (medida restritiva), perduram enquanto não for constatada a cessação da periculosidade do indivíduo, através de uma perícia médica, conforme disposto no §1º, do artigo 97 do CP.

O prazo mínimo de duração da medida de segurança estabelecido pela lei é de 1 (um) a 3 (três) anos, não sendo limitado seu prazo máximo de duração. Tal período de tempo é apenas para se fazer o primeiro exame de verificação de cessação de periculosidade, sendo que a medida de segurança só pode ser executada após o trânsito em julgado da sentença.

O Código Penal dispõe que a medida de segurança possui prazo indeterminado. No entanto, o dispositivo legal que prevê este prazo indeterminado, estaria afrontando a Constituição Federal de 1988, que preconiza que nenhum cidadão será submetido à pena de caráter perpétuo.

Esta perpetuidade das medidas de segurança consiste em um dos temas mais controvertidos e discutidos hodiernamente, conforme salienta Ugiette (1990, p.16):

Atualmente existe o entendimento majoritário que a medida de segurança não pode ultrapassar o limite máximo de pena abstratamente cominada ao delito, sendo esse “o limite da intervenção estatal, título de pena, ou título de medida”, na liberdade do indivíduo, embora não haja previsão no Código Penal, e adequação seja a proibição constitucional do uso da prisão perpétua.

Existe quem sustente que a medida de segurança somente poderia perdurar pelo tempo máximo da pena privativa de liberdade cominada para a infração penal praticada pelo agente. Após o decurso deste lapso temporal deveria o infrator receber tratamento médico na rede de saúde pública ou privada, como qualquer outro doente mental não delinquente. Compartilha dessa ideia Peluso (:apud BORELLI, 2001, p.67) “[...] asseverando que o limite máximo de execução da medida de segurança de internamento deve corresponder ao máximo da pena abstratamente cominada ao delito que a embasou”

Há quem defenda que o limite de cumprimento da medida de segurança deve ser o lapso temporal máximo permitido para cumprimento de pena privativa de liberdade, que são trinta anos, nos termos do artigo 75 do Código Penal.

Neste sentido, já decidiu o STF: ²

HC 107.432 / RS
“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 84.219/SP, Rel. Min. Marco Aurélio).

² <http://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=1223082/>

Um terceiro posicionamento sustenta, ainda, que a duração da medida de segurança deve ser por prazo indeterminado, na medida em que a mesma não é considerada pena, embora seja uma sanção penal, mas com caráter curativo e terapêutico, sendo um risco reinserir o infrator na sociedade sem que tenha cessado sua periculosidade.

Nesse sentido, afirma Nucci (2010, p.32): “Apesar de seu caráter de sanção penal, a medida de segurança não deixa de ter o propósito curativo e terapêutico. Ora, enquanto não for devidamente curado, deve o sujeito submetido à internação permanecer em tratamento, sob a custódia do Estado”.

Entendemos que o fato de o Código Penal estabelecer prazo indeterminado para a medida de segurança não foi recepcionado pela Constituição de 1988, pois a mesma garante que a sanção penal não seja perpétua.

O princípio da legalidade afirma que o condenado tem o direito de saber o tempo de duração da sanção que lhe será imposta.

Paulo de Queiroz (Queiroz *Apud* Vieira, p.5) ensina que:

No que tange à indeterminação do prazo máximo das medidas de segurança – herança do positivismo criminológico – cabe redargüir que, em homenagem aos princípios da igualdade, proporcionalidade, humanidade e não-perpetuação das penas, não se justifica, numa perspectiva garantista, que tais sanções, diferentemente das penas, possam durar indefinidamente, enquanto ‘não for averiguada, mediante perícia médica, a cessação da periculosidade’ (CP, art. 97, §1º), razão pela qual jamais deverão exceder o tempo da pena que seria cabível na espécie.

