

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE DIREITO
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS PENAIS

Marcela Endres Balbão

**INIMPUTABILIDADE PENAL, MEDIDAS DE SEGURANÇA E SERVIÇOS
SUBSTITUTIVOS: UM ESTUDO ENVOLVENDO SAÚDE MENTAL NO ÂMBITO
DO DIREITO COMPARADO.**

Porto Alegre
2016

MARCELA ENDRES BALBÃO

**INIMPUTABILIDADE PENAL, MEDIDAS DE SEGURANÇA E SERVIÇOS
SUBSTITUTIVOS: UM ESTUDO ENVOLVENDO SAÚDE MENTAL NO ÂMBITO
DO DIREITO COMPARADO.**

Monografia de conclusão de curso apresentada ao Departamento de Ciências Penais da Faculdade de Direito da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS, como requisito parcial para obtenção de grau de bacharel em Ciências Jurídicas e Sociais.

Orientador: Professor Mestre Sami Abder
Rahim Jbara El Jundi

Porto Alegre

2016

MARCELA ENDRES BALBÃO

**INIMPUTABILIDADE PENAL, MEDIDAS DE SEGURANÇA E SERVIÇOS
SUBSTITUTIVOS: UM ESTUDO ENVOLVENDO SAÚDE MENTAL NO ÂMBITO
DO DIREITO COMPARADO.**

Monografia de conclusão de curso apresentada no Departamento de Ciências Penais da Faculdade de Direito da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS, como requisito parcial para obtenção de grau de bacharel em Ciências Jurídicas e Sociais.

Aprovada em 13 de dezembro de 2016.

BANCA EXAMINADORA:

Professor Sami Abder Rahim Jbara El Jundi

Orientador

Professor Ângelo Roberto Ilha da Silva

Professora Vanessa Chiari Gonçalves

AGRADECIMENTOS

Há uma base firme e repleta de amor na minha vida, a qual me permite sonhar, acreditar e concretizar. Sonhar com o futuro, acreditar no presente e ter concretizado no passado.

Meus pais ensinaram-me o poder do amor, a força das palavras e a importância da verdade.

Meu irmão demonstra diariamente a insignificância da diferença de idades, provando-me que sempre há algo para ser compartilhado e ensinado pelos dois lados.

Além da minha família, tive a satisfação de contar com grandes amizades- algumas da época de colégio e outras novas formadas ao longo do curso. A presença dessas pessoas representa parte de quem eu me tornei. Acredito plenamente que, com o passar dos anos, deixamos um pouco do que somos em outros e estes deixam um pouco do que são em nós.

No meio de uma dessas trocas, encontrei o GAMAI, o qual me permitiu olhar de uma nova forma o direito e a vida das pessoas com sofrimento psíquico em conflito com a lei. Muita gratidão por esse grupo.

Agradeço, ainda, aos professores e a outros profissionais que me motivaram nesse caminho. Tenho certeza de que o poder transformador dessas pessoas é mágico.

Por fim, contei com uma inesperada companhia nessa trajetória final da faculdade. Um parceiro que se provou imprescindível. Com companheirismo, alegria e amor, ele demonstrou que a vida pode ter sempre uma pincelada a mais de cor.

Com todo o apoio que recebi até hoje, o que me resta é querer retribuir e, acima de tudo, contribuir com significativas mudanças na vida de outras pessoas, por meio do amor, da dedicação e de conhecimentos adquiridos nessa jornada.

RESUMO

O presente trabalho propõe-se a fazer uma pesquisa de saúde mental no âmbito do direito comparado, com o escopo de demonstrar o contexto atual na abordagem da pessoa com sofrimento psíquico em conflito com a lei, apresentando, então, serviços substitutivos aos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTPs). Para isso, primeiramente se analisa o sistema penal brasileiro no que diz respeito à inimizabilidade penal e medida de segurança. Com esta exposição, são observados, de acordo com esse panorama, o Movimento Antimanicomial, a Antipsiquiatria e a Lei da Reforma Psiquiátrica n. 10.216/2001. Posteriormente, passa-se a um estudo do tratamento jurídico dado ao indivíduo com transtorno mental em cinco países europeus diferentes, quais sejam, Alemanha, Espanha, Inglaterra (incluindo-se País de Gales), Itália e Portugal. Assim, diante da análise comparativa realizada, são, por fim, expostos serviços substitutivos a estabelecimentos de internação - como os HCTPs - e alternativas que possibilitam a reintegração social. Dessa forma, a presente monografia tem por objetivo contribuir no campo de estudo da relação entre o direito penal e a saúde mental, com a finalidade de trazer novas perspectivas de cuidado e atenção integral ao paciente judiciário.

Palavras-chave: Saúde Mental. Inimizabilidade Penal. Medidas de Segurança. Serviços Substitutivos. Direito Comparado.

ABSTRACT

The present work aims to study mental health in a comparative law scope, to demonstrate the present-day context of the criminal offender with mental disorder and which diversion programs and services may take the place of the forensic psychiatric hospitals. Firstly, the Brazilian criminal justice system is analyzed in terms of the general understanding regarding insanity defense and security measure. In a second moment, the Anti-asylum Movement, the Anti-psychiatry and the Brazilian Psychiatric Reform Law n. 10.216/2001 are also examined. Subsequently, the legal treatment given to the criminal offender with mental disorder in five countries - Germany, Spain, England (and Wales), Italy and Portugal - is described and analyzed. Lastly, in the face of the comparative law, diversion programs and services to forensic psychiatric hospitals that aim social reintegration are presented. In short, the present work intends to contribute to the research field of criminal law and mental health, bringing up a different perspective related to the health care and social assistance to the judiciary patient.

Keywords: Mental Health. Insanity Defense. Security Measures. Diversion Programs and Services. Comparative Law.

SIGLAS E ABREVIATURAS

§ - Parágrafo

§§ - Parágrafos

Art. – Artigo

Arts. – Artigos

CP- Código Penal

CPP- Código de Processo Penal

GT- Grupo de Trabalho

HCTPs- Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico

Ibid. – *Ibidem* (do mesmo autor, na mesma obra)

Id. – *Idem* (do mesmo autor, mas em outra obra)

IPF- Instituto Psiquiátrico Forense (Porto Alegre)

LEP- Lei de Execução Penal

Loc. Cit. – *Loco citato* (do mesmo autor, na mesma obra e na mesma página)

MHA- *Mental Health Act*

N. – Número

Op. cit. – *Opus citatum, Opere citatum* (obra citada)

P. – Página

PAILI- Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator

PAI-PJ - Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário

REMSs- *Residences for the Execution of Security Measures*

SUS- Sistema Único de Saúde

V. – Volume

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	09
2 INIMPUTABILIDADE PENAL	12
2.1 DEFINIÇÕES E APONTAMENTOS A RESPEITO DA INIMPUTABILIDADE NO DIREITO PENAL BRASILEIRO.....	15
2.1.1 Sistema biopsicológico	19
2.1.2 Nova gramática da loucura.....	20
2.2 MEDIDA DE SEGURANÇA	25
2.2.1 Enquadramento legal	29
2.2.2 Limitação temporal e cessação da periculosidade.....	32
2.2.3 Antipsiquiatria e Movimento Antimanicomial.....	34
3 LEGISLAÇÃO COMPARADA.....	39
3.1 EUROPA	39
3.1.1 Alemanha.....	41
3.1.2 Espanha.....	44
3.1.3 Itália.....	47
3.1.4 Inglaterra e País de Gales.....	50
3.1.5 Portugal.....	53
4 ALTERNATIVAS AO HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO.....	56
4.1 SERVIÇOS SUBSTITUTIVOS NO BRASIL	59
4.1.1 PAI-PJ.....	60
4.1.2 PAILL.....	62
4.1.3 Des'medida.....	64
4.1.4 Programa de Brasília.....	65
4.1.5 Alta Progressiva.....	66
4.1.6 Arteterapia e Terapêutica Ocupacional.....	68
4.2 SERVIÇOS SUBSTITUTIVOS NO EXTERIOR.....	69
4.2.1 Alemanha.....	70
4.2.2 Espanha.....	71
4.2.3 Inglaterra e País de Gales.....	72
4.2.4 Itália.....	73
4.2.5 Portugal.....	75
5 CONCLUSÃO.....	79
REFERÊNCIAS	82

1 INTRODUÇÃO

Ao falar-se em pessoas com sofrimento psíquico em conflito com a lei, toca-se em um tema em que a estigmatização impera. Conceitos retrógrafos e perpetuidade ainda acompanham esses pacientes do judiciário. Apesar do movimento da Reforma Psiquiátrica, parece haver uma grande estagnação no que diz respeito à forma de lidar com pessoas com transtorno mental que cometeram algum delito.

Os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTPs), designados para o cumprimento da medida de segurança, são, em sua maioria, instituições penais, coordenadas por secretarias de segurança e administração penitenciária. Ademais, o tratamento, nesses ambientes, não está de acordo com o que foi estabelecido na Lei da Reforma Psiquiátrica n. 10.216/2001. Embora esteja determinado nessa lei que a internação somente ocorrerá quando se mostrarem insuficientes os recursos extra-hospitalares, ainda é frequente a aplicação de medida de segurança em caráter de internação.

Atualmente, no Brasil, há programas de serviços substitutivos que objetivam, ao lado do judiciário, fornecer alternativas ambulatoriais aos indivíduos com sofrimento mental em conflito com a lei. Além da questão do cuidado, tem-se em mente a importância de fazer intersecções com os municípios de origem dessas pessoas, na busca por laços e redes. Para que isso ocorra, é necessário um trabalho intersetorial, entre judiciário, saúde, serviço social e outras áreas.

Além desses serviços, há, dentro dos próprios HCTPs, possibilidades de desinstitucionalização gradual, as quais ainda devem ser consideradas, em razão do grande número de pessoas que já está internado e do que passa a estar mensalmente. Desse modo, apesar de o presente trabalho estudar alternativas aos HCTPs, não é possível deixar de analisar também a “porta de saída” dessas instituições. Afinal, os indivíduos internados precisam de acompanhamento para que possam sair desses ambientes, voltar a conviver na sociedade de forma mais autônoma e evitar, inclusive, a reincidência.

Nesse contexto, surgem dúvidas sobre como é o tratamento jurídico dado às pessoas com transtorno mental em conflito com a lei em outros países. Questiona-se, ademais, se há serviços substitutivos nesses locais que impeçam longos anos de internação, oferecendo propostas terapêuticas e intersetoriais.

Assim, diante deste panorama, o presente trabalho apresentará uma análise do direito penal brasileiro no que diz respeito à inimputabilidade penal e medida de segurança.

Posteriormente, será exposta, de forma comparada, a legislação de países europeus. Por fim, serão observados serviços substitutivos e possibilidades de reintegração social.

Quanto à organização dos capítulos do trabalho, informa-se que, no segundo capítulo, será feita uma exposição da forma como o sistema penal brasileiro relaciona-se com a pessoa com transtorno mental. Buscar-se-á apresentar os conceitos e as consequências jurídicas referentes à inimputabilidade penal e à medida de segurança, contrastando com a antipsiquiatria, movimento antimanicomial e reforma psiquiátrica.

No terceiro capítulo, será pesquisado o contexto legal de cinco países europeus para que se possa verificar como é tratada juridicamente essa questão em diferentes locais. Os países escolhidos foram: Alemanha, Espanha, Inglaterra e País de Gales, Itália e Portugal. A preferência de estudo por esses países decorre, especialmente, de dois aspectos. Em primeiro lugar, comenta-se o intuito de pesquisar perspectivas de outro continente, para que seja possível trazer uma ampliação da abordagem dessa temática, contribuindo na apresentação de outros conceitos legais e avanços no campo da saúde mental.

Em segundo lugar, explica-se a razão da opção específica por cada um desses países. A Itália manifestou, historicamente, concepções vanguardistas, apontando fortes críticas às instituições manicomiais e à psiquiatria convencional. Assim, ela foi o primeiro país a ser definido para a presente pesquisa. Quanto aos outros quatro, aponta-se que o acesso a variados artigos e publicações, quando se tem conhecimento do idioma local, facilita um estudo mais detalhado, o que implicou a escolha de Alemanha, Espanha, Inglaterra (e País de Gales) e Portugal, pelo fato de a autora saber, como língua nativa, português, e ter experiência em alemão, inglês e espanhol.

Ademais, foram ainda atentamente analisados diferentes artigos em plataformas virtuais de bancos de dados internacionais, fazendo-se uma verificação do tratamento legal e psiquiátrico oferecido a pessoas com sofrimento psíquico em conflito com a lei, o que corroborou a opção por esses países para a apresentação de um estudo comparativo.

No quarto capítulo, serão expostas novas perspectivas referentes a serviços substitutivos e possibilidades de reinserção social- primeiramente no contexto brasileiro e, posteriormente, no contexto mundial. A finalidade deste capítulo será verificar de quais formas é possível alcançar um maior respeito aos direitos e garantias dessas pessoas, em acordo com os propósitos da Lei n. 10.216/2001, para que a internação em HCTPs seja uma exceção.

Desse modo, por meio de consulta a livros, artigos e outras publicações, o presente trabalho fará uma exposição a respeito da relação da pessoa portadora de sofrimento mental com o sistema penal no âmbito do direito comparado. O escopo da pesquisa é coletar informações, comparar legislações e, por fim, apresentar serviços substitutivos aos HCTPs e outros locais de internação semelhantes, em busca de alternativas que aproximem essas pessoas da sociedade, recebendo atenção integral e cuidados.

2 INIMPUTABILIDADE PENAL

Inicialmente, é importante definir imputabilidade penal. Segundo Zaffaroni e Pierangeli, “com ela se pretende designar a capacidade psíquica de culpabilidade”.¹ Enquanto para Mirabete e Fabbrini, “imputabilidade é a aptidão para ser culpável”.² Assim, é possível dizer que imputabilidade é a capacidade de culpabilidade. Damásio ainda acrescenta: “imputável é o sujeito mentalmente são e desenvolvido, capaz de entender o caráter ilícito do fato e de determinar-se de acordo com esse entendimento”.³

É de se salientar, segundo doutrina predominante, que não se exige a consciência do autor de que sua conduta encontra-se descrita em lei como infração. Define-se imputável como aquele indivíduo mentalmente são e desenvolvido que tem a capacidade de saber que sua conduta é contrária a mandamentos da ordem jurídica.⁴

Importante mencionar que, dentro do conceito de imputabilidade, há mais de uma corrente. Como, por exemplo, a teoria psicológica da culpabilidade, dentro da qual a imputabilidade é um pressuposto da culpabilidade, pois, sem a imputabilidade, não há relevância penal a relação psíquica entre a conduta e o resultado.

Na teoria complexa da culpabilidade, percebem-se duas correntes: i) uma majoritária, na qual a imputabilidade é considerada capacidade e elemento de culpabilidade e ii) uma minoritária, em que, do mesmo modo que as teorias psicológicas da culpabilidade, a imputabilidade é um pressuposto para a culpabilidade.⁵

Diante dos diversos conceitos formulados por teorias, Zaffaroni e Pierangeli reforçam a sua definição: “a imputabilidade é a capacidade psíquica de ser sujeito de reprovação, composta da capacidade de compreender a antijuricidade da conduta e de adequá-la de acordo com esta compreensão”.⁶

É oportuno deter-se para o fato de que a imputabilidade é uma característica da conduta sujeita a um estado da pessoa, devendo, portanto, ser medida em cada delito. Desse modo, quando se fala nos efeitos psíquicos que acarretam a incapacidade, deve-se considerar que a capacidade psíquica de culpabilidade pode variar conforme as

¹ ZAFFARONI, Eugenio Raúl; PIERANGELI, José Henrique. *Manual de Direito Penal brasileiro*. 9. ed. rev. e atual. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2011. p.539.

² MIRABETE, Julio Fabbrini; FABBRINI, Renato N. *Manual de direito penal*. 28. ed. e rev. e atual. São Paulo, Atlas, 2012.p. 196.

³ DE JESUS, Damásio. *Direito Penal, Volume 1: Parte Geral*. 33. ed. São Paulo: Saraiva, 2012. p. 513.

⁴ *Ibidem*, p. 514 e 515.

⁵ ZAFFARONI, PIERANGELI, *op.cit.* , p.541.

⁶ *Ibidem*, p.542.

características do fato- exigência de capacidade de pensamento abstrato ou concreto. Um exemplo claro disso é a oligofrenia⁷, a qual, em seu grau superficial, pode interferir somente em alguns delitos, possibilitando ao sujeito compreender a antijuricidade de algumas condutas.⁸

Estudado o conceito de imputabilidade, é necessário discerni-lo do de responsabilidade. Conforme Ângelo Roberto Ilha da Silva, a imputabilidade é uma, dentre outras condições, para que haja a responsabilidade penal. Desse modo, a imputabilidade distingue-se por ser seu antecedente lógico.⁹ Magalhães Noronha ensinava que a responsabilidade seria dependente da imputabilidade da pessoa, somente podendo sofrer as consequências do fato criminoso (ser responsabilizada) aquela que tem a consciência de sua antijuricidade e quer executá-lo.¹⁰

Fernando Capez complementa, afirmando que a responsabilidade é mais ampla e compreende a imputabilidade. Diz, ademais, que a responsabilidade dependeria de dois outros requisitos: consciência potencial da ilicitude e exigibilidade de conduta diversa. Sendo assim, mesmo que imputável, uma pessoa pode não ser considerada responsável pela infração, por não ter a possibilidade de conhecimento do injusto ou quando dela for inexigível conduta diversa.¹¹

Outras duas distinções são interessantes de se fazer: imputabilidade e capacidade, dolo e imputabilidade. Analisando a primeira, segundo Capez, diz-se que a capacidade é o gênero, ao passo que a imputabilidade é a espécie. Ademais, capacidade é um termo mais amplo, o qual também abrange a aptidão para praticar atos na esfera processual. Enquanto isso, a principal diferença entre dolo e imputabilidade é que o primeiro diz respeito à vontade e a segunda, à capacidade de entender essa vontade.¹²

Dessa forma, “a imputabilidade é a regra; a inimputabilidade, a exceção. Todo indivíduo é imputável, salvo quando ocorre uma causa de exclusão”.¹³ Essas causas de exclusão encontram-se nos artigos 26, *caput*, 27 e 28, § 1º, do Código Penal (CP), os quais

⁷ De acordo com Ângelo Roberto Ilha da Silva, essa terminologia atingiu um tom pejorativo, motivo pelo qual tem sido rechaçada. Desse modo, aponta-se, como preferível, a utilização de retardo de mental ou deficiência intelectual. SILVA, Ângelo Roberto Ilha da. *Da inimputabilidade penal: em face do atual desenvolvimento da psicopatologia e da antropologia*. 2. ed. rev. e atual. Porto Alegre : Livraria do Advogado, 2015.p. 60.

⁸ZAFFARONI, Eugenio Raúl; PIERANGELI, José Henrique. *Manual de Direito Penal brasileiro*. 9 ed. rev. e atual. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2011. p.543.

⁹ SILVA, *op.cit.*, p. 25.

¹⁰NORONHA, E. Magalhães. *Direito penal*. Atualizada por Adalberto José Q. T. de Camargo Aranha. 36. ed. São Paulo: Saraiva, 2001. p. 164.

¹¹CAPEZ, Fernando. *Curso de Direito Penal: Volume 1, Parte Geral*. 16. ed. São Paulo: Saraiva, 2012.p. 334.

¹² *Ibidem*,p.333 e 334.