4.5 Exame de cessação de periculosidade e desinternação e liberação condicionais

Para se verificar se foi cessada a periculosidade do indivíduo, o mesmo deverá passar por uma perícia médica, que será realizada ao fim do prazo mínimo fixado e, persistindo a periculosidade, se repetirá de ano em ano, ou a qualquer tempo, como determinar o juiz da execução. Desse exame, será encaminhado ao juiz um minucioso relatório, instruído com laudo psiquiátrico, que relatará a situação atual do indivíduo, consoante estabelece o art. 175 da Lei n.º 7210/84:

Art. 175. A cessação da periculosidade será averiguada no fim do prazo mínimo de duração da medida de segurança, pelo exame das condições pessoais do agente, observando-se o seguinte:

I – a autoridade administrativa, até 1 (um) mês antes de expirar o prazo de duração mínima da medida de segurança, remeterá ao juiz minucioso relatório que o habilite a resolver sobre a revogação ou permanência da medida;

II – o relatório será instruído com o laudo psiquiátrico;

III – juntado aos autos o relatório ou realizadas as diligências, serão ouvidos, sucessivamente, o Ministério Público e o curador ou defensor, no prazo de 3 (três) dias para cada um;

IV – o juiz nomeará curador ou defensor para o agente que não o tiver;

V – o juiz, de ofício ou a requerimento de qualquer das partes, poderá determinar novas diligências, ainda que expirado o prazo de duração mínima da medida de segurança;

VI – ouvidas as partes ou realizadas as diligências a que se refere o inciso anterior, o juiz proferirá a sua decisão, no prazo de 5 (cinco) dias.

Comprovada pela perícia a cessação de periculosidade, o juiz da execução determinará a desinternação ou a liberação, nos termos do art. 97, § 3º, do Código Penal: “Art. 97 [...] §3º 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”.

Ocorrerá a liberação condicional quando a periculosidade do infrator tiver cessado, já se encontrando o mesmo restabelecido para ser inserido no meio social, sem necessitar mais de nenhum tipo de tratamento.

Já a desinternação se dará quando o infrator tiver condições de deixar o tratamento em regime de internação, mas ainda necessitar de tratamento ambulatorial.

Nos termos do art. 178, da Lei n.º 7210/84, tanto a liberação quanto a desinternação são condicionais, isto é, o agente deverá observar as mesmas condições do livramento condicional. São condições obrigatórias: obter ocupação lícita, dentro de prazo razoável, a ser fixado pelo juiz; comunicar ao juiz, periodicamente, sua ocupação; e não mudar do território da Comarca sem prévia autorização. São condições facultativas: não mudar da residência sem comunicar ao juiz; recolher-se à habitação em hora fixada pelo juiz; e não frequentar determinados lugares, a serem especificados pelo juiz.

Consoante dispõe o art. 97, §2º, do CP, a medida de segurança poderá ser restabelecida se, antes do decurso de 01 (um) ano, o infrator cometer fato indicativo de que sua periculosidade persiste.

4.5.1 Desinternação progressiva

A desinternação progressiva aconteceu pela primeira vez no Brasil em 1966, na cidade de Porto Alegre e em Franco da Rocha, na década de 80, onde o primeiro hospital-noite foi instalado, com o objetivo de tornar mais humana a execução das medidas de segurança.

Era facultado ao internado, passar períodos curtos com seus familiares, e, em alguns casos, retornavam durante a noite ao hospital de custódia. Em certos locais de tratamento era também possibilitado ao doente mental e aos seus familiares, um espaço para o convívio dos mesmos.

Existem dois termos que definem essa liberação paulatina que os internados recebem. Uma é a alta progressiva, e a outra é a desinternação progressiva, sendo que a diferença está na forma de tratamento aplicado ao delinquente-doente.

Enquanto na desinternação progressiva há um acompanhamento contínuo dos funcionários, em relação à evolução dos pacientes, e também há uma série de atividades dentro da unidade, que possibilita ao semi-imputável ou inimputável o trabalho externo, na alta progressiva há uma restrição a meras visitas experimentais dos pacientes às casas dos familiares.

Embora a desinternação progressiva não tenha previsão legal, sendo uma criação doutrinária e jurisprudencial, é um instrumento de suma importância na prática, haja vista que, em diversos casos, o médico perito vislumbra a desnecessidade de se manter a internação, mas constata a indispensabilidade de um acompanhamento médico obrigatório.

A desinternação progressiva não é uma desinternação condicional, mas uma mudança paulatina em que o infrator que cumpre medida de segurança detentiva, passará a se submeter a tratamento ambulatorial.

Admitindo a desinternação progressiva, trazemos à baila a seguinte decisão do Tribunal de Justiça de Minas Gerais³:

HABEAS CORPUS - MEDIDA DE SEGURANÇA – PERICULOSIDADE CESSADA - SOLTURA IMEDIATA - IMPOSSIBILIDADE - PACIENTE QUE NÃO CONTA COM APOIO FAMILIAR, TAMPOUCO LOCAL ADEQUADO PARA SUA DESTINAÇÃO - CONCESSÃO PARCIAL DA ORDEM. I. Havendo indicação da cessação da periculosidade do réu, por meio de laudo subscrito por psiquiatra designado para tal fim, mas, todavia, ausente apoio familiar, tampouco local a ser destinado o paciente, deve o mesmo ser submetido à desinternação progressiva pelo prazo de 01 (um) ano. II. Ordem parcialmente concedida.

³ <http://www.unipac.br/bb/tcc/tcc-68ac5eb6d80ac6afe6448f57156f084a.pdf>

No mesmo sentido, também decidiu o STJ⁴:

Ainda que a cessação da periculosidade do paciente tenha sido atestada por dois laudos consecutivos, não é recomendável a desinternação imediata, tendo em vista as circunstâncias do caso, já que a doença do paciente é controlada apenas mediante o uso contínuo da medicação, que este não tem qualquer respaldo familiar, e que possui extensa folha de antecedentes, demonstrando a possibilidade de reiteração de condutas previstas como crime. (STJ, HC 89212/SP, Rel. Ministra Maria Thereza de Assis Moura, DJ 27/03/2008)

Neste caso, foi destacada a importância da desinternação progressiva, pois o paciente estava com sua periculosidade cessada, embora que fosse através de uso contínuo de medicamento, e pela falta de apoio dos familiares, o mesmo deveria ser acompanhado de perto em sua desinternação, já que possuía uma extensa folha de antecedentes.

⁴ <http://www.unipac.br/bb/tcc/tcc-68ac5eb6d80ac6afe6448f57156f084a.pdf>

5 NOVA VISÃO DO ESTADO

Em 1978 surgiu o primeiro movimento social em prol dos direitos dos pacientes psiquiátricos no Brasil, conhecido como Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). Através deste movimento, todo o sistema de assistência psiquiátrica adotado no país foi criticado, com denúncia de violência nos manicômios.

Em 1987, surgiu o primeiro CAPS (Centro de Apoio Psicossocial) e, em 1989, um processo de interferência da Secretaria Municipal de Saúde da cidade de Santos/SP, em um hospital psiquiátrico, fez uma intervenção que demonstrou a necessidade de mudança no modelo de assistência.

Ainda em 1989, um projeto de lei do deputado Paulo Delgado (Projeto de Lei n.º 3657/89), que visava à normatização dos direitos das pessoas com deficiência mental, deu entrada no Congresso Nacional, mas somente em 2001 foi transformado em lei, conforme destaca Fé:

Apenas em 2001 a Lei Paulo Delgado foi sancionada, mas com ressalvas ao projeto de lei inicial. Assim, a Lei Federal 10.216/2001 modificou a assistência psiquiátrica no país, dando preferência aos tratamentos comunitários, consolidando a proteção e os direitos dos doentes mentais. (FÉ; LIRA, 2012, p.2).

5.1 A lei antimanicomial em face da medida de segurança

A Lei n.º10.216/2001 conhecida como Lei Antimanicomial, Lei da Reforma Psiquiátrica, ou também Lei Paulo Delgado, em homenagem ao deputado que entrou com o projeto, teve por escopo primordial assegurar a humanização no tratamento do doente mental.

Referida legislação visou promover políticas públicas que evitassem a internação dos doentes mentais em hospitais psiquiátricos ainda, a reintegração do mesmo à sociedade, permitindo-lhe maior desenvolvimento e recuperação, vindo a redirecionar a assistência em saúde mental, com garantias de informação dos direitos dos portadores de transtornos mentais durante o tratamento.