¹³DE JESUS, Damásio. *Direito Penal, Volume 1: Parte Geral* . 33. ed. São Paulo: Saraiva, 2012. p. 515

serão analisados no próximo ponto. Destaca-se, no entanto, que o presente trabalho restringir-se-á a um estudo mais aprofundado do artigo 26, *caput*, CP.

Sendo a inimputabilidade formada por causas de exclusão de imputabilidade, é possível afirmar que, na presença de alguma dessas causas, estabelece-se a incapacidade de culpabilidade. Com base em Damásio de Jesus, citam-se as quatro causas dirimentes: doença mental, desenvolvimento mental incompleto, desenvolvimento mental retardado e embriaguez completa proveniente de caso fortuito ou força maior.¹⁴

De forma resumida, doença mental é um dos pressupostos biológicos da inimputabilidade, a qual pode afetar a capacidade de entendimento ou de autodeterminação do indivíduo. O desenvolvimento mental incompleto refere-se a um desenvolvimento que ainda não se concluiu. Dentro desse quadro, podem-se incluir pessoas com recente idade cronológica (menores de dezoito anos) e com falta de convivência em sociedade (silvícolas inadaptados)¹⁵. Em contrapartida, o desenvolvimento mental retardado diz respeito àqueles agentes cuja capacidade não condiz com as expectativas para o momento de vida em que se encontram.¹⁶

Por fim, no tocante à embriaguez completa proveniente de caso fortuito ou força maior, enquadram-se casos de intoxicações agudas e transitórias causadas por álcool ou outras substâncias de efeitos psicotrópicos, as quais são capazes de levar à exclusão da capacidade de entendimento e vontade do agente.¹⁷ Cirino aponta que, no caso dessa incapacidade de culpabilidade, por força maior ou caso fortuito, não há aplicação de nenhuma medida de segurança.¹⁸ Todavia, nota-se haver, ao contrário dessa, a embriaguez patológica, a qual se enquadrará no art. 26, *caput*, CP, caso ocorra exclusão da capacidade intelectual ou volitiva.¹⁹

Ademais, é necessário lembrar que, para a inimputabilidade, em conformidade com o art. 26, *caput*, CP, no momento da conduta, o indivíduo precisa ser “inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento”.²⁰ Assim, atenta-se ao fato de que, para ser imputável, o indivíduo- portador de doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado- precisa ser, no

¹⁴ DE JESUS, Damásio. *Direito Penal, Volume 1: Parte Geral*. 33. ed. São Paulo: Saraiva, 2012. p. 543

¹⁵ A questão dos silvícolas apresenta certa divergência na doutrina, mas, por não ser o objetivo central da presente pesquisa, não será mais especificamente trabalhado.

¹⁶ *Ibidem*, p. 545

¹⁷ CAPEZ, Fernando. *Curso de Direito Penal: Volume 1, Parte Geral*. 16. ed. São Paulo: Saraiva, 2012. p.338-343.

¹⁸ SANTOS, Juarez Cirino dos. *Direito penal. Parte geral*, 2. ed. Curitiba: ICPC; Lumen Juris, 2007. p. 292

¹⁹ DE JESUS, *op.cit.*, p. 559-560.

²⁰ *Ibidem*, p. 544

momento do fato, capaz em dois aspectos: intelectual ou cognoscitivo (capacidade de compreensão da ilicitude do fato) e volitivo (atuar conforme essa compreensão).²¹

Diante dessa breve análise conceitual, parte-se para um maior detalhamento do que é inimputabilidade penal, com a finalidade de observar sua forma legal e suas consequências jurídicas.

2.1 DEFINIÇÕES E APONTAMENTOS A RESPEITO DA INIMPUTABILIDADE NO DIREITO PENAL BRASILEIRO

O conceito de inimputabilidade, dentro do Direito Penal Brasileiro, encontra definição no artigo 26, *caput*, do CP²². Conforme o referido artigo, a pessoa que, ao tempo da ação ou omissão, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento, é considerada isenta de pena.

Ainda no mesmo artigo, há, no parágrafo único²³, a possibilidade de redução de pena para aqueles considerados portadores de capacidade diminuída. Segundo esse parágrafo, a pena pode ser reduzida de um a dois terços se o agente não era inteiramente capaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se com esse entendimento, em virtude de perturbação de saúde mental ou por desenvolvimento mental incompleto ou retardado.

Nota-se, primeiramente, que o art. 26 do CP adota a teoria biopsicológica, referindo-se tanto à doença mental (parte biológica) quanto à capacidade de entendimento e/ ou de autodeterminação do fato ilícito (parte psicológica). Essa teoria será mais atentamente analisada no ponto 2.1.1.

Quanto ao *caput* do artigo, observa-se que este dispõe a respeito de três excludentes já anteriormente analisadas: doença mental, desenvolvimento mental incompleto e desenvolvimento mental retardado. Nota-se que, conforme Mirabete e Fabbrini, ao indicar a palavra ‘doença mental’, “embora vaga e sem maior rigor científico,

²¹ PRADO, Luiz Regis. *Curso de direito penal brasileiro, Volume 1, Parte Geral*. 10. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2011. p.395

²² Código Penal brasileiro: *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.

²³ Código Penal brasileiro: Art. 26, Parágrafo único - A pena pode ser reduzida de um a dois terços, se o agente, em virtude de perturbação de saúde mental ou por desenvolvimento mental incompleto ou retardado não era inteiramente capaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.

a expressão abrange todas as moléstias que causam alterações mórbidas à saúde mental”. Ainda, é possível afirmar que as doenças mentais podem ser orgânicas, tóxicas e funcionais, podendo dividir-se, quanto à duração, entre crônicas ou transitórias.²⁴

Ademais, também é possível submeter ao artigo 26 os surdos-mudos, os quais, em caso de não terem recebido a instrução adequada, poderão ter afetada sua capacidade de discernimento no campo intelectual ou ético.²⁵ Quanto a estes, constata-se haver três situações: a total incapacidade, a capacidade diminuída e a capacidade de entendimento e autodeterminação, não se enquadrando ao art. 26 neste último caso.²⁶

Visto isso, é necessário lembrar que a presença de uma dessas circunstâncias-doença mental, desenvolvimento mental incompleto ou desenvolvimento mental retardado não basta para a exclusão da inimputabilidade. Faz-se, também, fundamental a aferição do aspecto volitivo e intelectual. Conforme Francisco de Assis Toledo,

Nos termos da lei, só é inimputável aquele que, ao tempo da conduta (ação ou omissão), era inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato; o agente pode entender o fato, mas não o caráter ilícito de sua conduta e, nessa hipótese, é inimputável. Pode o sujeito, porém, apesar de um desses estados mórbidos, ser capaz de entendimento ético, devendo-se, nessa hipótese, verificar o aspecto volitivo, de autodeterminação, que pode não existir. É o que ocorre com alguma frequência em indivíduos portadores de certas psiconeuroses, os quais agem com plena consciência do que fazem, mas não conseguem ter o domínio de seus atos, isto é, não podem evitá-los.²⁷

No entanto, em caso de não estar presente a característica biológica (doença mental, desenvolvimento mental retardado, etc), a pessoa será considerada imputável, mesmo se não apresentar capacidade de entendimento da ilicitude de sua conduta e/ou de autodeterminação. Ademais, ressalta-se que a inimputabilidade, por ser considerada exceção, deverá ser provada por meio de exame pericial.²⁸

A respeito do parágrafo único do artigo 26, CP, o qual dispõe sobre a redução de pena, merece menção o fato de que essa situação encontra mais de uma denominação na doutrina, havendo, no entanto, em sua maioria, consenso quanto ao significado buscado- a redução da capacidade de culpabilidade. Luiz Regis Prado denomina essa circunstância de

²⁴MIRABETE, Julio Fabbrini; FABBRINI, Renato N. *Manual de direito penal*. 28. ed. e rev. e atual. São Paulo, Atlas, 2012.p. 197.

²⁵*Ibidem*, p. 198

²⁶DE JESUS, Damásio. *Direito Penal, Volume 1: Parte Geral*. 33. ed. São Paulo: Saraiva, 2012. p. 546

²⁷TOLEDO, Francisco de Assis. *Princípios básicos de direito penal*. São Paulo: Saraiva, 1982. p. 109-110. *apud* MIRABETE; FABBRINI, *op.cit.*, p. 198.

²⁸MIRABETE, FABBRINI, *op.cit.*, p. 198.

imputabilidade diminuída ou atenuada,²⁹ enquanto isso, outros autores, como Bitencourt³⁰ e Zaffaroni³¹, chamam de culpabilidade diminuída. A respeito disso, é pertinente comentar a abordagem que Zaffaroni e Pierangeli fazem quanto a essa questão:

A estes casos, na doutrina, é comum chamar-se de “imputabilidade diminuída” e de “semi-imputabilidade”, denominações que não reputamos, no entanto, muito corretas, pois trata-se de hipóteses em que há delito, com todos os seus caracteres, inclusive, logicamente, a culpabilidade que, em tal situação, apresenta um menor grau de censurabilidade, em virtude de uma perturbação da consciência que não chega a configurar uma inimputabilidade.³²

Segundo Bitencourt, essa circunstância seria referente a casos fronteiriços, em que o estado da pessoa afeta a saúde mental, sem, entretanto, perturbá-la de modo completo. Assim, o que ocorre é uma situação atenuada ou residual de psicoses, oligofrenias e personalidades psicopáticas ou transtornos mentais transitórios.³³ Dessa maneira, trata-se de causas que - em razão de o agente não ser inteiramente capaz de entender o ato ilícito ou de determinar-se de acordo com esse entendimento - diminuem a culpabilidade, sem, no entanto, excluí-la.

Feita a análise conceitual da culpabilidade diminuída, mostra-se necessária uma exposição de suas consequências jurídicas. Conforme estudo bibliográfico, essa questão parece apresentar divergência na doutrina e na jurisprudência. Segundo Zaffaroni e Pierangeli a redução da pena seria facultativa, isso seria explicado, nos exatos termos, “pela razão da menor culpabilidade poder se conformar, durante a realização do ato típico, com a própria conduta do sujeito que, de maneira alguma, pode ser considerado como reprovação menor, e sim consequência natural de sua própria atuação”.³⁴

No entanto, o que se mostra claro para Mirabete e Fabbrini é que, quando reduzida a capacidade de entendimento ou de autodeterminação, a culpabilidade será menor, devendo o juiz atenuar a sanção dentro dos limites estabelecidos.³⁵ Bitencourt³⁶,

²⁹PRADO, Luiz Regis. *Curso de direito penal brasileiro, Volume 1, Parte Geral*. 10. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2011. p.397.

³⁰BITENCOURT, Cezar R. *Tratado de Direito Penal*. Parte Geral 1. 17. ed. rev., ampl. e atual. São Paulo: Saraiva, 2012. p. 473.

³¹ZAFFARONI, Eugenio Raúl; PIERANGELI, José Henrique. *Manual de Direito Penal brasileiro*. 9 ed. rev. e atual. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2011. p.548.

³²*Ibidem*, p.548.

³³BITENCOURT, *op.cit.*, p. 473.

³⁴ZAFFARONI; PIERANGELI, *op.cit.*, p.549.

³⁵RT 398/304; 514/316, JTACrSP 6/16 *apud* MIRABETE, Julio Fabbrini; FABBRINI, Renato N. *Manual de direito penal*. 28. ed. e rev. e atual. São Paulo, Atlas, 2012.p. 200.

³⁶“Finalmente, em que pese o texto legal utilizar o verbo ‘pode’, a redução de pena, na hipótese de culpabilidade diminuída, é obrigatória, e não mera faculdade do juiz” (BITENCOURT, *op.cit.*, p. 475).

Damásio³⁷ e Luiz Regis Prado³⁸ afirmam ser obrigatória a redução da pena na hipótese de culpabilidade diminuída.

Vista a culpabilidade diminuída, passa-se à análise de outra causa excludente de imputabilidade: a menoridade. Em razão de esta não ser o escopo deste trabalho, será vista de modo bastante sintetizado. A menoridade tem previsão legal específica no artigo 27 do CP³⁹. Conforme redação do artigo, são considerados penalmente inimputáveis os menores de dezoito anos. De acordo com Mirabete e Fabbrini, adota-se um critério puramente biológico nesse caso, em que há a presunção absoluta de inimputabilidade, considerando-se, por razões de política criminal, que o jovem menor não de 18 anos não tem desenvolvimento mental completo.⁴⁰

No caso de menores de dezoito anos autores de atos infracionais, haverá regulação pelo Estatuto da Criança e do Adolescente- ECA, o qual prevê medidas socioeducativas.⁴¹

Por fim, resta o estudo da embriaguez por motivo de força maior ou por caso fortuito. Esta excludente também será trabalhada de forma resumida, pois não é objetivo da presente pesquisa um maior aprofundamento quanto a ela, em razão de suas consequências jurídicas serem diferentes das do artigo 26 do CP.

A embriaguez provocada por caso fortuito ou força maior está disposta no art. 28, § 1º, do CP⁴². Segundo esse artigo, a pessoa que, ao tempo da ação ou omissão, era inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento, por razão de um desses dois referidos casos de embriaguez, será isenta de pena.

Nessa situação, não haverá aplicação da medida de segurança. Conforme anteriormente mencionado, é importante salientar a diferença entre a embriaguez referida no parágrafo anterior e a embriaguez patológica ou crônica. Afinal, quando o alcoolismo,

³⁷ “A redução da pena privativa é obrigatória e não facultativa. A expressão “pode” diz respeito ao *quantum* da redução, não à própria causa de diminuição”(DE JESUS, Damásio. *Direito Penal, Volume 1: Parte Geral* . 33. ed. São Paulo: Saraiva, 2012. p. 548).

³⁸ “[...] a capacidade do agente de conhecer o caráter ilícito de seu comportamento ou de determinar-se conforme esse entendimento, a responsabilidade penal será obrigatoriamente diminuída de forma proporcional à redução de sua capacidade de culpabilidade” (PRADO, Luiz Regis. *Curso de direito penal brasileiro, Volume 1, Parte Geral*.10. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2011. p.397).

³⁹ Código Penal brasileiro: Art. 27 - Os menores de dezoito anos são penalmente inimputáveis, ficando sujeitos às normas estabelecidas na legislação especial.

⁴⁰ MIRABETE, Julio Fabbrini; FABBRINI, Renato N. *Manual de direito penal*. 28. ed. e rev. e atual. São Paulo, Atlas, 2012.p. 202.

⁴¹ BITENCOURT, Cezar R. *Tratado de Direito Penal*. Parte Geral 1. 17. ed. rev., ampl. e atual. São Paulo: Saraiva, 2012. p. 469.

⁴² Código Penal brasileiro: Art. 28, § 1º- É isento de pena o agente que, por embriaguez completa, proveniente de caso fortuito ou força maior, 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.

por exemplo, é considerado patológico ou crônico, deve-se aplicar o disposto no art. 26, *caput*, do CP, ocorrendo absolvição imprópria e aplicação da medida de segurança.⁴³

2.1.1 Sistema biopsicológico

Para a lei brasileira, conforme o artigo 26 CP, é inimputável o portador de doença mental ou desenvolvimento incompleto ou retardado, que era inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento, ao tempo da ação ou omissão. Diante desse conceito, é possível citar três critérios. Primeiramente, o biológico ou etiológico, o qual dispensa investigações psicológicas, sendo possível se considerar inimputável aquele que apresentar enfermidade mental, desenvolvimento psíquico deficiente ou a perturbação transitória da mente. Assim, esse critério admite, inconvenientemente, uma relação causal constante entre a enfermidade e o crime, e coloca o juiz na total dependência do perito.⁴⁴

O segundo critério - o psicológico - é o contrário do biológico, concentrando-se somente nas condições psíquicas do autor, sem buscar causas patológicas. Por último, há o biopsicológico, que engloba tanto o psicológico quanto o biológico, determinando que a pessoa inimputável é aquela que, em razão de enfermidade ou deficiência mental, não gozava de capacidade de entendimento ético-jurídico ou autodeterminação no momento do fato. Nesse sistema, ao juiz conserva-se, no tocante às provas, a faculdade de livre convencimento, pois, além da determinação do perito quanto à causa biológica, há a análise da psicológica.⁴⁵

Conforme Bitencourt, o Direito Penal Brasileiro adota o sistema biopsicológico de modo geral, com exceção da hipótese de menoridade, na qual se adota o sistema biológico. Conforme o autor, no sistema biopsicológico é necessário que se constate a consequência psicológica do distúrbio.⁴⁶ Assim, para que haja a exclusão da imputabilidade, será necessária a constatação da falta de capacidade de discernimento ou de autodeterminação, no momento do fato, causada pela presença da doença mental ou desenvolvimento incompleto ou retardado.

⁴³ NUCCI, Guilherme de Souza. *Manual de direito penal*. Parte Geral–Parte Especial. 7. ed. São Paulo: RT, 2011. p.312.

⁴⁴ NORONHA, E. Magalhães. *Direito penal*. Atualizada por Adalberto José Q. T. de Camargo Aranha. 36. ed. São Paulo: Saraiva, 2001. p. 165-166.

⁴⁵ *Ibidem*, p. 165-166.

⁴⁶ BITENCOURT, Cezar R. *Tratado de Direito Penal*. Parte Geral 1. 17. ed. rev., ampl. e atual. São Paulo: Saraiva, 2012. p. 467.

Portanto, ao abordar-se essa questão, é possível dizer que a imputabilidade possui dois níveis: capacidade de compreensão da antijuricidade e capacidade para determinar-se conforme a compreensão da antijuricidade. Em caso de faltar a primeira, eliminar-se-á a culpabilidade por ausência da possibilidade exigível de compreensão da antijuricidade. Em caso de faltar a segunda, excluir-se-á a culpabilidade por estreitamento do âmbito de autodeterminação da pessoa.⁴⁷

2.1.2 Nova gramática da loucura

Apesar da terminologia utilizada em partes do trabalho, com base em autores que abordam as questões referentes à (in) imputabilidade penal, é necessário adentrar-se nas perspectivas do Reforma Psiquiátrica, demonstrando a importância de adotar-se uma nova gramática da loucura⁴⁸.

A antipsiquiatria e o movimento antimanicomial representam a busca pela desinstitucionalização e ruptura com a lógica hospitalocêntrica. Diante desse panorama, surgiu a Reforma Psiquiátrica, trazendo inúmeras mudanças aos sistemas psiquiátricos de diferentes países.⁴⁹ A respeito dessas questões, voltar-se-á a tratar nos próximos pontos.

Por ora, pretende-se questionar o que é loucura, o que é normal e quais alterações de vocabulário mostram-se urgentes para que se supere a lógica do sistema penal quando se fala em inimputabilidade psíquica.

Dentro de uma sociedade, o que foge ao padrão é muitas vezes visto preconceituosamente. Os indivíduos que se diferenciam são percebidos como um mal na sociedade, devendo, de acordo com o raciocínio de centenas de anos de exclusão social, ser retirados, pois a presença dessas pessoas pode trazer prejuízos ao funcionamento organizacional e social da coletividade.

Assim, nessa linha de pensamento, a loucura receberia influência do meio em que está inserida, sendo visto como insanidade aquilo que não é “normal”, ou seja, comum entre seus habitantes.

Conforme o livro *Doença Mental e Psicologia* de Foucault, é possível notar que, a partir do século XVII, no ocidente, a loucura passa a ter uma ligação direta com a exclusão:

⁴⁷ZAFFARONI, Eugenio Raúl; PIERANGELI, José Henrique. *Manual de Direito Penal brasileiro*. 9 ed. rev. e atual. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2011. p.540.

⁴⁸ Expressão utilizada por Salo de Carvalho em CARVALHO, Salo de. *Penas e medidas de segurança no direito penal brasileiro*. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2015. p.518

⁴⁹ *Ibidem*, p.518-519

Criam-se (e isto em toda a Europa) estabelecimentos para internação que não são simplesmente destinados a receber os loucos, mas toda uma série de indivíduos bastante diferentes uns dos outros, pelo menos segundo nossos critérios de percepção: encerram-se os inválidos pobres, os velhos na miséria, os mendigos, os desempregados opiniáticos, os portadores de doenças venéreas, libertinos de toda espécie, pessoas a quem a família ou o poder real querem evitar um castigo público, pais de família dissipadores, eclesiásticos em infração, em resumo, todos aqueles que, em relação à ordem da razão, da moral e da sociedade, dão mostras de “alteração”.⁵⁰

[...]

A loucura no sentido mais amplo, situa-se aí: neste nível de sedimentação nos fenômenos de cultura em que começa a valorização negativa do que tinha sido apreendido originalmente como o Diferente, o Insano, a Desrazão.⁵¹

Na obra *História da Loucura*, Foucault ainda complementa:

No momento em que o século XVIII interna como insana uma mulher que "faz uma devoção à sua moda", ou um padre porque não se percebe nele nenhum dos indícios da caridade, o juízo que condena a loucura sob esta forma não esconde um pressuposto moral: ele simplesmente manifesta a divisão ética entre a razão e a loucura. Somente uma consciência "moral", no sentido em que será entendida no século XIX, poderá indignar-se com o tratamento inumano que a época anterior impôs aos loucos — ou surpreender-se com o fato de não terem sido tratados nos hospitais numa época em que os médicos escreviam douradas obras sobre a natureza e o tratamento da raiva, da melancolia e da histeria.⁵²

Com o passar das épocas, a forma como a loucura era tratada (e vista) sofreu muitas mudanças. No entanto, entre avanços e retrocessos, o ser que se diferenciava continuou sofrendo com a exclusão e, mesmo com evoluções, as instituições totais⁵³ persistiram. Percorrendo diferentes direções, sendo tratado como perigoso ou necessitando de tratamento para cura, poucas vezes se tentou entender o outro, indo além da chamada insanidade.

Desse modo, o insano- enquadrando-se nessa categoria todos aqueles que estavam à margem da sociedade- foi rechaçado do convívio social. As individualidades e características desses homens e mulheres foram, então, homogeneizadas em instituições

⁵⁰ FOUCAULT, Michel. *Doença Mental e Psicologia*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1975, p. 54.

⁵¹ *Ibidem*, p. 62.

⁵² *Idem*. *História da Loucura*. 1. reimpr. da 9. ed. São Paulo: Perspectiva, 2012, p.143.

⁵³ Instituições totais, conforme definição de Erving Goffman, são locais que têm, como forte característica, o seu “fechamento” em relação ao mundo externo, isolando os indivíduos internados e impedido o contato com a sociedade. Tal conceito será um pouco mais elaborado, neste trabalho, no ponto referente ao movimento antimanicomial e à antipsiquiatria. Material consultado: GOFFMAN, Erving. *Manicômios, conventos e prisões*. São Paulo, Editora Perspectiva, 2007.

calamitosas que, por si só, já eram capazes de criar traumas numa pessoa. A respeito disso, cita-se:

Nos tempos de Gorizia, refletindo sistematicamente sobre a natureza da instituição, Basaglia propõe a ‘destruição’ da instituição psiquiátrica, pois “o psiquiatra parece, de fato, descobrir apenas hoje, que o primeiro passo para a cura do doente é o retorno à liberdade da qual uma vez ele próprio o havia privado” (Basaglia, 1982, p.249). Tal proposição produz fortes reações, uma vez que, para alguns, se afirmava que “não existia doença mental”, e, segundo, que a “doença mental, se existia, tinha uma origem social”, afirmações que, em verdade, jamais foram feitas. A primeira diz respeito à redução de colocá-la entre parênteses, no sentido aqui abordado; quanto à doença mental ter uma origem social, referia-se à constatação de que a quase totalidade das pessoas internadas nos hospícios europeus era proveniente das classes sociais mais pobres. Isto significava que o hospício era destinado às pessoas mais pobres e não que a doença mental era própria dos pobres.⁵⁴

[...]

Colocar a doença entre parênteses significa realizar uma operação prático-teórica de afastar as incrustações, as superestruturas, produzidas tanto no interior da instituição manicomial, em decorrência do estado de institucionalização, quanto no mundo externo (assim como já proposto em ‘La Comunità Terapeutica’), em consequência da rotulação social que é fortemente autorizada pelo saber psiquiátrico.⁵⁵

Diante dessas reflexões, questiona-se: o que é exatamente doença mental? A constante busca pela doença mental parece ofuscar a procura pela saúde mental. As patologias e a anormalidade sobressaem-se no campo das pesquisas, das tentativas de tratamentos e, inclusive, da convivência social, ocorrendo um maior direcionamento para que se encontre tudo o que há de diferente, desconsiderando-se, por conseguinte, um olhar sobre a saúde propriamente dita.

Thomas Szasz, crítico da psiquiatria convencional, ao escrever o livro *O Mito da Doença Mental* tentou desconstruir a ideia da doença mental. Segundo o autor, “a doença mental é um mito. Os psiquiatras não estão preocupados com as doenças mentais e seu tratamento. Na prática real, lidam com problemas éticos, sociais e pessoais”.⁵⁶ Szasz continua: “ao indivíduo, a noção de doença mental impossibilita uma atitude crítica em relação aos seus conflitos, cujos ‘sintomas’ os ocultam e revelam ao mesmo tempo. À sociedade, ela impossibilita ver os indivíduos como pessoas responsáveis, convidando, ao contrário, a tratá-los como pacientes irresponsáveis”.⁵⁷

⁵⁴ AMARANTE, Paulo. An adventure in the insane asylum: the life of Franco Basaglia. *História, Ciências, Saúde- Manguinhos*, I (1): 61-77, jul.-oct., 1994, p.68-69

⁵⁵ *Ibidem*, p.70

⁵⁶ SZASZ, Thomas. *O mito da doença mental*. Rio de Janeiro: Zahar, 1979. p.230

⁵⁷ *Ibidem*, p.230

Nesse sentido:

A construção linguística da doença mental, sustentada e autolegitimada nos planos jurídico e psiquiátrico, produz, conforme aponta Arrigo, um processo de patologização da diferença com severas consequências punitivas da pessoa considerada louca: a patologia da diferença é um direcionamento ideológico e um suporte secretamente comunicado para marcar a punição, especialmente em relação às pessoas com desordens psiquiátricas.⁵⁸

Conforme Salo de Carvalho, o uso de uma nova linguagem é de extrema importância para desconstruir a lógica manicomial. O autor lembra que, no Código Civil de 1916, utilizava-se a expressão “louco de todo o gênero”⁵⁹. Assim, a mudança no vocabulário da loucura, passando-se a falar em sujeito portador de sofrimento psíquico ou usuário do sistema de saúde mental, traz uma nova percepção, uma nova postura.⁶⁰

Importante notar que não se trata tão somente de uma mudança na linguagem, mas também no significado, com a possibilidade de um novo olhar, mais subjetivo, mais direcionado ao sujeito. Essa modificação, inspirada na antipsiquiatria e no movimento antimanicomial, busca direcionar-se à pessoa, e não à doença, rompendo com a coisificação do portador de sofrimento psíquico em ambientes institucionalizantes.⁶¹

Além disso, necessário observar que, com a Lei da Reforma Psiquiátrica, muitas expressões do Código Penal, no que se refere à inimputabilidade e ao portador de sofrimento psíquico, tornaram-se totalmente inadequadas e contrárias a preceitos da Lei n. 10.216/2001. Afinal, ao falar em periculosidade e exclusão de possibilidade de qualquer responsabilidade do inimputável psíquico, o tratamento jurídico do Código Penal contrasta com o que foi construído ideologicamente após a Lei.

Salo de Carvalho aponta que, conforme Virgílio de Mattos, a Lei n. 10.216/2001 alterou a noção de tratamento, passando a falar em prevenção, o que excluiria a categoria periculosidade. Afinal, a ideia de tratar implicaria mais exclusão, sendo ideal, então, prevenir que o portador de sofrimento psíquico passe ao ato e transtorne a sua vida e a dos que lhe são próximos. Desse modo, o tratamento, que fala a Lei da Reforma Psiquiátrica,

⁵⁸ ARRIGO, *Toward a Critical Penology of the Mentally ill Offender: on law, ideology, and the logic of 'competence'*. In: DeKESEREDY, Walter e PERRY, Barbara (Ed.). *Advancing Critical Criminology: theory na application*. Oxford. Lexington Books, 2006. p.222 *apud* CARVALHO, Salo de. *Penas e medidas de segurança no direito penal brasileiro*. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2015. p.518

⁵⁹ Código Civil de 1916: Art. 5. ° São absolutamente incapazes de exercer pessoalmente aos atos da vida civil: [...] II - Os loucos de todo o gênero;

⁶⁰ CARVALHO, *loc. cit.*

⁶¹ *Ibidem*, p.518

deve ser entendido como medidas de acompanhamento e cuidado, no processo de reinserção social do indivíduo.⁶²

Assim, é possível dizer que o conceito de periculosidade deixou de ser aplicável com o advento da Lei da Reforma Psiquiátrica, pois esta última “pressupõe o portador de sofrimento psíquico como sujeito de direitos com capacidade e autonomia (responsabilidade) de intervir no rumo de processo terapêutico”.⁶³ Ocorreu, portanto, uma grande mudança de enfoque, deixando-se a tendência de coisificar o indivíduo e torná-lo mero objeto de intervenção e cura.

Nessa perspectiva, Maria Lúcia Karam critica o uso da periculosidade como fator determinante:

A ideia de ‘periculosidade’ não se traduz por qualquer dado objetivo, ninguém podendo, concretamente, demonstrar que A ou B, psicicamente 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 normativo, especialmente em matéria penal. A ‘periculosidade’ do imputável é uma presunção, que não passa de uma ficção, baseada no preconceito que identifica o ‘louco’- ou quem quer que apareça como ‘diferente’- como perigoso.⁶⁴

Como bem salientado por Salo de Carvalho, outro conceito que deve sofrer alteração é o da inimputabilidade. A Lei da Reforma Psiquiátrica abdica propositalmente do termo ‘doença mental’,⁶⁵ o qual ainda aparece centralizado na definição do artigo 26 do CP. Ressalta-se que esta não é somente uma questão de alterar o vocábulo utilizado, mas também de mudança de enfoque. No momento em que se passa a pensar no sujeito, e não na doença mental, permite-se que este tenha responsabilidades, lugar de fala e possibilidades de ser de fato envolvido pelo sistema de saúde mental.

Nesse sentido, é interessante fazer, paralelamente, apontamentos quanto à Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência) de 2015. Com as mudanças realizadas, pretende-se, também, centralizar os direitos e garantias no indivíduo, e não na deficiência, falando-se, assim, no artigo 1º em “pessoa com deficiência”.⁶⁶ Nota-se, portanto, que a Lei n.13.146/2015 retirou, inclusive, a palavra

⁶² MATTOS, *Crime e Psiquiatria: uma saída*. Rio de Janeiro: Revan, 2006. p.176 *apud* CARVALHO, Salo de. *Penas e medidas de segurança no direito penal brasileiro*. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2015. p.523-524

⁶³ CARVALHO, *Ibidem*, p.524

⁶⁴ KARAM, Maria Lúcia. *Punição do Enfermo Mental e Violação da Dignidade*. In: Verve, v.2, 2002. p.9 *apud* CARVALHO, *Ibidem*, p.524

⁶⁵ CARVALHO, *Ibidem*, p.525

⁶⁶ Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência n.13.146/2015: Art. 1º É instituída a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência), destinada a assegurar e a promover,

“portador”, a qual era utilizada pela Lei anterior. Além disso, são concedidos novos poderes e direitos, os quais eram mais limitados anteriormente. Como exemplo, cita-se a faculdade de a pessoa com deficiência adotar processo de tomada de decisão apoiada.⁶⁷ Assim, busca-se, de certa forma, uma maior possibilidade de responsabilidade.

Por fim, a respeito da Reforma Psiquiátrica, Salo ressalta: “a mudança central é tratar a pessoa com diagnóstico de transtorno mental como verdadeiro sujeito de direitos, e não como um objeto de intervenção submetido ao laboratório psiquiátrico-forense”.⁶⁸ Ainda é interessante notar a procura de dar oportunidade à pessoa com transtorno mental de responsabilizar-se. Afinal, “negar ao portador de sofrimento psíquico a capacidade de responsabilizar-se é um dos principais atos de assujeitamento e coisificação”.⁶⁹

2.2 MEDIDA DE SEGURANÇA

As medidas de segurança, embora não tenham propriamente uma natureza penal, em razão de não terem conteúdo punitivo, são formalmente penais, sendo impostas e controladas por juízes penais.⁷⁰ Assim, a medida de segurança é, ao lado da pena, espécie do gênero sanção penal.⁷¹

Diante do enquadramento da medida no sistema penal, faz-se necessário discerni-la da pena. Segundo Bitencourt, as principais diferenças entre elas são: as medidas de segurança têm natureza eminentemente preventiva, enquanto as penas caracterizam-se pelo aspecto retributivo e preventivo;⁷² a medida de segurança fundamenta-se exclusivamente

em condições de igualdade, o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais por pessoa com deficiência, visando à sua inclusão social e cidadania.

⁶⁷ Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência n.13.146/2015: Art. 84. A pessoa com deficiência tem assegurado o direito ao exercício de sua capacidade legal em igualdade de condições com as demais pessoas. [...] § 2º É facultado à pessoa com deficiência a adoção de processo de tomada de decisão apoiada.

⁶⁸ CARVALHO, Salo de. *Penas e medidas de segurança no direito penal brasileiro*. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2015. p.526

⁶⁹ *Ibidem*, p.526

⁷⁰ ZAFFARONI, Eugenio Raúl; PIERANGELI, José Henrique. *Manual de Direito Penal brasileiro*. 9 ed. rev. e atual. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2011. p.731.

⁷¹ PRADO, Luiz Regis. *Curso de direito penal brasileiro, Volume 1, Parte Geral*. 10. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2011. p.644

⁷² Queiroz questiona a natureza somente preventiva da medida de segurança. Segundo o autor, em razão de as medidas de segurança pressuporem fato típico, culpável, ilícito e punível, há também um caráter de retribuição a uma infração penal punível. Ademais, os fins da medida seriam semelhantes aos da pena. Desse modo, vale citar: “diferença ontológica nenhuma há entre penas e medidas de segurança, pois ambas perseguem os mesmos fins e reclamam o concurso de idênticos pressupostos de punibilidade: fato típico, ilícito, culpável e punível. A distinção reside, portanto, unicamente nas consequências: os imputáveis estão sujeitos à pena; os inimputáveis, à medida de segurança, atendendo-se a critério de pura conveniência político-criminal ou de adequação. Mais: as medidas de segurança requerem ainda o requisito da periculosidade por parte do agente.” (QUEIROZ, Paulo. *Direito penal: parte geral*. 6. ed. revista e ampliada. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2010. p.445-446)

na periculosidade e as penas, na culpabilidade;⁷³ quanto ao limite temporal, somente as penas são determinadas; as medidas de segurança são aplicáveis aos inimputáveis e, de modo excepcional, aos de culpabilidade diminuída. As penas, por outro lado, são aplicáveis aos imputáveis e, regra geral, aos de culpabilidade diminuída.⁷⁴

Quanto aos seus pressupostos, é possível afirmar, ainda conforme Bitencourt, haver três requisitos para a aplicação da medida de segurança. Em primeiro lugar, cita-se a prática de fato típico punível, sendo necessário que se tenha praticado um ilícito típico. De tal modo, excludentes de criminalidade, de culpabilidade e ausência de provas impediriam a aplicação da medida de segurança. Em segundo lugar, faz-se necessário que o indivíduo que praticou o ilícito típico penal tenha periculosidade. E, por último, é indispensável a ausência de imputabilidade plena, não sendo permitida a aplicação de medida aos imputáveis e, somente em casos excepcionais, aos semi-imputáveis.⁷⁵

A respeito da periculosidade, a qual ainda é considerada fator fundamental na distinção entre pena e medida de segurança, é possível dividi-la em presumida e real. Fala-se em presumida quando, independentemente da periculosidade real do sujeito, a lei a presume.⁷⁶ Enquadra-se, dessa forma, no art.26, *caput*.⁷⁷ Enquanto isso, a periculosidade real, também chamada de judicial, ocorre nos casos de agentes semi-imputáveis (art.26, parágrafo único), quando o juiz averiguar a necessidade de especial tratamento curativo.⁷⁸ Assim, ela deve ser verificada pelo juiz.⁷⁹

Visto essas questões, faz-se necessário, antes da análise dos dispositivos legais, destacar as mudanças previstas pela Lei da Reforma Psiquiátrica e seus efeitos na compreensão da imposição de medidas de segurança. Conforme Salo de Carvalho, a Lei n. 10.216/2001 tem como principais diretrizes a desinstitucionalização, por meio de políticas

⁷³Nota-se haver divergência nessa questão. Conforme Queiroz, não seria exato dizer que o juízo de culpabilidade é substituído pelo de periculosidade. Afinal, para determinar-se a inimputabilidade, também é imprescindível observar as causas de exclusão de culpabilidade e de punibilidade, como prevê o art.96, parágrafo único, CP. Assim, dever-se-iam observar todas as causas de exclusão, para somente depois, determinar-se a medida de segurança pela inimputabilidade. Sendo assim, não bastaria a periculosidade para a aplicação da medida. Desse modo, Paulo Queiroz assinala pensar diferentemente, quanto ao tema, de Damásio de Jesus e Flávio Augusto de Barros. Por outro lado, Bitencourt parece admitir que a presença de excludente de culpabilidade impede a aplicação de medida de segurança. (QUEIROZ, Paulo. *Direito penal: parte geral*. 6. ed. revista e ampliada. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2010. p.444-445)

⁷⁴ BITENCOURT, Cezar R. *Tratado de Direito Penal*. Parte Geral 1. 17. ed. rev., ampl. e atual. São Paulo: Saraiva, 2012. p. 839.

⁷⁵ *Ibidem*, p. 840.

⁷⁶ DE JESUS, Damásio. *Direito Penal, Volume 1: Parte Geral*. 33. ed. São Paulo: Saraiva, 2012. p. 591.

⁷⁷ BITENCOURT, *op.cit.*, p. 840.

⁷⁸ *Ibidem*, p. 840.