Pretendia-se modificar o tratamento que, à época, concentrava-se em internações em hospitais psiquiátricos, transferindo-o para uma rede de atenção psicossocial, estruturada em unidades de serviços comunitários e abertos, denominada de tratamento substitutivo.

Destacando a necessidade desta legislação, Fé e Lira (2012, p.2) afirmam:

Não é de hoje a necessidade de nova análise sobre a matéria que versa o Código Penal e a Lei de Execução Penal no que diz respeito à medida de segurança. Com a inovação na política de saúde mental, visualiza-se um tratamento ao doente mental infrator que vai muito além da simples segregação em manicômios judiciais.

Tal lei dispõe sobre os direitos e a proteção das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, já que, conforme ressalta Tetzaff (2010) :

As pessoas com transtorno mental têm direito de ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades; ser tratado 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; ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração; ter garantia de sigilo nas informações prestadas; ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária; ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis; receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento; ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis; ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Estabelece o art. 4º da Lei n.º 10.216/01, que: “Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.” Constata-se aí o caráter subsidiário da internação do doente mental, que somente poderá ocorrer quando outras formas de tratamento para o mesmo se revelar insuficiente.

Muito se discute a aplicabilidade deste dispositivo legal para o doente mental infrator. Alguns sustentam que esta disposição não se aplica ao portador de sofrimento mental delinquente, pois para este a internação é consequência do cometimento de uma infração penal, sendo, portanto, uma modalidade de internação diversa daquela estabelecida pela lei antimanicomial.

Em contrapartida, defensores da luta antimanicomial defendem que a Lei n.º 10.216/01 derogou o Código Penal, o Código de Processo Penal e a Lei n.º 7.210/84, devendo a internação em Hospital de Custódia e Tratamento ser realizada em último caso, ainda que ela se trate de medida de segurança.

Nesse sentido, argumenta Paulo Queiroz (2010, p. 34):

1. Finalidade preventiva especial. A lei 10.216/2001 considera como finalidade permanente do tratamento a reinserção social do paciente em seu

meio (art. 4º, § 1º), reforçando assim a finalidade – já prevista na LEP – preventiva individual das medidas de segurança. Portanto, toda e qualquer disposição que tiver subjacente a ideia de castigo restará revogada.

2. Excepcionalidade da medida de segurança detentiva (internação). Exatamente por isso, a internação só poderá acontecer quando for absolutamente necessária, isto é, quando o tratamento ambulatorial não for comprovadamente o mais adequado.

3. Revogação dos prazos mínimos da medida de segurança, pois não são compatíveis com o princípio da utilidade terapêutica do internamento (art. 4º, § 1º da lei n. 10.216/2001) ou com o princípio de desinternação progressiva dos pacientes cronicados (art. 5º da lei n. 10.216/2001).

4. Presunção de periculosidade do inimputável e o seu tratamento em razão do tipo de delito que cometeu (se punido com reclusão ou detenção), baseado em prazos fixos e rígidos, são incompatíveis com a citada legislação em saúde mental, que objetiva a reintegração social da pessoa.

A Lei n.º 10.216/01 dispõe também que o paciente que tiver uma dependência institucional grave, em razão de um longo período de internação, deverá ter assegurado pelo Estado a alta progressiva ou a desinternação progressiva, pelo tempo que for indispensável para sua reinserção na sociedade.

Para que haja uma internação, seja ela voluntária, involuntária ou compulsória, sendo esta caracterizada como execução de medida de segurança, consoante redação do art. 6º, inciso III, da referida lei, é indispensável a prévia elaboração de laudo médico que fundamente a necessidade desta internação.

No que tange à internação compulsória, estabelece o art. 9º da mencionada lei que ela se dará por determinação judicial e que, ao prolatar a decisão, deve o magistrado analisar o tratamento mais adequado, bem como as condições de segurança do estabelecimento, visando resguardar o sentenciado, os funcionários da instituição e os demais pacientes.