⁷⁹ DE JESUS, *loc. cit.*

públicas, e o respeito à autonomia dos usuários em contato com o sistema de saúde mental.⁸⁰

Desse modo, de acordo com Paulo Queiroz, a Lei da Reforma Psiquiátrica é expressamente aplicável às medidas de segurança, estando inserida na internação compulsória (arts. 6º, III, e 9º da Lei n. 10.216/2001),⁸¹ sendo necessária uma releitura do Código Penal (CP) e da Lei de Execução Penal (LEP). Dentro desse panorama, destacam-se:⁸²

- a) as disposições que tiverem a finalidade de repreensão deverão ser revogadas. Afinal, conforme art.4º, § 1º, Lei da Reforma Psiquiátrica,⁸³ a finalidade permanente de tratamento é a reinserção social do paciente em seu meio;
- b) a medida de segurança detentiva deve ser exceção. Embora ainda seja vista como regra no Código Penal, a internação só poderá acontecer, para estar em conformidade com a Lei nº10.216/2001 (arts. 4º e 2º, parágrafo único, VIII),⁸⁴ em casos excepcionais, quando o tratamento ambulatorial mostrar-se completamente insuficiente. Desse modo, independente de a pena cominada ser de reclusão ou detenção, o tratamento ambulatorial passa a ser regra;

⁸⁰CARVALHO, Salo de. *Penas e medidas de segurança no direito penal brasileiro*. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2015. p.509

⁸¹Lei da Reforma Psiquiátrica nº10.216/2001: Art. 6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

[...]

III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

Art. 9º A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.

⁸² Comentários e enumeração baseados no estudo de: QUEIROZ, Paulo de Souza. *Direito penal: parte geral*. 6. ed. revista e ampliada. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2010. p. 440-441.

⁸³ Lei da Reforma Psiquiátrica nº10.216/2001: Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

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

⁸⁴ Lei da Reforma Psiquiátrica nº10.216/2001: 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:

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

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

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

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

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

- c) os prazos mínimos da medida de segurança restaram revogados por não estarem de acordo com o art.4º, § 1º, (utilidade terapêutica do internamento) nem com o art.5º (desinternação progressiva de pacientes cronicados).⁸⁵ Ademais, o autor afirma que a presunção de periculosidade do inimputável e o seu tratamento em função do tipo de delito cometido são incompatíveis com as normas sanitárias de reinserção social do indivíduo.
- d) ainda em conformidade com o art. 5º da Lei nº10.216/2001, ressalta-se a necessidade de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida àqueles internados há bastante tempo ou em situação de grave dependência institucional.
- e) em consonância com o art.2º, parágrafo único, o usuário tem direito ao melhor tratamento do sistema de saúde, tendo, ademais, inúmeras garantias.

Assim, embora as observações de Queiroz, neste ponto, estejam conectadas à questão da saúde, observando de modo claro e revogatório disposições do Código Penal e da Lei de Execução Penal, é possível afirmar-se que o autor não levou em consideração, de forma analítica, a gravidade do delito cometido e a dita periculosidade do inimputável. Todavia, é necessário lembrar que o próprio direito penal, ao pensar a medida de segurança, parece ter por fim priorizar o tratamento das pessoas inimputáveis portadoras de sofrimento psíquico. Sendo assim, não haveria motivos para deixar de adequá-las às mudanças projetadas pela Reforma Psiquiátrica, com a ideia de possibilitar um melhor direcionamento aos indivíduos absolvidos impropriamente.

Ademais, quanto à aplicabilidade das diretrizes da Lei n. 10. 216/2001, merece menção as palavras de Salo a respeito do que Zaffaroni e Batista comentaram a respeito. Segundo Salo, os autores mencionaram o importante avanço que a reforma de 1984 trouxe, ao restringir as hipóteses de medidas de segurança aos inimputáveis e, por exceção, aos semi-imputáveis.⁸⁶ Dessa forma, “[...] alguns passos poderiam ser dados incorporando-se à

⁸⁵ Lei da Reforma Psiquiátrica nº10.216/2001: 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.

⁸⁶ CARVALHO, Salo de. *Penas e medidas de segurança no direito penal brasileiro*. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2015. p.509

construção dogmática as importantes contribuições da Lei 10.216/2001, sobre a proteção e direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais”.⁸⁷

2.2.1 Enquadramento legal

O questionamento quanto à saúde mental do acusado inicia-se por meio da instauração do procedimento de incidente de insanidade mental, o qual é regulado pelo art. 149 e seguintes do Código de Processo Penal (CPP).⁸⁸ Esse instrumento, conforme art. 149, §§1º e 2º do CPP,⁸⁹ poderá ser requerido inclusive na fase de inquérito, tendo, por efeito, sua suspensão, caso já iniciada a ação penal, exceto em relação às diligências que possam ser prejudicadas pelo adiamento.

Nos casos de reconhecimento do transtorno mental, através da perícia médica, constatar-se-á o nível de comprometimento do autor na época do fato. Após o exame, caberá ao juiz analisar o laudo pericial e decidir no que se refere à capacidade de culpabilidade, podendo, ademais, divergir do laudo caso tenha elementos suficientes para tal posição.⁹⁰ Assim, em casos de reconhecida a inimputabilidade à época do fato, não havendo outras causas excludentes, será o autor do fato absolvido impropriamente (art. 386, parágrafo único, inciso III, CPP),⁹¹ sendo aplicada a medida de segurança.

⁸⁷ZAFFARONI, Eugenio Raúl; BATISTA, Nilo; ALAGIA, Alejandro e SLOKAR, Alejandro. *Direito Penal Brasileiro I*. Rio de JANEIRO: Revan, 2003. p.67. *apud* CARVALHO, Salo de. Penas e medidas de segurança no direito penal brasileiro. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2015. p.509

⁸⁸JACOBINA, Paulo Vasconcelos. *Direito Penal da Loucura: Medida de Segurança e Reforma Psiquiátrica*. Brasília: ESMPU, 2008.p.115-116

⁸⁹Código de Processo Penal brasileiro: 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.

⁹⁰QUEIROZ, Paulo. *Direito penal: parte geral*. 6. ed. revista e ampliada. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2010. p.335.

⁹¹Código de Processo Penal brasileiro: Art. 386. O juiz absolverá o réu, mencionando a causa na parte dispositiva, desde que reconheça:

Parágrafo único. Na sentença absolutória, o juiz:

III - aplicará medida de segurança, se cabível.

Nota-se que Queiroz questiona a natureza da sentença, por acreditar que esta seria mista, sendo condenatória e absolutória. Nas palavras do autor: “A sentença é absolutória porque não se impõe a aplicação de pena em sentido estrito (formal), mas medida de segurança (internação ou tratamento), além de ser tratada legalmente (CPP, art. 386, V, e parágrafo único, III), não gerando reincidência etc.; e é condenatória por exigir todos os pressupostos jurídicos- penais de condenação (crime punível) etc.” QUEIROZ, *op. cit.*, p.447.

Visto o procedimento necessário para verificar se o autor sofria de transtornos mentais no tempo da ação ou omissão do fato, analisar-se-ão as disposições do Código Penal referentes à medida, as quais estão dispostas do artigo 96 ao 99.

Conforme o art. 96, incisos I e II, do CP⁹², existem duas espécies de medida de segurança: internação em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) e tratamento ambulatorial. A primeira corresponde à modalidade detentiva. Essa disposição é considerada obrigatória aos indivíduos inimputáveis que cometeram crime com pena de reclusão e facultativa aos que têm a pena em abstrato de detenção, como refere o art.97, *caput*, do CP⁹³. Desse modo, o tratamento ambulatorial é medida de segurança restritiva, podendo ser submetidos a esse tratamento os inimputáveis com pena de detenção e os semi-imputáveis.⁹⁴

Nucci observa que o critério de escolha das espécies de medida de segurança padroniza a aplicação da sanção penal, baseando-se nas penas em abstrato, e deixa de analisar a real condição do portador de transtorno mental, o que ocasiona, muitas vezes, internações indevidas e desnecessárias.⁹⁵ Ademais, conforme Salo, a previsão em abstrato viola o postulado constitucional da individualização da pena.⁹⁶

Quanto aos estabelecimentos de internação e tratamento mencionados no art. 96 do CP e no art. 101 da LEP⁹⁷, Bitencourt tece alguns comentários a respeito. Nas palavras do autor, “Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico’ não passa de uma expressão eufemística utilizada pelo legislador da Reforma Penal de 1984 para definir o velho e deficiente manicômio judiciário, que no Rio Grande do Sul é chamado de Instituto Psiquiátrico Forense”.⁹⁸ Enquanto isso, o “estabelecimento adequado” e o “local com

⁹² Código Penal brasileiro: 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.

⁹³ Código Penal brasileiro: *Caput*. 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.

⁹⁴ PRADO, Luiz Regis. *Curso de direito penal brasileiro, Volume 1, Parte Geral*. 10. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2011. p.647-648

⁹⁵ NUCCI, Guilherme de Souza. *Manual de direito penal. Parte Geral–Parte Especial*. 7. ed. São Paulo: RT, 2011. p.579-580.

⁹⁶ CARVALHO, Salo de. *Penas e medidas de segurança no direito penal brasileiro*. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2015. p.507-508

⁹⁷ Lei de Execução Penal: Art. 101. O tratamento ambulatorial, previsto no artigo 97, segunda parte, do Código Penal, será realizado no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico ou em outro local com dependência médica adequada.

⁹⁸ BITENCOURT, Cezar R. *Tratado de Direito Penal*. Parte Geral 1. 17. ed. rev., ampl. e atual. São Paulo: Saraiva, 2012. p. 841.

dependência médica adequada” não têm definições claras na lei, mas, na prática, por não terem sido construídos locais com fins específicos, uns substituem os outros.⁹⁹

No que se refere aos sistemas de aplicação das medidas de segurança, observa-se que o sistema atualmente adotado é o vicariante, o qual impossibilita a aplicação de medida de segurança e pena de forma dupla para os imputáveis e semi-imputáveis. Segundo Bitencourt, “a aplicação conjunta de pena e medida de segurança lesa o princípio *ne bis in idem*, pois, por mais que se diga que o fundamento e os fins de uma e outra são distintos, na realidade, é o mesmo indivíduo que suporta as duas consequências pelo mesmo fato praticado”.¹⁰⁰

Assim, com o atual sistema vicariante, o imputável deverá cumprir somente a pena que lhe for imposta; o inimputável, a medida de segurança, e aquele com culpabilidade diminuída terá a pena imposta, podendo, posteriormente, se for o caso, tê-la convertida em medida de segurança. Dessa forma, não será possível a cumulação das duas.¹⁰¹ Nota-se, por fim, que o antigo sistema era o duplo binário, o qual, com a Reforma Penal de 1984, restou abolido.¹⁰²

De acordo com Bitencourt, existem duas possibilidades de substituição da pena por medida de segurança e uma de conversão da medida de segurança de tratamento ambulatorial em internação.¹⁰³ A primeira hipótese seria a do condenado semi-imputável. Nesses casos, comprovando-se a culpabilidade, sempre haverá condenação com redução obrigatória. A substituição, a qual ocorrerá somente em casos em que o condenado necessite de especial tratamento curativo (art. 98 CP¹⁰⁴), constitui-se numa exceção. Seria, portanto, segundo o autor, um equívoco aplicar-se desde o primeiro momento a medida de segurança, sem fixar a pena na sentença, mesmo que com recomendações da perícia favoráveis ao tratamento.¹⁰⁵

⁹⁹ BITENCOURT, Cezar R. *Tratado de Direito Penal. Parte Geral I*. 17. ed. rev., ampl. e atual. São Paulo: Saraiva, 2012, p. 841-842.

¹⁰⁰ *Ibidem*, p. 838.

¹⁰¹ *Ibidem*, p. 838-839.

¹⁰² SILVA, Ângelo Roberto Ilha da. *Da inimputabilidade penal: em face do atual desenvolvimento da psicopatologia e da antropologia*. 2. ed. rev. e atual. Porto Alegre : Livraria do Advogado, 2015.p. 108-112.

¹⁰³ BITENCOURT, *op.cit.*., p. 845-847.

¹⁰⁴ Código Penal brasileiro: Art. 98 - Na hipótese do parágrafo único do art. 26 deste Código e necessitando o condenado de especial tratamento curativo, a pena privativa de liberdade pode ser substituída pela internação, ou tratamento ambulatorial, pelo prazo mínimo de 1 (um) a 3 (três) anos, nos termos do artigo anterior e respectivos §§ 1º a 4º.

¹⁰⁵ Nota-se que parece haver divergência nesse ponto, pois parte da doutrina acredita ser aplicável, aos semi-imputáveis, medida de segurança ou pena, não sendo necessária a aplicação de pena para que depois se converta em medida. Como exemplo de autores que têm esse entendimento, cita-se Queiroz e Luiz Regis Prado. De acordo com Queiroz: “[...] o juiz poderá optar (CP, art.98), conforme seja mais recomendável ao caso, entre aplicar pena ou medida de segurança (sistema vicariante), não podendo aplicar ambas cumulativamente (sistema

A segunda hipótese é a da superveniência de doença mental do condenado. Nessa circunstância, determinada conforme arts. 183 da LEP¹⁰⁶ e 41 do CP¹⁰⁷, serão possíveis duas situações, de acordo com Paulo Queiroz. Primeiramente, o indivíduo será tratado em local apropriado e, em caso de se recuperar, voltará a cumprir a pena. Entretanto, caso não se recupere, a transferência ocorrerá de modo definitivo, sendo a pena substituída por medida de segurança pelo tempo de pena que resta para cumprir.¹⁰⁸

A terceira hipótese diz respeito à conversão de tratamento ambulatorial em internação. Essa possibilidade está prevista nos arts. 97, § 4º, do CP¹⁰⁹ e 184 da LEP¹¹⁰, estando estabelecido que, em caso de mostrar-se necessária a internação, ocorrerá a conversão do tratamento ambulatorial em internação.

2.2.2 Limitação temporal e cessação da periculosidade

A duração das medidas de segurança, prevista no art. 97, § 1º, do CP¹¹¹, é uma questão que levanta bastantes discussões na doutrina e jurisprudência. Primeiramente, quanto ao prazo mínimo estabelecido, observa-se que este deverá, conforme a lei, ser de um a três anos. Porém, importante notar que a LEP prevê, no seu art. 176¹¹², a possibilidade de o exame de cessação de periculosidade ocorrer antes de um ano.¹¹³

binário, abolido pela reforma de 1984).” QUEIROZ, Paulo. *Direito penal: parte geral*. 6. ed. revista e ampliada. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2010. p.336.

Por sua vez, Prado afirma “em razão do sistema vicariante- para os semi-imputáveis-, os efeitos da semi-imputabilidade são a atenuação da pena ou a sua substituição por medida de segurança (internação ou tratamento ambulatorial), caso o condenado necessite de tratamento curativo (art.98)”. PRADO, Luiz Regis. *Curso de direito penal brasileiro, Volume 1, Parte Geral*.10. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2011. p.397

¹⁰⁶Lei Execução Penal: Art. 183- Quando, no curso da execução da pena privativa de liberdade, sobrevier doença mental ou perturbação da saúde mental, o Juiz, de ofício, a requerimento do Ministério Público, da Defensoria Pública ou da autoridade administrativa, poderá determinar a substituição da pena por medida de segurança.

¹⁰⁷Código Penal brasileiro: Art. 41 - O condenado a quem sobrevém doença mental deve ser recolhido a hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou, à falta, a outro estabelecimento adequado.

¹⁰⁸ QUEIROZ, Paulo. *Direito penal: parte geral*. 6. ed. revista e ampliada. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2010. p.444. Importante comentar que essa interpretação apresenta divergência na doutrina e na jurisprudência, havendo precedentes no sentido de substituição da pena por medida de segurança por tempo indeterminado. No entanto, não sendo este o principal foco do presente trabalho, não se prolongará neste ponto.

¹⁰⁹Código Penal brasileiro: 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.

¹¹⁰Lei de Execução Penal: Art. 184. O tratamento ambulatorial poderá ser convertido em internação se o agente revelar incompatibilidade com a medida.

Parágrafo único. Nesta hipótese, o prazo mínimo de internação será de 1 (um) ano.

¹¹¹Código Penal brasileiro: Art. 97, § 1º - A internação, ou tratamento ambulatorial, será por tempo indeterminado, perdurando enquanto não for averiguada, mediante perícia médica, a cessação de periculosidade. O prazo mínimo deverá ser de 1 (um) a 3 (três) anos.

¹¹²Lei de Execução Penal: Art. 176- Em qualquer tempo, ainda no decorrer do prazo mínimo de duração da medida de segurança, poderá o Juiz da execução, diante de requerimento fundamentado do Ministério Público ou

Tendo a medida de segurança seus fundamentos e objetivos baseados na periculosidade e na sua cessação respectivamente, o prazo mínimo parece não acordar com esses aspectos. Conforme analisa Salo de Carvalho, “o prazo mínimo parece indicar a marca retributiva que acompanha as medidas de segurança”. Assim, o autor acredita que a solução mais adequada seria a inexistência de tempo mínimo.¹¹⁴

No que se refere à duração máxima, nota-se que esta é indeterminada, durando até a cessação da periculosidade. De acordo com Queiroz, essa indeterminação é inconstitucional, pois ofende os princípios da igualdade, da proporcionalidade e da não perpetuação da pena. Afinal, com essa indeterminação, os inimputáveis ficam mais tempo que o limite máximo da pena do delito praticado, em situação de constrangimento da liberdade, enquanto os imputáveis, mesmo que mais perigosos, são postos em liberdade.¹¹⁵

Segundo Cirino dos Santos,

A duração indeterminada das medidas de segurança estacionárias significa, freqüentemente, privação de liberdade perpétua de seres humanos, o que representa violação da dignidade humana e lesão do princípio da proporcionalidade, porque não existe correlação possível entre a perpetuidade da internação e a inconfiabilidade do prognóstico de periculosidade criminal do exame psiquiátrico.¹¹⁶

Ainda quanto ao tema, Zaffaroni e Pierangeli afirmam que, se a lei não prevê um limite temporal, cabe ao intérprete essa obrigação. Desse modo, comenta-se que o limite máximo das medidas de segurança deve corresponder ao crime cometido e, em caso de continuar a doença mental após esse período, é recomendado que se comunique ao juiz do cível ou ao Ministério Público, para que se proceda conforme determinações do Código Civil.¹¹⁷

Salo de Carvalho afirma que parece haver consenso na doutrina e na jurisprudência de que o limite máximo temporal não deve ultrapassar trinta anos.¹¹⁸ Há,

do interessado, seu procurador ou defensor, ordenar o exame para que se verifique a cessação da periculosidade, procedendo-se nos termos do artigo anterior.

¹¹³ REALE JR., Miguel. *Instruções de Direito Penal II*. Rio de Janeiro: Forense, 2002. p. 176 *apud* CARVALHO, Salo de. *Penas e medidas de segurança no direito penal brasileiro*. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2015. p.516.

¹¹⁴ CARVALHO, *Ibidem*, p.516.

¹¹⁵ QUEIROZ, Paulo. *Direito penal: parte geral*. 6. ed. revista e ampliada. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2010. p.442-444

¹¹⁶ SANTOS, Juarez Cirino dos. *Direito penal. Parte geral*, 2. ed. Curitiba: ICPC; Lumen Juris, 2007.p. 651

¹¹⁷ ZAFFARONI, Eugenio Raúl; PIERANGELI, José Henrique. *Manual de Direito Penal brasileiro*. 9. ed. rev. e atual. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2011. p.733-734

¹¹⁸ CARVALHO, *op. cit.*, p.513.

inclusive, decisão do Supremo Tribunal Federal com esse entendimento.¹¹⁹ Conforme Bitencourt, alguns tribunais já têm adotado a adequação do limite da medida ao máximo da pena em abstrato cominado no tipo penal imputado ao inimputável psíquico.¹²⁰ Entretanto, essa estipulação ainda é prejudicial ao inimputável.¹²¹ Dessa forma, o método mais adequado seria estimar o limite máximo à pena que seria aplicável no caso concreto.¹²²

A respeito do exame de cessação de periculosidade, ressalta-se que a perícia médica será, conforme art. 97, § 2º, do CP¹²³, realizada ao fim do prazo mínimo fixado, sendo repetida de ano em ano ou a qualquer tempo, quando se julgar necessária. Ainda, como já visto anteriormente, poderá, durante o limite de um ano, ser realizada mediante provocação do Ministério Público ou do interessado.¹²⁴

Por fim, observa-se que, como dispõe o art. 97, § 3º, do CP¹²⁵, a desinternação, ou liberação, será condicionada durante um ano, podendo a situação anterior ser restabelecida em caso de prática de fato que indique a persistência de sua periculosidade.¹²⁶

2.2.3 Antipsiquiatria e Movimento Antimanicomial

A antipsiquiatria¹²⁷ e o movimento antimanicomial aparecem, na história, com a finalidade de quebrar paradigmas, questionar práticas enraizadas. A antipsiquiatria atingiu grandes proporções e adeptos por volta da década de 1960, discutindo as terminologias utilizadas, a coisificação da pessoa portadora de sofrimento psíquico e a sua rotulação. Dentro dessa abordagem, fala-se que a doença mental, loucura e insanidade seriam, na verdade, construções sociais e culturais.

¹¹⁹ Como exemplo: Supremo Tribunal Federal, *Habeas Corpus* 97 621/RS, rel. Min. Cezar Peluso, 2.6.2009.

¹²⁰ BITENCOURT, Cezar R. *Tratado de Direito Penal*. Parte Geral 1. 17. ed. rev., ampl. e atual. São Paulo: Saraiva, 2012. p. 843-844

¹²¹ CARVALHO, Salo de. *Penas e medidas de segurança no direito penal brasileiro*. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2015. p.514.

¹²² CARVALHO, Amilton Bueno. *Garantismo penal aplicado à execução penal*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2007.p.39 *apud* CARVALHO, Salo de. *Penas e medidas de segurança no direito penal brasileiro*. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2015. p.515.

¹²³ Código Penal: Art. 97, § 2º - A perícia médica realizar-se-á ao termo do prazo mínimo fixado e deverá ser repetida de ano em ano, ou a qualquer tempo, se o determinar o juiz da execução.

¹²⁴ PRADO, Luiz Regis. *Curso de direito penal brasileiro, Volume 1, Parte Geral*.10. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2011. p.650

¹²⁵ 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.

¹²⁶ SANTOS, Juarez Cirino dos. *Direito penal. Parte geral*, 2. ed. Curitiba: ICPC; Lumen Juris, 2007.p. 654

¹²⁷ Nota-se que aqui será feita uma generalização quanto ao termo antipsiquiatria, sendo tratada, também por meio dessa palavra, a psiquiatria democrática e a alternativa, por ser o objetivo de esse trabalho explicar as principais críticas que estas, em conjunto, tecem, sem se buscar um maior aprofundamento das regiões e diferentes terminologias empregadas.

Ademais, tecem-se críticas ao poder da psiquiatria convencional- dos normais sobre os insanos- e às instituições totais. Nesse passo, o movimento antimanicomial também atinge grandes proporções, demonstrando que os manicômios- e hospitais psiquiátricos- seriam uma forma de dominar o considerado louco, fazendo-o perder as percepções de seu eu e agravar ainda mais sua situação, em razão de estar enclausurado em um ambiente calamitoso.

Nessa perspectiva, Basaglia comenta: “quando o psiquiatra entra no manicômio encontra uma sociedade bem definida: de um lado os loucos pobres; de outro, os ricos, a classe dominante com os meios para tratar os pobres doentes loucos”.¹²⁸

Szasz, de modo bastante incisivo, adverte:

A grande maioria dos livros sobre história da Psiquiatria sofre as mesmas deformações que as histórias da escravidão escritas antes da Guerra Civil por homens favoráveis à manutenção dos escravos. Os manuais padrões sobre a história da Psiquiatria são descrições das glórias da Psiquiatria Institucional. Ainda não se escreveu uma história da Psiquiatria do ponto de vista do “paciente”.¹²⁹

Para além dos psiquiatras e da ideologia científica burguesa, Basaglia comenta que a Reforma Psiquiátrica deveria passar pelo povo, que deveria ser trabalhado com a população a conceituação de doença mental. Assim, e somente dessa forma, deixaria de se tornar outra visão científica, vista de cima, trazendo outro tipo de controle social.¹³⁰

Ainda comenta: “estou de acordo que um esquizofrênico é um esquizofrênico, mas uma coisa é importante: ele é um homem e tem necessidade de afeto, de dinheiro e de trabalho; é um homem total e nós devemos responder não à sua esquizofrenia mas (*sic*) ao seu ser social e político”.¹³¹

Alan Indio Serrano alerta que a psiquiatria alternativa deve ir muito além da extinção dos hospícios e da garantia de assistência. É necessário haver qualidade nessa assistência.¹³²

Quanto aos avanços da antipsiquiatria, Salo aponta a necessidade de o sistema penal se basear no êxito desses ideais, pensando em meios de se reinventar alternativas à era do punitivismo e encarceramento em massa. Nessa linha, o autor afirma haver pontos

¹²⁸ BASAGLIA, Franco. *A psiquiatria alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática: conferências no Brasil*. São Paulo: Brasil Debates, 1982.p. 14

¹²⁹ SZASZ, Thomas; LEITE, Dante Moreira. *A fabricação da loucura: um estudo comparativo entre a Inquisição e o movimento de Saúde Mental*. Rio de Janeiro: Zahar, 1976. p.158, nota de rodapé

¹³⁰ BASAGLIA, *op.cit.* , p. 88.

¹³¹ *Ibidem*, p. 89

¹³² SERRANO, Alan Indio. *O que é psiquiatria alternativa*. 3.ed.São Paulo: Brasiliense, 1992.p. 104

de convergência entre a antipsiquiatria e a criminologia crítica, sendo, como principal, “no processo cultural de classificação de determinados tipos de comportamentos não usuais e as reações formais e informais produzidas contra o seu autor”.¹³³

Por fim, diante dessa nova forma de olhar a loucura e a doença mental, é pertinente uma abordagem mais específica no que se refere ao movimento antimanicomial. Ao lado da antipsiquiatria, solidificaram-se pensamentos contrários à institucionalização, segregação e estigmatização.

De acordo com Amarante, por meio de sua leitura de Basaglia:

A “institucionalização” é o “complexo de ‘danos’ derivados de uma longa permanência coagida no hospital psiquiátrico, quando o instituto se baseia sobre princípios de autoritarismo e coerção. Tais princípios, donde surgem as regras sob as quais o doente deve submeter-se incondicionalmente, são expressão, e determinam nele uma progressiva perda de interesse que, através de um processo de regressão e de restrição do Eu, o induz a um vazio emocional”(Basaglia 1891, p.259). É aqui que podemos encontrar as bases mais primitivas do projeto que se delinea em torno do conceito de desinstitucionalização, para além da pura e simples desospitalização, e que tratará de ser uma das linhas condutoras mais fundamentais do projeto basagliano.¹³⁴

Em consonância com esse pensamento, Goffman, em *Manicômios, Prisões e Conventos*, teceu grandes críticas à sistemática das instituições totais. Em seu texto, demonstrou não haver, na prática, grandes diferenças entre esses lugares fechados, tendo, como pontos semelhantes, a modificação do “eu”, as rotinas padronizadas e o processo de “desculturamento”. Nas suas palavras, cita-se:

Por isso, se a estada do internado é muito longa, pode ocorrer, caso ele volte para o mundo exterior, o que já foi denominado “desculturamento”- isto é, “destreinoamento”- o que torna temporariamente incapaz de enfrentar aspectos de sua vida diária.¹³⁵

[...]

No entanto, nas instituições totais dos três tipos, as várias justificativas para a mortificação do eu são muito frequentemente simples racionalizações, criadas por esforços para controlar a vida diária de grande número de pessoas em espaço restrito e com pouco gasto de recursos. Além disso, as mutilações do eu ocorrem nos três tipos, mesmo quando o internado está cooperando e a direção tem interesses ideias pelo seu bem-estar.¹³⁶

¹³³CARVALHO, Salo de. *Reprovabilidade e segregação: as rupturas provocadas pela antipsiquiatria nas ciências criminais*. Cem anos de reprovação: Uma contribuição transdisciplinar para a crise da culpabilidade. Rio de Janeiro: Revan, p. 207-250, 2011.p.224

¹³⁴ AMARANTE, Paulo. An adventure in the insane asylum: the life of Franco Basaglia. *História, Ciências, Saúde- Manguinhos*, I (1): 61-77, jul.-oct., 1994, p.67

¹³⁵ GOFFMAN, Erving. *Manicômios, conventos e prisões*. São Paulo, Editora Perspectiva, 2007. p.23

¹³⁶ *Ibidem*,p. 48

Basaglia conclui:

Quando rejeitamos a lógica do manicômio como lógica repressiva e destrutiva do doente, estamos mudando a vida básica do doente; damos a ele uma situação de vida normal, isto é: comer, dormir, beber, e de maneira correta, não uma vida de prisão, campo de concentração ou trabalho forçado.¹³⁷

A respeito disso, a jornalista Daniela Arbex fez uma grande pesquisa sobre aquele que foi, por muito tempo, o maior hospício do Brasil: o Colônia. No livro *Holocausto Brasileiro*, a jornalista remonta a história desta instituição, contando que pelo menos 60 mil pessoas morreram nesse lugar. Ademais, merece destaque o fato de que a maior parte dessas pessoas foi internada involuntariamente, sendo que cerca de 70% delas sequer tinha diagnóstico de doença mental. Diante disso, sublinha-se a seguinte passagem do livro: “Após a sessão de desinfecção, o grupo recebia o famoso “azulão”, uniforme azul de brim, tecido incapaz de blindar as baixíssimas temperaturas da cidade. Assim padronizado e violado em sua intimidade, seguia cada um para o seu setor.”¹³⁸

Assim, os manicômios teriam a clara intenção de retirar do convívio em sociedade aqueles que não se enquadravam moralmente aos padrões ditados na época. Seria uma forma de os que se consideravam normais- livres de insanidade- conviverem sem a presença dos chamados “indesejáveis”. Nesse sentido:

[...] nossa sociedade não quer reconhecer-se no doente que ela persegue ou que encerra; no instante mesmo em que ela diagnostica a doença, exclui o doente. As análises de nossos psicólogos e sociólogos, que fazem do doente um desviado e que procuram a origem do mórbido no anormal, são, então, antes de tudo, uma projeção de temas culturais. Na realidade, uma sociedade se exprime positivamente nas doenças mentais que manifestam seus membros; e isto, qualquer que seja o status que ela dá a estas formas mórbidas: que os coloca no centro de sua vida religiosa como é freqüentemente o caso dos primitivos, ou que procura expatriá-los situando-os no exterior da vida social, como faz nossa cultura.¹³⁹

Para ilustrar mais a questão, é pertinente citar trecho da obra *O século dos manicômios* de Pessotti, em que se fala a respeito do levantamento de dados do manicômio Fiordispini de Roma:

Uma vez internado, a vida do paciente no manicômio podia ter dois desfechos: a cura ou a morte. Nos casos de cura, havia uma terceira possibilidade: a reinternação.

¹³⁷ BASAGLIA, Franco. *A psiquiatria alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática: conferências no Brasil*. São Paulo: Brasil Debates, 1982.p. 64

¹³⁸ ARBEX, Daniela. *Holocausto brasileiro*. São Paulo: Geração Editorial, 2013. p.28

¹³⁹ FOUCAULT, Michel. *Doença Mental e Psicologia*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1975, p. 51

[...]

No período global de sete anos, foram curados 32,73% dos pacientes e morreram 25,59% deles. Ou seja, mais de um quarto dos pacientes morreram no manicômio e menos de um terço receberam alta, como curados.¹⁴⁰

A psiquiatra Nise da Silveira mostrou-se desde cedo contrária aos estudos e métodos da psiquiatria clássica. Discordava veementemente do eletrochoque e da lobotomia. Dessa forma, buscou, por meio da terapêutica ocupacional, uma terapia alternativa, a qual trouxe muitos resultados positivos.

Para Nise, o trabalho da terapêutica ocupacional tem por objetivo levar à reabilitação, possibilitando o retorno à convivência na comunidade.¹⁴¹ Além disso, conforme afirmava, após a experiência psicótica, a pessoa dificilmente tem estrutura para reassumir imediatamente relações profissionais e interpessoais. Seria necessário haver um meio que funcionasse como ponte entre o hospital e a vida na sociedade.¹⁴² Nesse contexto, cita-se como exemplo a Casa de Palmeiras, instituição sem fins lucrativos, destinada a egressos de instituições psiquiátricas. Com métodos de terapêutica ocupacional, busca, em regime de externato, ser essa ponte.¹⁴³

Dessa forma, para além das críticas à psiquiatria tradicional e ao manicômio, é necessário pensar-se em alternativas de serviços e assistências, fazendo o paralelo com o direito penal e a saúde mental. Tal estudo será mais detalhadamente abordado no quarto capítulo.

¹⁴⁰ PESSOTTI, Isais. *O século dos manicômios*. São Paulo: Editora 34, 1996. p.196

¹⁴¹ DA SILVEIRA, Nise. *O mundo das imagens*. São Paulo: Editora Ática, 1992. p.19

¹⁴² *Ibidem*, p.20

¹⁴³ *Ibidem*, p.21

3 LEGISLAÇÃO COMPARADA

A legislação de outros países no estudo da inimputabilidade penal da pessoa com sofrimento psíquico é de extrema importância para que se possibilite uma maior abordagem do tema, utilizando-se do direito comparado para analisar em que passo o Brasil se encontra no que se refere a avanços e retrocessos na perspectiva global. Todavia, é necessário cuidado ao tratar do tema, em razão dos obstáculos referentes à diversidade cultural, política, jurídica. Afinal, trata-se de realidades bastante complexas e heterogêneas.¹⁴⁴

Quanto aos locais escolhidos, esclarece-se que o presente trabalho buscou direcionar a pesquisa para países distintos, com a finalidade de realizar uma apreciação mais ampla da legislação comparada nessa matéria, trazendo outras visões no que se refere a possibilidades diversas na relação com a saúde mental e inimputabilidade penal. Assim, analisar-se-á a legislação de cinco países europeus, quais sejam: Alemanha, Espanha, Inglaterra (incluindo-se País de Gales conjuntamente), Itália e Portugal.

Ressalta-se que o enfoque será a inimputabilidade da pessoa com sofrimento psíquico, sendo referidas somente de modo sucinto outras causas de exclusão de imputabilidade na análise comparativa. Por fim, importante registrar que as informações levantadas neste capítulo servirão de base para o que se desenvolverá no próximo, o qual discorrerá sobre serviços substitutivos e formas alternativas de cuidado.

3.1 EUROPA

A Europa Ocidental começou a tratar diretamente a loucura como exclusão social a partir do século XVII. Estabelecimentos passaram a ser criados para inúmeros indivíduos que eram categorizados como insanos. Abrem-se muitos hospitais para enclausurar essas pessoas, retirá-las da sociedade e controlá-las moralmente. A partir disso, consolidam-se, aos poucos, métodos invasivos de cura e a infantilização, coisificação e culpabilização dos denominados loucos. Primeiro esses locais têm características estritamente de reclusão e

¹⁴⁴ ABDALLA-FILHO, Elias; BERTOLOTE, José Manoel. Sistemas de psiquiatria forense no mundo Forensic psychiatric systems in the world. *Rev Bras Psiquiatr*, v. 28, n. Supl II, p. S56-S61, 2006. p. S61

exclusão, depois passam a ser vistos como ambientes médicos, mas, ainda assim, com técnicas de tratamento contestáveis.¹⁴⁵

Posteriormente, movimentos, como os comentados no capítulo anterior, começam a surgir com o objetivo de desconstruir conceitos e trazer novos olhares à psicologia e psiquiatria. Na década de 60, surgiu na Inglaterra a Antipsiquiatria, enquanto, na Itália, a Psiquiatria Democrática destacava-se com Basaglia.¹⁴⁶ Por meio desses movimentos, a Reforma Psiquiátrica e a desinstitucionalização começaram a tornar-se realidade.

Entretanto, a situação das pessoas com transtorno mental em conflito com a lei não andou no mesmo compasso, não ocorrendo tantos progressos no sistema penal. Ademais, os projetos de desinstitucionalização foram implantados de forma incompleta. As pessoas foram retiradas dos antigos manicômios sem que houvesse a criação de uma forte rede comunitária de saúde mental. Dessa forma, segundo Marques Teixeira, as consequências refletiram na criminalização desses indivíduos:

É fácil de prever que muitos deles se transformaram em delinquentes não em resultado da sua doença, mas em resultado da demissão técnico-política relativa à monitorização das suas competências sociais. Como consequência mais geral, muitos dos doentes mentais, particularmente os pobres e os sem-abrigo, não recebem o tratamento que necessitam. Ignorados, negligenciados, incapazes de procurarem os cuidados básicos que necessitam, muitos deles cometem crimes e vêm-se lançados para o sistema judiciário. Se adicionarmos a isto as mudanças operadas nas políticas quanto às preocupações com a segurança pública, não nos admiramos com o panorama encontrado: os estabelecimentos prisionais, sem quererem, transformaram-se de facto, num dos principais depositários de um conjunto de indivíduos que necessitam sobretudo de cuidados psiquiátricos. O resultado desta situação sócio-política é, muitas vezes, a criminalização de indivíduos que, com um apoio adequado pelos serviços de saúde mental, poderiam nunca entrarem no sistema judiciário.¹⁴⁷

Atualmente, alguns países buscam contornar essa situação, procurando evitar as consequências tradicionais impostas pelo sistema penal e fornecer, em contrapartida, assistência em serviços de saúde. Assim, diante dessa perspectiva, buscar-se-á apresentar, primeiramente, como a inimizabilidade penal e suas consequências jurídicas são tratadas, legalmente, nos cinco países escolhidos. Em um segundo momento, serão comentados os avanços legais e as alternativas adotadas, passando, no próximo capítulo, a uma pesquisa mais aprofundada desse ponto

¹⁴⁵ FOUCAULT, Michel. *Doença Mental e Psicologia*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1975, p. 52-60.

¹⁴⁶ MENEGAT, Débora Regina. A desinstitucionalização do portador de doença mental e a reforma psiquiátrica brasileira. *Revista do Ministério Público do RS Porto Alegre*, n. 66, p. 33-64, 2010, p.43-48

¹⁴⁷ TEIXEIRA, João Marques. Saúde mental nas prisões. *Editorial*, Volume VI nº2 março/abril, p.07-10, 2004. p. 07

3.1.1 Alemanha

A inimputabilidade penal está disposta, no Código Penal alemão, *Strafgesetzbuch* (*StGB*), nos artigos 19, 20 e 21¹⁴⁸. Assim, nessa ordem, abordam: inimputabilidade etária, inimputabilidade por transtorno mental e imputabilidade reduzida. Ademais, importante observar que o termo adotado, no Código Penal alemão, seria ausência de culpa, no lugar de inimputabilidade.

Quanto a esses artigos, a inimputabilidade etária tem um limite inferior ao brasileiro, sendo até quatorze anos. O artigo 20 trata da inimputabilidade psíquica, adotando, do mesmo modo que o Código Penal brasileiro, o sistema biopsicológico. Por sua vez, a culpabilidade reduzida encontra fundamento no artigo 21.¹⁴⁹ Esta última seria um caso de imputabilidade, sendo a capacidade de controle um conceito graduável.¹⁵⁰

A respeito das consequências jurídicas, nota-se que os principais estabelecimentos destinados aos inimputáveis, conforme o Código Penal alemão, são os dos artigos 63 e 64¹⁵¹. Serão enviados para um hospital psiquiátrico geral os inimputáveis portadores de

¹⁴⁸Código Penal alemão (Strafgesetzbuch): § 19 Schuldunfähigkeit des Kindes
Schuldunfähig ist, wer bei Begehung der Tat noch nicht vierzehn Jahre alt ist.