Com objetivo de viabilizar o novo modelo assistencial de saúde mental trazido pela Lei n.º 10.216/01, os Poderes Judiciário e Executivo editaram diversas resoluções e recomendações. Dentre elas, destacaram-se a Resolução CNJ n.º 113, de 20 abril de 2010, as Resoluções do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária n.ºs 05, de 04 de maio de 2004 e 04 de 30 de julho de 2010 e a Recomendação CNJ n.º 35 de 12 de julho de 2011. Todas estas normas visam adequar a execução da medida de segurança à nova legislação e, com isso, dispensar um tratamento mais humanizado ao louco infrator.

5.2 A experiência do Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário Portador de Sofrimento Mental – PAI-PJ

O Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário Portador de Sofrimento Mental – PAI-PJ, implantado através da Portaria Conjunta nº 25/2001, surgiu através de uma pesquisa que foi realizada por estagiários do curso de psicologia do Centro Universitário Newton Paiva, que analisaram processos criminais onde os autores de ato infracional eram portadores de sofrimento mental.

No mês de julho de 2002 foi inaugurada a Casa PAI-PJ que, em parceria com o Centro Universitário Newton Paiva, aumentava o campo de assistência ao portador de sofrimento mental que cometesse um delito. Assim, passaram a ser realizados acompanhamento em todas as fases dos processos criminais em que o delinquente apresentasse indícios de doença mental, promovendo a responsabilidade do infrator, sem abolir seus laços sociais, atendendo, desta forma, os princípios da Lei n.º 10.216/01.

Já no ano de 2010, este programa passa a integrar o Projeto Novos Rumos do Tribunal de Justiça de Minas Gerais, sendo regulamentado pela Resolução n.º 633/2010.

A equipe do PAI-PJ é composta por psicólogos, assistentes sociais e profissionais de direito, destacando-se, dentre suas funções, a de auxiliar o Judiciário na individualização da medida de segurança, orientando-se pelos princípios da reforma psiquiátrica, visando sempre tratamentos substitutivos à internação, na busca pela humanização do tratamento dispensado aos pacientes judiciários.

O PAI-PJ é composto por dois núcleos: um núcleo supervisor, que tem sede na Comarca de Belo Horizonte/MG e atua em todo o Estado de Minas Gerais, prestando orientação e monitorando as atividades dos núcleos regionais; e núcleos regionais, vinculados administrativa e disciplinarmente aos diretores de foro das Comarcas onde forem instalados, compostos por equipe interdisciplinar de assistência jurídica, psicológica e social.

São atribuições dos núcleos regionais, definidas pelo artigo 11 da Resolução TJMG n.º 633/2010: promover o estudo e o acompanhamento dos processos criminais e infracionais em que figurem pacientes judiciários, visando à elaboração de projeto individualizado de atenção integral; realizar o acompanhamento psicológico, jurídico e social do paciente judiciário; manter contato e articulação intersetoriais, em caráter permanente, com a rede pública de saúde, visando efetivar a individualização do projeto

de atenção integral; com a rede social, visando à promoção social do paciente judiciário e à efetivação de políticas públicas pertinentes ao caso; realizar discussões com peritos criminais, nos casos em que houver exame de sanidade mental e cessação de periculosidade, apresentando, em atendimento a determinação judicial, dados relativos a ao acompanhamento do paciente; emitir relatórios e pareceres, dirigidos ao juiz competente, relativos ao acompanhamento do paciente judiciário nas diversas fases processuais; sugerir à autoridade judicial medidas processuais pertinentes, com base em subsídios advindos do acompanhamento clínico-social do paciente judiciário; prestar ao juiz competente as informações clínico-sociais necessárias à garantia dos direitos do paciente judiciário.

De acordo com o Programa PAI – PJ⁵, em sua apresentação no site do Tribunal de Justiça de Minas Gerais, o programa:

- Acompanha os processos criminais nos quais o réu ou sentenciado é ou apresenta indícios a ser portador de sofrimento mental, fornecendo subsídios técnicos para a prestação jurisdicional nas várias fases do processo.
- Visa auxiliar a autoridade judicial na individualização da aplicação e execução das penas e medidas de segurança, de acordo com o previsto na legislação penal vigente.
- Se orienta pelo princípio da reforma psiquiátrica, promovendo o acesso a tratamento em saúde mental na rede substitutiva ao modelo manicomial.
- Trabalha no sentido de viabilizar a acessibilidade aos direitos fundamentais e sociais previstos.
- Dar-se-á de modo intersetorial, promovendo a parceria do Judiciário, Ministério Público e o Executivo através da rede pública de saúde e da rede de assistência social, de acordo com as políticas vigentes, na atenção integral ao portador de sofrimento mental.
- A equipe do PAI-PJ é composta por psicólogos, assistentes sociais e bacharéis em Direito, devidamente capacitados para atuarem no Programa.

As atividades desenvolvidas pelo PAI-PJ representam um avanço na execução da medida de segurança no Estado de Minas Gerais, na medida em que auxilia ao Judiciário e Ministério Público na individualização desta sanção penal, permitindo

⁵ http://www8.tjmg.jus.br/presidencia/programanovosrumos/pai_pj/

um tratamento adequado ao portador de sofrimento mental que comete infração penal.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A loucura nem sempre foi abordada com a seriedade que é nos dias atuais. Prova disso é a maneira como os indivíduos portadores de doença mental eram tratados em determinadas épocas, chegando a serem vistos como deuses e venerados na Pré-História. Mas, em contrapartida, eram tidos como demônios, na Antiguidade. Os loucos chegaram a ser excluídos da sociedade, pois acreditava-se que eles apresentavam perigo à mesma, só recebiam tratamento digno os que eram de famílias abastadas.

No Brasil, o louco que praticasse uma infração penal, em um primeiro momento não tinha imposta qualquer sanção penal, devendo o Estado conceder-lhe perdão e possibilitar que retornasse ao convívio familiar. Posteriormente, o portador de sofrimento mental que fosse delinquente passou a ser punido, como se tivesse a plena capacidade de entender o caráter ilícito do fato e de determinar-se conforme este entendimento.

Já no Código Penal de 1940 surge a medida de segurança, que tem como escopo o tratamento e a proteção do infrator e da sociedade. Assim, esses indivíduos, até então excluídos da sociedade, passam a ter a atenção do Estado, que lhes oferece tratamentos psiquiátricos, mantendo-os sob sua responsabilidade, como forma de sanção penal. Este tratamento pode ser realizado através da internação ou de forma ambulatorial, sempre visando a recuperação do doente e possibilitando sua reinserção na sociedade.

No entanto, com o passar do tempo, esse modelo assistencial em saúde mental acabou não se mostrando suficiente para atingir sua finalidade. A uma, porque não há vagas suficientes para atender à demanda do Judiciário, que impõe a sanção penal consistente em medida de segurança, mas não tem como executá-la. A duas, porque faltam políticas públicas que financiem os projetos de estruturação e planejamento para restabelecimento dos doentes, aliado ao fato de falta de apoio familiar, que é indispensável para o tratamento.

Diante desta realidade, baseados na ideia de recuperar o louco, inclusive aquele que fosse infrator, surgem movimentos sociais em prol dos direitos dos pacientes psiquiátricos no Brasil, criticando o modelo existente e exigindo um tratamento mais compatível com a dignidade da pessoa humana.

Passam então a ocorrer modificações na forma dos tratamentos dispensados aos mesmos, surgindo iniciativas de tratamento extra-hospitalar, com escopo de atingir a

recuperação deles, quando o Projeto de Lei nº 3657/89 é transformado na Lei nº 10.216/2001, conhecida como Lei Antimanicomial.

Referida legislação modificou o tratamento que, à época, concentrava-se em internações em hospitais psiquiátricos, transferindo-o para uma rede de atenção psicossocial, estruturada em unidades de serviços comunitários e abertos, denominada de tratamento substitutivo. Logo, a internação do doente mental somente poderá ocorrer quando outras formas de tratamento para o mesmo se revelarem insuficientes.