§ 20 Schuldunfähigkeit wegen seelischer Störungen

Ohne Schuld handelt, wer bei Begehung der Tat wegen einer krankhaften seelischen Störung, wegen einer tiefgreifenden Bewußtseinsstörung oder wegen Schwachsinn oder einer schweren anderen seelischen Abartigkeit unfähig ist, das Unrecht der Tat einzusehen oder nach dieser Einsicht zu handeln.

§ 21 Verminderte Schuldfähigkeit

Ist die Fähigkeit des Täters, das Unrecht der Tat einzusehen oder nach dieser Einsicht zu handeln, aus einem der in § 20 bezeichneten Gründe bei Begehung der Tat erheblich vermindert, so kann die Strafe nach § 49 Abs. 1 gemildert werden.

¹⁴⁹SILVA, Ângelo Roberto Ilha da. *Da inimputabilidade penal: em face do atual desenvolvimento da psicopatologia e da antropologia*. 2. ed. rev. e atual. Porto Alegre : Livraria do Advogado, 2015.p. 41-42

¹⁵⁰ROXIN, Claus. *Strafrecht Allgemeiner Teil*. 4ª Ed. München: Beck, 2006, v. I, p.902 *apud* SILVA, *op. cit.*, p. 42.

¹⁵¹Código Penal alemão (Strafgesetzbuch): § 63 Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus
Hat jemand eine rechtswidrige Tat im Zustand der Schuldunfähigkeit (§ 20) oder der verminderten Schuldfähigkeit (§ 21) begangen, so ordnet das Gericht die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus an, wenn die Gesamtwürdigung des Täters und seiner Tat ergibt, daß von ihm infolge seines Zustandes erhebliche rechtswidrige Taten, durch welche die Opfer seelisch oder körperlich erheblich geschädigt oder erheblich gefährdet werden oder schwerer wirtschaftlicher Schaden angerichtet wird, zu erwarten sind und er deshalb für die Allgemeinheit gefährlich ist. Handelt es sich bei der begangenen rechtswidrigen Tat nicht um eine im Sinne von Satz 1 erhebliche Tat, so trifft das Gericht eine solche Anordnung nur, wenn besondere Umstände die Erwartung rechtfertigen, dass der Täter infolge seines Zustandes derartige erhebliche rechtswidrige Taten begehen wird.

§ 64 Unterbringung in einer Entziehungsanstalt

Hat eine Person den Hang, alkoholische Getränke oder andere berauschende Mittel im Übermaß zu sich zu nehmen, und wird sie wegen einer rechtswidrigen Tat, die sie im Rausch begangen hat oder die auf ihren Hang zurückgeht, verurteilt oder nur deshalb nicht verurteilt, weil ihre Schuldunfähigkeit erwiesen oder nicht auszuschließen ist, so soll das Gericht die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt anordnen, wenn die Gefahr besteht, dass sie infolge ihres Hanges erhebliche rechtswidrige Taten begehen wird. Die Anordnung ergeht nur, wenn eine hinreichend konkrete Aussicht besteht, die Person durch die Behandlung in einer Entziehungsanstalt innerhalb der Frist nach § 67d Absatz 1 Satz 1 oder 3 zu heilen oder über eine erhebliche

transtorno mental que não cometeram crimes graves, que não são considerados perigosos e que aceitam tratamento psiquiátrico no hospital de forma voluntária. Por outro lado, os inimputáveis que cometeram crimes graves são involuntariamente internados em hospitais psiquiátricos forenses.¹⁵²

Em contrapartida, aqueles indivíduos que tiverem síndrome de dependência de drogas psicotrópicas e concretas perspectivas terapêuticas de melhora poderão ser internados em centros de desintoxicação dos hospitais psiquiátricos forenses. Nesse caso, o período de tratamento é limitado a uma duração máxima de dois anos, enquanto a internação em um hospital psiquiátrico é por um período de tempo indefinido, ocorrendo verificações anuais.¹⁵³

Outras pessoas com transtorno mental, como os esquizofrênicos, que não são incompetentes perante o tribunal nem foram declaradas irresponsáveis criminalmente, podem ser presas. Entretanto, o que ocorre em algumas situações é a tentativa de *Diversion Programs*, em que se buscam meios alternativos à justiça criminal em qualquer etapa procedimental.¹⁵⁴ Assim, policiais, tribunais e peritos podem intervir quando possível. Como exemplo, polícias podem encaminhar pessoas com transtorno mental envolvidas em ato ilícito para instalações psiquiátricas em vez de apresentá-las a um juiz investigativo. Do mesmo modo, promotores podem desfazer acusações caso percebam que o ofensor não está apto a ser julgado ou não é criminalmente responsável por suas ofensas, e não apresenta perigo para o público em geral.¹⁵⁵

Diante disso, o que se pode afirmar, dentro da comparação legal entre Alemanha e Brasil, é que apesar dos fundamentos legais não apresentarem grandes diferenças, há distinções no tratamento referente a pessoas com dependência de drogas. Ademais, são propostas, na Alemanha, alternativas diversas da internação forense e possibilidades de se buscar diretamente o tratamento em vez da passagem pela via da justiça criminal, relevando-se crimes de menor gravidade.

Dentro do contexto histórico da legislação alemã, as pessoas portadores de doença mental que cometeram ato ilícito são submetidas a leis especiais, o que remonta ao ano de

Zeit vor dem Rückfall in den Hang zu bewahren und von der Begehung erheblicher rechtswidriger Taten abzuhalten, die auf ihren Hang zurückgehen.

¹⁵² KONRAD, Norbert; VÖLLM, Birgit. Forensic psychiatric expert witnessing within the criminal justice system in Germany. *International Journal of Law and Psychiatry* 37, p. 149-154, Elsevier, 2014. p.150

¹⁵³ KONRAD, Norbert; LAU, Steffen. Dealing with the mentally ill in the criminal justice system in Germany. *International Journal of Law and Psychiatry* 33, p. 236-240, Elsevier, 2010. p. 237

¹⁵⁴ Explicação formulada por meio de tradução livre da autora. Original: “*Diversion refers to the removal of offenders from the criminal justice system at any stage of the procedure and court proceedings.*” *Ibidem*, p. 237

¹⁵⁵ *Ibidem*, p. 237

1933¹⁵⁶, quando se estipularam medidas preventivas para garantia da segurança pública contra os perigos oriundos de práticas de pessoas portadoras de doença mental.¹⁵⁷ Com exceção de algumas modificações, essas medidas permaneceram sendo aplicadas na parte ocidental da Alemanha.¹⁵⁸

Em 2007 ocorreu uma reforma da lei no que se refere a agentes portadores de transtorno mental em conflito com a lei e ao sistema de liberdade condicional¹⁵⁹, o que também gerou mudanças nas disposições gerais relativas à saída da prisão ou da instituição psiquiátrica forense. Em 13 de abril de 2007, a reforma entrou em vigor, com o objetivo aumentar a segurança pública e propiciar um maior monitoramento daqueles que deixam o ambiente de internação prisional ou psiquiátrico forense.¹⁶⁰

Por meio dessa reforma, é mencionado na lei, pela primeira vez, o *Forensic Outpatient Center*¹⁶¹, que seria um centro ambulatorial de tratamento. Assim, busca-se, por meio desse local, uma atuação de assistência e tratamento após o tempo de custódia. Na mesma linha das exigências presentes no sistema de livramento condicional, esses estabelecimentos têm por objetivo funcionar com fins de auxílio e monitoramento dos indivíduos egressos do sistema prisional e do hospital psiquiátrico forense. Ainda, com a reforma, foi incluído, no livramento condicional, um maior controle terapêutico, havendo, se for o caso, a obrigação de se ter contato psiquiátrico, psicoterapêutico ou sócio terapêutico, serviços fornecidos pelo centro ambulatorial.¹⁶²

Além dessas mudanças, citam-se brevemente duas outras alterações determinadas em 2007. Como primeira, aponta-se o fato de que agora é possível que o judiciário instrua o autor de ato ilícito a não consumir bebidas alcoólicas e outras substâncias intoxicantes. Essa orientação seria justificável caso houvesse razões que permitissem a presunção que essas substâncias poderiam contribuir para novos crimes no futuro, havendo, no entanto, ressalvas de que tal ação não poderá interferir injustificadamente no estilo de vida da

¹⁵⁶ *Gesetz gegen Gefährliche Gewohnheitsverbrecher und über Maßregeln der Sicherung und Besserung* (tradução livre da autora: Criminosos Perigosos Reincidentes e sua Detenção e Reabilitação)

¹⁵⁷ Original: “preventive measures to ensure public safety against perceived dangers perpetrated by the mentally ill”, KONRAD, Norbert; LAU, Steffen. *Dealing with the mentally ill in the criminal justice system in Germany*. International Journal of Law and Psychiatry 33, p. 236-240, Elsevier, 2010. p. 237

¹⁵⁸ KONRAD, *op. cit.*, p. 237

¹⁵⁹ *Gesetz zur Reform der Führungsaufsicht und zur Änderung der Vorschriften über die nachträgliche Sicherungsverwahrung*

¹⁶⁰ KONRAD, *op. cit.*, p. 238

¹⁶¹ No alemão original: *Forensische Ambulanz*

¹⁶² KONRAD, *op. cit.*, p. 238

pessoa nem criar uma situação em que o consumo de uma droga é punido como uma violação.¹⁶³

A outra alteração a ser mencionada diz respeito à obrigação de divulgação de informações, mesmo no contexto de conversas confidenciais. Dessa forma, funcionários do *Forensic Outpatient Center* não poderão guardar em segredo informações, caso estas sejam necessárias para a prevenção de reincidência. Como ponto negativo a ser levantado, fala-se em um possível prejuízo da relação entre o terapeuta e o paciente.¹⁶⁴

3.1.2 Espanha

A matéria referente à inimputabilidade penal é abordada, no Código Penal espanhol, nos artigos 19 e 20¹⁶⁵. O primeiro dispõe a respeito da inimputabilidade penal do menor de dezoito anos, enquadrando-se no critério biológico. Enquanto isso, o art. 20 determina, em virtude da inimputabilidade, a isenção de responsabilidade criminal nos §§ 1º a 3º.

O §1º estabelece ser isenta de responsabilidade criminal a pessoa que, no momento em que cometer a infração penal, não puder compreender a ilicitude ou atuar conforme ela, em razão de qualquer anomalia ou alteração psíquica. Adota-se, portanto, o critério biopsicológico. Entretanto, há a ressalva de que o agente não se eximirá de pena quando o transtorno mental transitório for provocado por ele com o objetivo de cometer o delito ou, ainda, em caso de exigência de previsibilidade da possibilidade de sua

¹⁶³ KONRAD, Norbert; LAU, Steffen. Dealing with the mentally ill in the criminal justice system in Germany. *International Journal of Law and Psychiatry* 33, p. 236-240, Elsevier, 2010. p. 238

¹⁶⁴ *Ibidem*, p. 238-239

¹⁶⁵ Código Penal espanhol (Código Penal español): Artículo 19. Los menores de dieciocho años no serán responsables criminalmente con arreglo a este Código. Cuando un menor de dicha edad cometa un hecho delictivo podrá ser responsable con arreglo a lo dispuesto en la ley que regule la responsabilidad penal del menor.

Artículo 20. Están exentos de responsabilidad criminal: 1.º El que al tiempo de cometer la infracción penal, a causa de cualquier anomalía o alteración psíquica, no pueda comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión. El trastorno mental transitorio no eximirá de pena cuando hubiese sido provocado por el sujeto con el propósito de cometer el delito o hubiera previsto o debido prever su comisión. 2.º El que al tiempo de cometer la infracción penal se halle en estado de intoxicación plena por el consumo de bebidas alcohólicas, drogas tóxicas, estupefacientes, sustancias psicotrópicas u otras que produzcan efectos análogos, siempre que no haya sido buscado con el propósito de cometerla o no se hubiese previsto o debido prever su comisión, o se halle bajo la influencia de un síndrome de abstinencia, a causa de su dependencia de tales sustancias, que le impida comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión. 3.º El que, por sufrir alteraciones en la percepción desde el nacimiento o desde la infancia, tenga alterada gravemente la conciencia de la realidad. [...] Observa-se que são casos de inimputabilidade penal somente até o § 3 desse artigo, por este motivo restam suprimidos os demais parágrafos.

ocorrência. Seria essa ressalva uma inovação quanto ao Código Penal brasileiro, conforme aponta Ângelo Ilha da Silva.¹⁶⁶

O §2 afirma que será inimputável a pessoa que, no momento do ato ilícito, estiver em estado de completa intoxicação devido ao consumo de bebidas alcoólicas, drogas tóxicas ou outras substâncias que produzam efeitos análogos, ou pela influência de uma síndrome de abstinência, em razão da dependência de tais substâncias, estando, assim, impedida de compreender a ilicitude ou de atuar conforme essa compreensão. Observa-se, quanto à intoxicação, que o legislador prevê que somente se concretizará essa hipótese se não for caso de preordenada com intuito criminoso nem de previsão ou exigência de previsão delituosa.

O §3º afirma ser isento de responsabilidade penal aquele que, por sofrer de alterações na percepção desde o nascimento ou desde a infância, tenha alterada gravemente a sua consciência de realidade. De modo elucidativo, menciona-se que as circunstâncias de atenuação de responsabilidade criminal encontram-se no artigo 21.

As medidas de segurança privativas de liberdade, referentes às hipóteses do art. 20, estão previstas nos artigos 101 a 103¹⁶⁷. Assim, para aqueles com anomalia psíquica, será aplicável, somente quando necessário, a medida de internação para tratamento médico ou de educação especial em estabelecimento adequado (*medida de internamiento para tratamiento médico o educación especial en un establecimiento adecuado al tipo de*

¹⁶⁶SILVA, Ângelo Roberto Ilha da. *Da inimputabilidade penal: em face do atual desenvolvimento da psicopatologia e da antropologia*. 2. ed. rev. e atual. Porto Alegre : Livraria do Advogado, 2015.p. 44.

¹⁶⁷ Código Penal espanhol (Código Penal español): Artículo 101. 1. Al sujeto que sea declarado exento de responsabilidad criminal conforme al número 1.º del artículo 20, se le podrá aplicar, si fuere necesaria, la medida de internamiento para tratamiento médico o educación especial en un establecimiento adecuado al tipo de anomalía o alteración psíquica que se aprecie, o cualquier otra de las medidas previstas en el apartado 3 del artículo 96. El internamiento no podrá exceder del tiempo que habría durado la pena privativa de libertad, si hubiera sido declarado responsable el sujeto, y a tal efecto el Juez o Tribunal fijará en la sentencia ese límite máximo. 2. El sometido a esta medida no podrá abandonar el establecimiento sin autorización del Juez o Tribunal sentenciador, de conformidad con lo previsto en el artículo 97 de este Código.
Artículo 102. 1. A los exentos de responsabilidad penal conforme al número 2.º del artículo 20 se les aplicará, si fuere necesaria, la medida de internamiento en centro de deshabitación público, o privado debidamente acreditado u homologado, o cualquiera otra de las medidas previstas en el apartado 3 del artículo 96. El internamiento no podrá exceder del tiempo que habría durado la pena privativa de libertad, si el sujeto hubiere sido declarado responsable, y a tal efecto el Juez o Tribunal fijará ese límite máximo en la sentencia. 2. El sometido a esta medida no podrá abandonar el establecimiento sin autorización del Juez o Tribunal sentenciador de conformidad con lo previsto en el artículo 97 de este Código.
Artículo 103. 1. A los que fueren declarados exentos de responsabilidad conforme al número 3.º del artículo 20, se les podrá aplicar, si fuere necesaria, la medida de internamiento en un centro educativo especial o cualquier otra de las medidas previstas en el apartado tercero del artículo 96. El internamiento no podrá exceder del tiempo que habría durado la pena privativa de libertad, si el sujeto hubiera sido declarado responsable y, a tal efecto, el Juez o Tribunal fijará en la sentencia ese límite máximo. 2. El sometido a esta medida no podrá abandonar el establecimiento sin autorización del Juez o Tribunal sentenciador de conformidad con lo previsto en el artículo 97 de este Código. 3. En este supuesto, la propuesta a que se refiere el artículo 98 de este Código deberá hacerse al terminar cada curso o grado de enseñanza.

anomalía o alteración psíquica que se aprecie). Aos casos de intoxicação ou síndrome de abstinência, caberá medida de internação em centro denominado de *deshabitación*, que seriam centros para desintoxicação. Por último, para as pessoas que sofrem de alterações na percepção desde o nascimento ou desde a infância, também se prevê a possibilidade de medida de internação em *centro educativo especial*. No entanto, importante afirmar que o Código Penal espanhol também estabelece medidas não privativas de liberdade (art. 96.3).

A aplicação dessas medidas baseia-se na periculosidade, estando limitadas temporalmente à pena em abstrato do delito cometido, conforme art.6.1 e 2¹⁶⁸. Há, ainda, a ressalva de que somente serão aplicadas as medidas caso o agente tenha cometido um ato ilícito e do qual se possa deduzir um comportamento que indique a probabilidade de novos delitos (art.95.1).¹⁶⁹

Apesar dessas regulações descritas acima, o que se percebe é que o Código Penal espanhol não é claro ao falar em estabelecimento adequado, sem especificá-lo. Ademais, embora haja essa previsão, é comum o cumprimento de medidas de segurança por pessoas com transtorno mental em estabelecimentos prisionais. O *Reglamento Penitenciario* faz referência à existência de estabelecimentos ou unidades psiquiátricas penitenciárias, instituições destinadas ao cumprimento da medida. Conforme dados de 2015, há três cidades na Espanha com essas características: Alicante, Barcelona e Sevilha.¹⁷⁰

Os estabelecimentos psiquiátricos penitenciários são compostos por uma equipe multidisciplinar. Dentro da sistematização desses ambientes, merece destaque o *Programa de Salidas Terapéuticas*¹⁷¹. Esse programa, iniciado em Alicante, estabelece, como exemplo, as seguintes saídas: (i) com o pessoal do hospital; de forma individual ou coletiva, tanto em pequenos como grandes grupos; (ii) com a família; e (iii) de fim de semana, com a família ou sem acompanhamento.¹⁷²

Ademais, existe o *Programa de Hospital de Noche*¹⁷³, no qual os pacientes passam o dia fora e retornam ao hospital psiquiátrico penitenciário para dormir, fato que, conforme

¹⁶⁸ Código Penal espanhol (Código Penal español): Artículo 6. 1. Las medidas de seguridad se fundamentan en la peligrosidad criminal del sujeto al que se impongan, exteriorizada en la comisión de un hecho previsto como delito. 2. Las medidas de seguridad no pueden resultar ni más gravosas ni de mayor duración que la pena abstractamente aplicable al hecho cometido, ni exceder el límite de lo necesario para prevenir la peligrosidad del autor.