Também no ano de 2001, foi criado pelo Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais o Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário Portador de Sofrimento Mental – PAI-PJ, cuja equipe é composta por psicólogos, assistentes sociais e profissionais de direito, destacando-se, dentre suas funções, a de auxiliar o Judiciário na individualização da medida de segurança, orientando-se pelos princípios da reforma psiquiátrica, visando sempre tratamentos substitutivos à internação, na busca pela humanização do tratamento dispensado aos pacientes judiciários.

Fato é que a legislação penal vigente precisa ser modernizada a fim de se adequar aos novos tratamentos que surgiram para os doentes mentais, a fim de ressocializá-los, como é o caso da desinternação progressiva, que tem sido admitida pela doutrina e aplicada pela jurisprudência, embora não tenha previsão legal.

Não pairam dúvidas de que os hospitais de custódia de tratamento desempenham um papel fundamental no tratamento dos pacientes portadores de sofrimento mental que praticam infrações penais, haja vista que o tratamento substitutivo preconizado pela lei antimanicomial nem sempre será eficaz.

Destarte, não devem referidos hospitais serem extintos com a abolição da medida de segurança consistente na internação. Todavia, deve ser implantada uma otimização no trabalho por eles desenvolvido, a fim de que seja possível a ressocialização do portador de sofrimento mental.

Por derradeiro, deve o magistrado, ao impor uma sanção penal consistente em medida de segurança, escolher com razoabilidade o tratamento a ser imposto, na medida em que o tratamento psiquiátrico em hospital de custódia e os tratamentos substitutivos são igualmente relevantes para a recuperação do doente mental, tornando-o apto para o retorno à sociedade.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, Fábio da Silva. **Prazos (mínimo e máximo) das medidas de segurança.** Disponível em: <<http://jus.com.br/revista/texto/11119/prazos-minimo-e-maximo-das-medidas-de-seguranca>>. Acesso em: 01 nov. 2012.
- BORELLI, Rafael de Souza. O limite máximo da medida de segurança. **Revista de Direito Público**, Londrina, v. 6, n.3, p.53-77, out/dez 2011. Disponível em: <www.uel.br/revistas/uel/index.php/direitopub/article/view/8219>. Acesso em: 25 nov. 2012.
- BRASIL, Presidência da República, Casa Civil. **Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LEIS_2001/L10216.htm>. Acesso em: 28 out. 2011.
- BRASIL. STJ. Habeas Corpus nº 89212/SP, Rel. Ministra Maria Thereza de Assis Moura, DJ 27 de março de 2008. Disponível: <<http://www.unipac.br/bb/tcc/tcc-68ac5eb6d80ac6afe6448f57156f084a.pdf>>. Acesso em: 18 out. 2012.
- BRASIL. STF. Habeas Corpus nº 84219/SP, Rel. Min. Marco Aurélio. Disponível: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/27069/000763268.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 18 out. 2012.
- CAPEZ, Fernando. **Curso de Direito Penal: parte geral.** 15. ed. Saraiva. São Paulo: 2011. v.1
- EICHENBERG, Marina Hermes. **Panorama geral das medidas de segurança e o projeto de lei da castração química.** 2010. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/27069/000763268.pdf?sequence=1>> Acesso em: 10 out. 2012.
- FOUCAULT, Michel. **História da Loucura.** 7. ed. São Paulo: Perspectiva, 2003.
- HUNGRIA, Nelson. **Comentários ao Código Penal.** Rio de Janeiro: Forense, 1951. v.3
- JESUS, **Damásio de.** **Direito Penal: Parte Geral .** 31. ed. Saraiva. São Paulo: 2010.
- LIRA; FÉ. Disponível em: <<http://jus.com.br/revista/texto/21941/medida-de-seguranca-evolucao-reforma-psiquiatrica-e-lei-n-10-216-2001/2>> . Acesso em: 01 nov. 2012.
- MALCHER, Farah de Sousa. **A questão da inimputabilidade por doença mental e a aplicação das medidas de segurança.** 2011. Disponível em: <<http://www.egov.ufsc.br/portal/conteudo/quest%C3%A3o-da-inimputabilidade-por-doen%C3%A7a-mental-e-aplica%C3%A7%C3%A3o-das-medidas-de-seguran%C3%A7a-no-orden>>. Acesso em: 28 out.2011.
- MINAS GERAIS. TJMG. **Cartilha do Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário Portador de Sofrimento Mental – PAI-PJ** Disponível

em:<http://www8.tjmg.jus.br/presidencia/programanovosrumos/pai_pj/>. Acesso em: 18 out. 2012.

MIRANDA, LÍlian Pereira. **Aplicação das medidas de segurança ao doente mental como forma de ressocialização no sistema penal brasileiro**. 2011. Disponível em: <<http://www.egov.ufsc.br/portal/conteudo/aplica%C3%A7%C3%A3o-das-medidas-de-seguran%C3%A7a-ao-doente-mental-como-forma-de-ressocializa%C3%A7%C3%A3o-no-sistem>>. Acesso em: 28 out.2011.

MORAES FILHO, Marco Antonio Praxedes de. **Evolução histórica da inimputabilidade penal: uma abordagem cronológica da loucura na humanidade e seus reflexos na legislação criminal brasileira até o Código de Piragibe. Jus Navigandi**, Teresina, v. 11, n. 1017, 14 abr. 2006 . Disponível em: <<http://jus.com.br/revista/texto/8234>>. Acesso em: 15 out. 2012.

NUCCI, Guilherme de Souza. Culpabilidade. **Manual de direito penal: parte geral: parte especial**. 6 ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2009. p. 289-300.

NUCCI, Guilherme de Souza. Código de Processo Penal Comentado. 9. ed. Revista dos Tribunais. São Paulo 2009

PERES, Maria Fernanda Tourinho. **A doença mental no direito penal brasileiro: inimputabilidade, irresponsabilidade, periculosidade e medida de segurança**. 2011. Disponível em: <<http://www.egov.ufsc.br/portal/conteudo/doen%C3%A7a-mental-no-direito-penal-brasileiro-inimputabilidade-irresponsabilidade-periculosidad>>. Acesso em: 28 out. 2011.

QUEIROZ, Paulo. **Direito Penal: parte geral**. 6. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2010.

SOUZA, João Vitor Monteiro de. **A efetividade da medida de segurança no Brasil**. 2011. 49 f. Monografia – Faculdade de Ciências Jurídicas e Sociais de Barbacena, Universidade Presidente Antônio Carlos, Barbacena, 2011.

TETZLAFF , A.A.S. **Resumo da Lei N°10216**. jul. 2010.. Disponível em: <<http://hitechnologies.com.br/humanizacao/o-que-e-oprogramahumanizaus/resumo-da-lei-n10216>>. Acesso em: 15 out. 2012.

TRINDADE, Jorge. **Noções de imputabilidade e inimputabilidade: Manual de psicologia jurídica para operadores do Direito**. Porto Alegre: Livraria do Advogado,2004. p. 113-114.

UGIETTE, Marcellus de Albuquerque. **Seminário justiça e doença menta. Painel: medida de segurança**. Disponível em: <<http://pfdc.pgr.mpf.gov.br/informacao-e-comunicacao/eventos/saude-mental/simposio-justica-e-doenca-mental/apresentacoes-em-ppt/MEDIDA%20DE%20SEGURANCA.pdf>>Acesso em: 11 out. 2012.

VELLOSO, Ricardo Ribeiro. **A inimizabilidade do doente mental**. 2011. Disponível em: < <http://www.ambito-juridico.com.br/pdfsGerados/artigos/3834.pdf>> Acesso em: 26 set. 2011.

VIANNA, Paula Cambraia de Mendonça; BARROS, Sônia. O significado do cuidado para a família na reabilitação psicossocial do doente mental: uma revisão teórica: **REME – Revista Mineira de Enfermagem**. Belo Horizonte, v.8, n.1 p. 223-228. jan/mar 2004.

VIEIRA, Vanderson Roberto. “**Medidas de segurança” por tempo indeterminado (perpétuas): impossibilidade constitucional**. Disponível em: <<http://www.faimi.edu.br/v8/RevistaJuridica/Edicao1/Arquivos/Medidasdeseguranca.pdf>>. Acesso em: 11 out. 2012.