¹⁶⁹ FLORES, Luis Fernando Barrios. La internación psiquiátrica por razón penal en España: ejecución de la medida en el ámbito penitenciario. *Revista Criminalidad*, v. 57, n. 1, p. 45-60, 2015. p. 47

¹⁷⁰ FLORES, *op. cit.*, p. 47-49

¹⁷¹ Programa de Saídas Terapêuticas, tradução livre da autora

¹⁷² FLORES, *op. cit.*, p. 51

¹⁷³ Programa Hospital Noite, tradução livre da autora

Flores, permite, durante o dia, atividades de formação, como cursos de aprendizagem laboral ou estudos universitários.¹⁷⁴

A duração da medida de segurança será avaliada por meio de revisão, a cada seis meses, devendo, anualmente, ser levada ao judiciário, por meio de proposta do *Juez de Vigilancia Penitenciaria*, avaliando-se ser caso de manutenção, cessação ou substituição da medida (opções do art. 97 CP espanhol).

Um dos principais pontos considerados deficientes nesses estabelecimentos é o fato de que não estão distribuídos adequadamente no território, deixando os internos distantes da família. Ainda, para mulheres a situação é mais gravosa, pois há apenas um centro psiquiátrico penitenciário, que está localizado na cidade de Alicante,¹⁷⁵ o que ocasiona um isolamento territorial e distanciamento dos vínculos sociais.

Em comparação com o Brasil, é possível afirmar que o Código Penal espanhol parece ser mais avançado em alguns aspectos por: (i) já determinar em lei que o tempo limite da medida será a duração da pena abstratamente aplicada ao ato ilícito cometido; (ii) ter propostas mais efetivas- e já amplamente implantadas- de saídas terapêuticas e hospital noite. Quanto a este ponto, fica a ressalva de que já existem projetos semelhantes no Brasil, como em Porto Alegre e São Paulo.

Por fim, em relação à conjuntura histórica, observa-se que o primeiro Código Penal espanhol é de 1822, tendo ocorrido evoluções ao longo do tempo, até ser aprovada a lei orgânica de 1995, referente ao Código Penal atual, o qual dispõe sobre a inimputabilidade penal.¹⁷⁶ Além do Código Penal espanhol, merece destaque o *Reglamento Penitenciario*, comentado anteriormente.

3.1.3 Inglaterra e País de Gales

Inicialmente, é importante mencionar que o presente trabalho limitar-se-á à análise do tratamento legal dado pela Inglaterra e pelo País de Gales aos portadores de sofrimento psíquico em conflito com a lei, em razão de a Escócia e Irlanda do Norte adotarem legislações diferentes, o que impede um estudo conjunto do Reino Unido.¹⁷⁷

¹⁷⁴ FLORES, Luis Fernando Barrios. La internación psiquiátrica por razón penal en España: ejecución de la medida en el ámbito penitenciario. *Revista Criminalidad*, v. 57, n. 1, p. 45-60, 2015. p. 51

¹⁷⁵ *Ibidem*, p. 55

¹⁷⁶ *Ibidem*, p. 46

¹⁷⁷ ABDALLA-FILHO, Elias; ENGELHARDT, Wolfram. A prática da psiquiatria forense na Inglaterra e no Brasil: uma breve comparação. *Rev Bras Psiquiatr*, v. 25, n. 4, p. 245-248, 2003. p.245

Outro ponto necessário para um estudo mais adequado é a ressalva de que a tradição legal inglesa é a *Common Law*. Assim, ela baseia-se substancialmente em julgamentos anteriores.¹⁷⁸ A lei que regula mais especificamente o tratamento direcionado a pessoas com sofrimento psíquico é a *Mental Health Act* (MHA) de 1983, incluindo-se as alterações de 2007, o qual aborda questões de hospitalização, tratamento e, também, orientações para pessoas que cometeram algum delito.¹⁷⁹

Psiquiatras forenses são consultados nas três fases do processo criminal, as quais são: *Pre-trial* (fase de instrução), *At Trial* (ao longo do julgamento) e *Post-Trial* (posterior ao julgamento). Na primeira fase, verificar-se-á se o acusado está *fitness to plead* (apto a se defender). Nessa etapa, o fato de o agente ser portador de algum transtorno mental não será suficiente para que seja considerado inapto.¹⁸⁰

O que se faz necessário é que ele tenha capacidade de entender os procedimentos e poder se defender das acusações feitas, compreendendo as instruções dos advogados e as provas. Para que isso seja definido, um júri é criado para este fim. Nesse procedimento, psiquiatras serão escutados. Caso considerado inapto para ser julgado, um júri irá determinar se o agente foi de fato o autor do ato criminoso. Nessa hipótese, não se analisará se o réu seria culpável¹⁸¹ pelo ato, pois já foi determinado anteriormente que não está apto a pleitear. Se restar decidido que praticou o ato ilícito, poderá ser estabelecido, por exemplo: admissão em hospital, uma ordem de tutela, uma ordem de supervisão de abrigo.¹⁸² Por outro lado, quando considerado apto, seguirá para a segunda etapa, *At Trial*, e a terceira, *Post-Trial*, em que os psiquiatras forenses atuarão dando orientações, opiniões e conselhos.

Ao longo do julgamento, pessoas consideradas insanas não serão responsabilizadas pelos seus atos, sendo declaradas '*not guilty*'.¹⁸³ Em relação à responsabilidade diminuída, observa-se que ela somente é possível em caso de homicídio, estando estipulado na *Homicide Act* de 1957. Assim, o efeito da consequência jurídica da redução da capacidade será o homicídio culposo. O agente poderá, então, deixar de ser condenado a uma sentença de homicídio doloso, a qual implica uma prisão perpétua.

¹⁷⁸ABDALLA-FILHO, Elias; BERTOLOTE, José Manoel. Sistemas de psiquiatria forense no mundo Forensic psychiatric systems in the world. *Rev Bras Psiquiatr*, v. 28, n. Supl II, p. S56-S61, 2006. p. S57

¹⁷⁹DOLAN, Bridget. An introduction to law relevant to mentally disordered offenders. *Criminal Behaviour and Mental Health*, v. 14, n. S1, p. S12-S18, 2004. p.S12

¹⁸⁰ *Ibidem*, p.S12

¹⁸¹ *Known as the 'mens rea' or guilty state of mind*

¹⁸²DOLAN, *op.cit.*, p.S12-13

¹⁸³*Ibidem*, p.S13-S14. Tradução livre da autora: sem culpa.

Ciúmes e intoxicação não são suficientes para justificar o pedido de responsabilidade diminuída.¹⁸⁴

Os indivíduos com sofrimento psíquico serão julgados do mesmo modo que os outros, tendo, no entanto, a doença mental significativos efeitos na sentença do condenado. Desse modo, ordens de tratamento com base na *Mental Health Act* de 1983 ou livramento condicional serão estabelecidos. A parte III do MHA estipula as medidas a serem tomadas no processo criminal, concedendo amplos poderes aos juízes.¹⁸⁵

Quanto aos dependentes químicos, observa-se que, enquanto no direito penal brasileiro eles podem ser enquadrados como portadores de uma perturbação de saúde mental, na *Mental Health Act* de 1983, são considerados indivíduos sem qualquer espécie de transtorno psíquico.¹⁸⁶

Assim, feita a análise de como o tema é atualmente tratado, cabe comentar brevemente o contexto histórico, o qual passa pelas leis *Lunacy Act* de 1890, *Mental Deficiency Act* de 1913 e 1927, *Mental Treatment Act* de 1930 e *Mental Health Act* de 1959. A lei de 1959 foi a que mais introduziu inovações no que se refere a transtorno psíquico e sistema penal. Um dos objetivos das medidas estipuladas era evitar detenções desnecessárias, possibilitando tratamentos em hospitais. Em 1983 é publicada uma nova *Mental Health Act*, a qual, após mudanças em 2007, vigora até hoje.¹⁸⁷

Segundo Prins, a ressalva, quanto às mudanças legislativas, é que a ênfase continua no uso da lei como mudança de comportamento. “A injeção de melhores recursos para a saúde mental forense poderia ter evitado a necessidade de novos poderes legais”.¹⁸⁸

No sentido de comparar os dois sistemas legais- brasileiro e inglês-, o que se nota é que o inglês tem uma relação mais próxima entre a psiquiatria e o direito. A MHA de 1983 é ligado de forma bastante direta com a clínica, criando, inclusive diagnósticos inexistentes na nomenclatura médica, o que afeta o resultado da perícia. Em contrapartida, no Brasil, há um grande distanciamento entre as áreas, havendo estranheza na comunicação

¹⁸⁴ DOLAN, Bridget. An introduction to law relevant to mentally disordered offenders. *Criminal Behaviour and Mental Health*, v. 14, n. S1, p. S12-S18, 2004. p.S14

¹⁸⁵ *Ibidem*, p.S14

¹⁸⁶ ABDALLA-FILHO, Elias; ENGELHARDT, Wolfram. A prática da psiquiatria forense na Inglaterra e no Brasil: uma breve comparação. *Rev Bras Psiquiatr*, v. 25, n. 4, p. 245-248, 2003. p.247

¹⁸⁷ PRINS, Herschel. Counterblast: the Mental Health Act 2007 (a hard act to follow). *The Howard Journal of Criminal Justice*, v. 47, n. 1, p. 81-85, 2008. p.81

¹⁸⁸ *Ibidem*, p.84. Tradução livre da autora. Citação na versão original: “The injection of better resources for forensic mental health might well have obviated the need for new legal powers”

entre as diferentes linguagens. Assim, por vezes, expectativas quanto ao laudo psiquiátrico, advindas do sistema jurídico, ultrapassam as possibilidades dos psiquiatras.¹⁸⁹

3.1.4 Itália

O Código Penal italiano, diferente do brasileiro, conceitua diretamente a imputabilidade, dispondo a seu respeito no art. 85¹⁹⁰. Assim, estabelece-se, nesse artigo, a necessidade de a pessoa ter capacidade de entender e querer, no momento do cometimento do fato, para ser considerada imputável.¹⁹¹

Enquanto isso, as causas referentes às possibilidades de exclusão e atenuação de imputabilidade estão determinadas do artigo 88 ao 98¹⁹². Dentro dessas causas, há dois grupos distintos, sendo, o primeiro, referente às alterações psíquicas causadas pelas enfermidades da mente ou em razão da ação da embriaguez, ao passo que o segundo grupo corresponde à imaturidade fisiológica ou parafisiológica, alusivas, nessa ordem, aos menores de idade e aos surdos-mudos.¹⁹³

Quando considerada inimputável em razão da insanidade, a pessoa poderá ser considerada socialmente perigosa, devido ao risco de que cometa novos crimes no futuro. Assim, o artigo 203¹⁹⁴ dispõe sobre a periculosidade, a qual é avaliada ao longo da medida de segurança, baseando-se na probabilidade de o agente voltar a delinquir. Quando à

¹⁸⁹ ABDALLA-FILHO, Elias; ENGELHARDT, Wolfram. A prática da psiquiatria forense na Inglaterra e no Brasil: uma breve comparação. *Rev Bras Psiquiatr*, v. 25, n. 4, p. 245-248, 2003. p.246

¹⁹⁰ Código Penal italiano (Codice Penale): Art. 85. Capacità d'intendere e di volere.

Nessuno può essere punito per un fatto preveduto dalla legge come reato, se, al momento in cui lo ha commesso non era imputabile. È imputabile chi há la capacità d'intendere e di volere.

¹⁹¹ SILVA, Ângelo Roberto Ilha da. *Da inimputabilidade penal: em face do atual desenvolvimento da psicopatologia e da antropologia*. 2. ed. rev. e atual. Porto Alegre : Livraria do Advogado, 2015.p. 45.

¹⁹² Código Penal italiano (Codice Penale): Art.88. Vizio totale di mente. Non è imputabile chi, nel momento in cui ha commesso il fatto, era, per infermità, in tale stato di mente da escludere la capacità d'intendere o di volere. Art. 89. Vizio parziale di mente. Chi, nel momento in cui ha commesso il fatto, era, per infermità, in tale stato di mente da scemare grandemente, senza escluderla, la capacità d'intendere o di volere, risponde del reato commesso; ma la pena è diminuita.

Art. 91. Ubriachezza derivata da caso fortuito o da forza maggiore. Non è imputabile chi, nel momento in cui ha commesso il fatto, non aveva la capacità d'intendere o di volere, a cagione di piena ubriachezza derivata da caso fortuito o da forza maggiore. Se l'ubriachezza non era piena, ma era tuttavia tale da scemare grandemente, senza escluderla, la capacità d'intendere o di volere, la pena è diminuita. Destaca-se que somente foram reproduzidos os artigos que mais se referem à matéria detalhadamente estudada no presente trabalho.

¹⁹³ MANTOVANI, Ferrando. *Diritto Penale*. 3. ed. Padova: CEDAM, 1992, p.669 *apud* SILVA, Ângelo Roberto Ilha da. *Da inimputabilidade penal: em face do atual desenvolvimento da psicopatologia e da antropologia*. 2. ed. rev. e atual. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2015.p. 45.

¹⁹⁴ Código Penal italiano (Codice Penale): Art. 203. Pericolosità sociale - Agli effetti della legge penale, è socialmente pericolosa la persona, anche se non imputabile o non punibile, la quale ha commesso taluno dei fatti indicati nell'articolo precedente, quando è probabile che commetta nuovi fatti preveduti dalla legge come reati. La qualità di persona socialmente pericolosa si desume dalle circostanze indicate nell'articolo 133.

aplicação da medida de segurança, esta encontra amparo legal no artigo 202¹⁹⁵, o qual afirma que somente poderá ocorrer sua imposição se a pessoa cometeu um crime.¹⁹⁶

Caso a pessoa com doença mental seja considerada responsável pelo crime, esta receberá a sentença, sem haver um caminho especial, devendo ir para a prisão, onde receberá atendimento de saúde padrão. Por outro lado, havendo ausência de responsabilidade, existirão duas possibilidades: (i) se a pessoa não for considerada perigosa para a segurança pública, estará livre e receberá cuidados de saúde mental; (ii) se considerada perigosa, deverá ser internada em um hospital psiquiátrico forense ou em outro estabelecimento fechado. Quanto a esta última hipótese, o indivíduo será regularmente avaliado até que se constate que não representa mais perigo para a segurança pública, momento em que voltará à comunidade, recebendo assistência de serviços de saúde mental.¹⁹⁷ Nos últimos anos, também tem se analisado a possibilidade de livramento condicional.¹⁹⁸

Historicamente, a Itália encontra-se como um dos países mais desenvolvidos na temática da saúde mental, apresentando, desde cedo, ideias alternativas à psiquiatria convencional e aos antigos manicômios. Entretanto, apesar de já em 1978 introduzir a Lei 180, também conhecida como Lei Basaglia, - com fins de promover mudanças radicais no sistema de saúde, como o fechamento de hospitais psiquiátricos e a transição para tratamentos de saúde na comunidade-,¹⁹⁹ somente nos últimos anos têm ocorrido o mesmo no sistema penal, sendo determinado o progressivo fim dos hospitais psiquiátricos forenses, com um decreto em abril de 2008, e a transferência de responsabilidades e recursos para o Sistema Nacional de Saúde.²⁰⁰

Assim, contextualizando-se, existem ainda seis hospitais psiquiátricos forenses em funcionamento na Itália. Com a exceção de um deles, todos os outros são apontados como locais de violação de direitos humanos. Ademais, muitos casos de periculosidade são

¹⁹⁵ Código Penal italiano (Codice Penale): Art. 202. Applicabilità delle misure di sicurezza - Le misure di sicurezza possono essere applicate soltanto alle persone socialmente pericolose, che abbiano commesso un fatto preveduto dalla legge come reato. La legge penale determina i casi nei quali a persone socialmente pericolose possono essere applicate misure di sicurezza per un fatto non preveduto dalla legge come reato.

¹⁹⁶ CARABELLESE, Felice; FELTHOUS, Alan R. Closing Italian Forensic Psychiatry Hospitals in Favor of Treating Insanity Acquittes in the Community. *Behavioral sciences & the law*, v. 34, n. 2-3, p. 444-459, 2016.p.445

¹⁹⁷ BARBUI, Corrado; SARACENO, Benedetto. Closing forensic psychiatric hospitals in Italy: a new revolution begins? *The British Journal of Psychiatry*, v. 206, n. 6, p. 445-446, 2015.p.445

¹⁹⁸ CARABELLESE; FELTHOUS, *op.cit.* ,p.445

¹⁹⁹ *Ibidem*,p.452

²⁰⁰ BARBUI; SARACENO, *op.cit.* , p.445

mantidos sem limite temporal, com base na falta de familiares e condições sociais adequadas em vez de se basear na avaliação de fatores individuais.²⁰¹

Em abril de 2008 foi publicado um decreto, já mencionado anteriormente, que tinha por finalidade estabelecer um programa de redução progressiva e conseqüente encerramento do funcionamento dos seis hospitais psiquiátricos forenses. Posteriormente, em 2012, a Lei 9/2012 determinou que novos locais residenciais²⁰² deveriam ser desenvolvimentos para melhor atender às necessidades das pessoas com transtorno mental consideradas perigosas à sociedade, fornecendo-se cuidados intensivos e de qualidade. Esses estabelecimentos, organizados ao longo das regiões da Itália, com no máximo vinte indivíduos ao todo e quatro por quarto, foram regulados para substituírem os hospitais psiquiátricos forenses.²⁰³

Em maio de 2014 foi publicada uma nova Lei, a 81/2014, a qual, tendo em vista que a implementação inicial das outras leis estava ocorrendo de modo insatisfatório, estabeleceu prazos e procedimentos operacionais. Como principais pontos desta lei, expõe-se que foram determinados, para casos de pessoas ainda internadas nessas instituições, a necessidade de programas de saída (alta) com prazos estipulados, e, se ainda consideradas perigosas pelo judiciário, a transição para esses novos residenciais para execução de medida ou, ainda, reinserção na comunidade com medidas de segurança menos restritivas.²⁰⁴

Estabeleceu-se, também, o fechamento final dos seis hospitais psiquiátricos forenses ainda existentes até a data de 1º de abril de 2015. Entretanto, o que se verifica atualmente é que esses ambientes continuam funcionando, com a ressalva de que não aceitaram novos pacientes depois da data estipulada. Quanto aos que ainda estão internados, espera-se a construção de mais residenciais regionais pequenos, para que se transfiram todos os pacientes.²⁰⁵

Ademais, adiciona-se que, conforme a nova lei, a medida de segurança somente poderá perdurar pelo número de anos que duraria, em sentença, o período de reclusão, caso o autor do ato ilícito não fosse portador de doença mental. Ainda, segundo Corrado e

²⁰¹ BARBUI, Corrado; SARACENO, Benedetto. *Closing forensic psychiatric hospitals in Italy: a new revolution begins?* The British Journal of Psychiatry, v. 206, n. 6, p. 445-446, 2015.p.445

²⁰² REMSs, *Residences for the Execution of Security Measures*

²⁰³ *Ibidem*,p.445

²⁰⁴ *Ibidem*,p.445

²⁰⁵ CARABELLESE, Felice; FELTHOUS, Alan R. *Closing Italian Forensic Psychiatry Hospitals in Favor of Treating Insanity Acquittees in the Community.* Behavioral sciences & the law, v. 34, n. 2-3, p. 444-459, 2016.p.451

Benedetto, “ de acordo com a nova lei, a periculosidade para a segurança pública pode ser motivada somente por razões relacionadas às características individuais do paciente, e não poderá mais ser motivada por razões familiares, sociais e econômicas, incluindo a carência de um programa individualizado de cuidados de saúde mental”.²⁰⁶

A respeito das mudanças propostas, é de se ressaltar a necessidade de se capacitar os profissionais da área da saúde que trabalham com serviços na comunidade para que saibam lidar com pessoas com transtorno mental que cometeram algum delito.²⁰⁷

Além disso, argumenta-se que as reformas poderiam ter sido mais radicais, de forma que o conceito de responsabilidade criminal fosse desprezado. Desse modo, pessoas com transtorno mental que cometeram um crime receberiam, da mesma forma que os indivíduos sem transtorno, uma sentença, tendo, como diferença, a adição de cuidados apropriados de saúde mental. Corrado e Benedetto comentam que, assim, poderia ser uma forma prática de desestigmatizar esses indivíduos com doença mental, por serem tratados da mesma maneira que todos os outros.²⁰⁸

3.1.5 Portugal

O Código Penal português trata da imputabilidade penal nos seus artigos 19 e 20²⁰⁹. Desse modo, o art. 19 estabelece a inimputabilidade etária, afirmando ser inimputável o menor de 16 anos de idade. Por sua vez, o art. 20 determina as possibilidades de inimputabilidade em razão de anomalia psíquica.

²⁰⁶ Tradução livre da autora. Original: “According to the new law, dangerousness to public safety can only be motivated by reasons related to the patient’s individual characteristics, and can no longer be motivated by family, social and economic reasons, including the lack of an individualised mental healthcare programme.” BARBUI, Corrado; SARACENO, Benedetto. *Closing forensic psychiatric hospitals in Italy: a new revolution begins?* The British Journal of Psychiatry, v. 206, n. 6, p. 445-446, 2015.p.445

²⁰⁷ *Ibidem*, p.446

²⁰⁸ *Ibidem*, p.446

²⁰⁹ Código Penal português: Art. 19º Inimputabilidade em razão da idade- Os menores de 16 anos são inimputáveis.

Artigo 20.º Inimputabilidade em razão de anomalia psíquica

1 - É inimputável quem, por força de uma anomalia psíquica, for incapaz, no momento da prática do facto, de avaliar a ilicitude deste ou de se determinar de acordo com essa avaliação.

2 - Pode ser declarado inimputável quem, por força de uma anomalia psíquica grave, não acidental e cujos efeitos não domina, sem que por isso possa ser censurado, tiver, no momento da prática do facto, a capacidade para avaliar a ilicitude deste ou para se determinar de acordo com essa avaliação sensivelmente diminuída.

3 - A comprovada incapacidade do agente para ser influenciado pelas penas pode constituir índice da situação prevista no número anterior.

4 - A imputabilidade não é excluída quando a anomalia psíquica tiver sido provocada pelo agente com intenção de praticar o facto.

Ressalta-se que, conforme alerta Ângelo Ilha da Silva, o legislador português, ao contrário do brasileiro, utilizou uma denominação geral- anomalia psíquica- a qual compreende, no art.20, doença mental, retardo mental, embriaguez. O que se questiona é que essa expressão não englobaria índios e surdos em situação sociocultural de desenvolvimento mental incompleto.²¹⁰

Na inimputabilidade em razão da anomalia psíquica, exige-se, como requisitos para aplicação da medida de segurança, que o indivíduo tenha cometido um fato ilícito típico e que haja fundado receio de que poderá cometer novos delitos.²¹¹ A regulamentação referente à sua aplicação está nos artigos 91 e seguintes do Código Penal português, destacando-se os arts. 91 e 92²¹².

Em relação ao limite temporal, este durará até cessar a periculosidade, não podendo ultrapassar o limite máximo do tipo legal do crime cometido pelo inimputável. No entanto, há a ressalva no artigo 92, n.º 3, de que se o fato praticado corresponder a pena superior a oito anos e a periculosidade persistir, a internação poderá ser prorrogada por períodos sucessivos de dois anos.²¹³

Segundo Figueiredo Dias,

uma medida de segurança só possa ser aplicada para defesa de um interesse comunitário preponderante e em medida em que se não revele desproporcional à gravidade do ilícito típico cometido e à perigosidade do agente. Como só deste modo poderá aceitar-se que a aplicação da medida de segurança não sendo função da ideia jurídico-penal de culpa, nem encontrando nesta o seu limite, todavia constitua uma reacção aceitável nos quadros do Estado de Direito como respeitadora da dignidade da pessoa.²¹⁴

²¹⁰SILVA, Ângelo Roberto Ilha da. *Da inimputabilidade penal: em face do atual desenvolvimento da psicopatologia e da antropologia*. 2. ed. rev. e atual. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2015.p. 48.

²¹¹CABRAL, Ana Sofia; MACEDO, António; VIEIRA, Duarte Nuno. Da Psiquiatria ao Direito. *Julgar*, n.7, p. 185-196, 2009.p.189

²¹²Código Penal português: Artigo 91.º Pressupostos e duração mínima

1 - Quem tiver praticado um facto ilícito típico e for considerado inimputável, nos termos do artigo 20.º, é mandado internar pelo tribunal em estabelecimento de cura, tratamento ou segurança, sempre que, por virtude da anomalia psíquica e da gravidade do facto praticado, houver fundado receio de que venha a cometer outros factos da mesma espécie.

2 - Quando o facto praticado pelo inimputável corresponder a crime contra as pessoas ou a crime de perigo comum puníveis com pena de prisão superior a cinco anos, o internamento tem a duração mínima de três anos, salvo se a libertação se revelar compatível com a defesa da ordem jurídica e da paz social.

Artigo 92.º Cessaçã e prorrogaçã do internamento

1 - Sem prejuízo do disposto no n.º 2 do artigo anterior, o internamento finda quando o tribunal verificar que cessou o estado de perigosidade criminal que lhe deu origem.

2 - O internamento não pode exceder o limite máximo da pena correspondente ao tipo do crime cometido pelo inimputável.

3 - Se o facto praticado pelo inimputável corresponder a crime punível com pena superior a 8 anos e o perigo de novos factos da mesma espécie for de tal modo grave que desaconselhe a libertação, o internamento pode ser prorrogado por períodos sucessivos de 2 anos até se verificar a situação prevista no n.º 1.

²¹³CABRAL; MACEDO; VIEIRA *op.cit.* , p.194

²¹⁴Dias, J. (2004). *Direito Penal. Parte Geral. Tomo I. Questões fundamentais. A doutrina geral*

Em relação às pessoas com transtorno mental em conflito com lei, há muitos indivíduos que se envolvem com a criminalização por falta de recursos na rede de saúde. São pessoas que, com o adequado apoio de serviços, não teriam cometido delito algum. Tal fato, como denomina João Marques-Teixeira, gerou uma crise nos serviços de saúde mental do sistema prisional, retendo numerosas quantidades de indivíduos em anexos psiquiátricos das prisões. Assim, sobressai-se a necessidade de unidades mais especializadas, com abordagens individuais, atividade grupais de terapia ocupacional, reuniões semanais com a finalidade de avaliar concretamente as situações.²¹⁵

Com referência à parte histórica, nota-se que a primeira vez que o direito português abordou a inimputabilidade penal foi com as Ordenações Afonsinas. Assim, passando por inúmeras modificações, trocando a denominação de loucura por anomalia psíquica, a conceituação final chegou ao atual Código Penal, datado de 1982.²¹⁶

do crime. Coimbra: Coimbra. Editora. *apud* CABRAL, Ana Sofia; MACEDO, António; VIEIRA, Duarte Nuno. Da Psiquiatria ao Direito. *Julgar*, n.7, p. 185-196, 2009.p.194

²¹⁵ TEIXEIRA, João Marques. Saúde mental nas prisões. *Editorial*, Volume VI nº2 março/abril, p.07-10, 2004.p.07-09

²¹⁶ FERNANDES, Diana Isabel Mota. *Entre Themis e Asclépio: um estudo da inimputabilidade no ordenamento jurídico-penal português*.107 f. Dissertação (Mestrado em Sociologia)- Universidade de Coimbra, Coimbra, 2012. p.22

4 ALTERNATIVAS AO HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSQUIÁTRICO

O primeiro manicômio judiciário do Brasil foi fundado em 1921.²¹⁷ Essa construção decorreu do que foi estabelecido no Decreto nº 1.132 de 22 de dezembro de 1903, o qual afirmava que cada Estado da União teria que construir seus próprios manicômios judiciários para abrigar as pessoas com transtorno mental que cometeram algum delito.²¹⁸ Algumas das finalidades da criação dos manicômios judiciários eram reorganizar o atendimento psiquiátrico dos indivíduos com doença mental e garantir a separação entre estes e outros “criminosos”.²¹⁹

Posteriormente, os manicômios judiciários passaram a ser denominados Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, mas, como já mencionado anteriormente, Bitencourt adverte que “não passa de uma expressão eufemística utilizada pelo legislador da Reforma Penal de 1984”.²²⁰

Essas instituições ficaram marcadas pela “superposição complexa de dois modelos de intervenção social”²²¹ que se impôs. De um lado, o sistema penal, o qual estabelece um ambiente prisional, jurídico-punitivo; de outro, o modelo psiquiátrico-terapêutico, que é englobado pelo primeiro. Entre esses contrastes, “[...] se trata de um hospital que está sob a gerência do sistema penitenciário e de sua lógica institucional”.²²²

Diante dessa situação, o duplo caráter - prisioneiro e paciente - trouxe muitos prejuízos aos indivíduos em cumprimento da medida de segurança. Tornaram-se, na verdade, locais de aprisionamento, com sérios problemas de ordem sanitária e assistencial, dificultando a autonomia e reintegração social dessas pessoas, o que ocasiona um estado psicológico mais agravado e a total perda de independência.

²¹⁷ DINIZ, Debora. *A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil: censo 2011*. Brasília: Editora UnB, 2013.p. 16

²¹⁸ LEITE, Loiva dos Santos. *Narrativas de vida: viver fora depois de muito tempo dentro: experiências de usuários após a saída do manicômio judiciário*. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social)- PUCRS, Porto Alegre, 2011.p. 32

²¹⁹MUSSE, Luciana Barbosa. *Políticas Públicas em saúde mental*. Tese (Doutorado em Direito). PUCSP, São Paulo, 2006 *apud* MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL – MPF; PROCURADORIA FEDERAL DOS DIREITOS DO CIDADÃO – PFDC. *Parecer sobre Medidas de Segurança e Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico sob a perspectiva da Lei Nº 10.216/2001*. Brasília-DF. 2011. p.30

²²⁰ BITENCOURT, Cezar R. *Tratado de Direito Penal*. Parte Geral 1. 17. ed. rev., ampl. e atual. São Paulo: Saraiva, 2012. p. 841.

²²¹ CARRARA, Sérgio. *A história esquecida: os manicômios judiciários*, 2010 *apud* LEITE, Loiva dos Santos. *Narrativas de vida: viver fora depois de muito tempo dentro: experiências de usuários após a saída do manicômio judiciário*. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social)- PUCRS, Porto Alegre, 2011.p. 33

²²² LEITE, *Ibidem*.p. 33

Ademais, a duração da medida de segurança entrelaçada à periculosidade, a responsabilidade do médico psiquiatra em atestar a sua cessação e as diferentes perspectivas do médico e do jurista corroboram o insucesso da internação em HCTPs. Por essa razão, comenta-se:

Por isso, torna-se impossível ao jurista ou psiquiatra crítico continuar repetindo a falácia de que a responsabilidade sobre o sistema da execução penal advém, tão-somente, da incapacidade de o Estado-administração cumprir os mandamentos da LEP.

Tal perspectiva é válida apenas no que diz respeito à qualidade de vida do sentenciado. Os direitos destes vão muito além. É próprio do *status* de sentenciado uma série de direitos e garantias que permitem evitar ou diminuir o tempo de encarceramento.²²³

De acordo com um trabalho de quatro anos realizado no Instituto Psiquiátrico Forense (IPF) de Porto Alegre, descrito por Loiva dos Santos Leite em sua Dissertação de Mestrado em Psicologia Social,²²⁴ foram analisadas de 2007 a 2011 as situações das pessoas que lá se encontravam com a finalidade de buscar-se alternativas de inclusão social a quem estava institucionalizado. Ao longo desse projeto, o Grupo de Trabalho (GT) deparou-se com casos de indivíduos que estavam vivendo nesse ambiente há quinze, trinta ou mais anos, os quais, ademais, estavam longe da convivência social, enclausurados culturalmente e fisicamente nesta instituição.

Foi averiguada a situação de 245 pacientes, dos quais 91% eram homens. Em relação aos tipos de delito, a maioria era referente à lesão corporal, seguida, em quantidade, por furto ou roubo. Apenas 45 pessoas estavam por homicídio, sendo 17 na forma tentada. Quanto aos anos de internação, 34% (o maior número percentual) dos pacientes permaneceram entre 10 e 20 anos. Do total de pessoas pesquisadas, 57 continuaram no IPF após o projeto em razão das dificuldades de inserção social.²²⁵

Esse trabalho foi importante por viabilizar a conexão desses indivíduos com a rede de saúde e assistência externas. Demonstrou, concomitantemente, a fragilidade da medida de segurança executada com internação nos HCTPs, ao verificar a quantidade de tempo que as pessoas se mantinham internadas e a dificuldade de reintegração na sociedade ao final da

²²³ MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL – MPF; PROCURADORIA FEDERAL DOS DIREITOS DO CIDADÃO – PFDC. *Parecer sobre Medidas de Segurança e Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico sob a perspectiva da Lei Nº 10.216/2001*. Brasília-DF. 2011.p. 54

²²⁴ LEITE, Loiva dos Santos. *Narrativas de vida: viver fora depois de muito tempo dentro: experiências de usuários após a saída do manicômio judiciário*. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social)- PUCRS, Porto Alegre, 2011.

²²⁵ MELLO, Adriana Pinto de; LEITE, Loiva dos Santos. Crime e Loucura: desafios e complexidade. *Entrelinhas CRPs, Saúde Mental*, Ano XII, N.58, Abril/Mai/Jun, p.9, 2012. p.9

medida. Além disso, confirmou-se, com o GT, que “a construção de alternativas para o paciente judiciário exige uma articulação intersetorial, responsabilizando a sociedade civil e os diversos poderes: Executivo, Judiciário, Legislativo”.²²⁶

Nesse sentido, Débora Diniz, ao apresentar o censo de 2011 referente à custódia e tratamento psiquiátrico no Brasil, constatou a situação de calamidade e violação de direitos em que vivem 3.989 pessoas no Brasil. Dezoito indivíduos, internados em HCTPs, estavam há mais de trinta anos internados. Seiscentos e seis encontravam-se internados há mais tempo do que a pena máxima em abstrato para a infração cometida. Além disso, no que diz respeito à periculosidade e ao diagnóstico psiquiátrico, a autora comprova que o tipo de infração penal não tem ligação com a classificação psiquiátrica, havendo pessoas com diferentes diagnósticos para as mesmas infrações.²²⁷

Embora haja resoluções em concordância com a Lei n. 10.216/2001, como as do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária n. 05/2004 e n. 04/2010; do Conselho Nacional de Justiça n.113/2010 e a portaria interministerial n.1.777/MS/MJ/2003, o que se observa é que, conforme relatórios de visitas oficiais aos HCTPs, não ocorreram mudanças, persistindo a constante violação de direitos.²²⁸

Assim, apesar do amparo legal ofertado pelas alterações na legislação, conclui-se que a ambiguidade presente nos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, a falta de assistência adequada, a negligência no que se refere a questões sanitárias e outros fatores continuam a impedir o cuidado e a reintegração social das pessoas com transtorno mental em conflito com a lei.

Segundo Jacobina,

[...] hospital público e instituição penitenciária são instituições regidas por princípios absurdamente diversos e incongruentes entre si. Portanto, não há como defender que a medida de segurança tem natureza sanitária e não-punitiva, sem evidenciar a contradição de um *hospital* submetido ao sistema *penitenciário* e não ao *Sistema Único de Saúde*.²²⁹

²²⁶ MELLO, Adriana Pinto de; LEITE, Loiva dos Santos. Crime e Loucura: desafios e complexidade. *Entrelinhas CRPrs, Saúde Mental*, Ano XII, N.58, Abril/Mai/Jun, p.9, 2012. p.9

²²⁷ DINIZ, Debora. *A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil: censo 2011*. Brasília: Editora UnB, 2013.p. 15-19

²²⁸ MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL – MPF; PROCURADORIA FEDERAL DOS DIREITOS DO CIDADÃO – PFDC. *Parecer sobre Medidas de Segurança e Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico sob a perspectiva da Lei Nº 10.216/2001*. Brasília-DF. 2011.p. 72-76

²²⁹ JACOBINA, Paulo Vasconcelos. *Direito Penal da Loucura: Medida de Segurança e Reforma Psiquiátrica*. Brasília: ESMPU, 2008.p.100

4.1 SERVIÇOS SUBSTITUTIVOS NO BRASIL

De acordo com as informações e dados apresentados no item acima, parece urgir a necessidade de se investir em serviços substitutivos que respeitem as garantias e os direitos desses indivíduos, com a adoção de meios menos privativos de liberdade, possibilitando a autonomia e articulação com a rede de saúde. A forma conceitual como é empregada a periculosidade já foi rebatida por inúmeros campos de estudo, como, inclusive, foi visto no segundo capítulo. É hora de trabalhar com as individualidades de cada ser e permitir que recebam atenção integral, de uma equipe multiprofissional bem capacitada, apta a atender o indivíduo sem estigmatizá-lo por estar em situação de conflito com a lei.

Ademais, a respeito do que dispõe a Lei da Reforma Psiquiátrica, vale lembrar o que foi anteriormente mencionado no ponto “2.2. Medida de Segurança” deste trabalho:

[...] a pessoa com transtorno mental que se encontre em medida de segurança deverá cumpri-la preferencialmente, em dispositivos extra-hospitalares de base comunitária, conforme dispõe a lei n.10.216/2001, apesar de o art.4º admitir, em caráter excepcional, a internação, condicionando-a à insuficiência de recursos extra-hospitalares.²³⁰

Assim, em consonância com a Lei n. 10.216/2001, serão sugeridos, nos próximos pontos, serviços substitutivos que poderiam, preferivelmente, ser indicados às pessoas com transtorno mental em conflito com lei.

Já existem, no Brasil, projetos de atenção jurídica e psicossocial em funcionamento que buscam trazer, por meio de articulações e ações intersetoriais, caminhos alternativos, com a finalidade de evitar os HCTPs, fornecendo possibilidades dentro da rede de saúde e permitindo uma maior conexão da pessoa com a sociedade ao longo da execução da medida de segurança.

Há outras formas de cuidado, baseadas na terapêutica ocupacional e na arteterapia, que ganharam destaque no auxílio à reinserção social de indivíduos com sofrimento psíquico, mas que são pouco debatidas quando se acrescenta o cometimento de algum delito. Desse modo, pensando-se em um maior entrelaçamento entre métodos terapêuticos e o sistema penal, abordar-se-á brevemente essas atividades.

Ainda, tendo em vista os homens e as mulheres que já estão internados ou continuam a entrar nos HCTPs, serão analisados os serviços existentes para a chamada

²³⁰ MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL – MPF; PROCURADORIA FEDERAL DOS DIREITOS DO CIDADÃO – PFDC. *Parecer sobre Medidas de Segurança e Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico sob a perspectiva da Lei Nº 10.216/2001*. Brasília-DF. 2011.p. 71

“porta de saída”, os quais oferecem alternativas que proporcionam uma mais rápida e adequada reinserção à sociedade.

4.1.1 PAI-PJ

O Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário (PAI-PJ) iniciou como um projeto-piloto, implantado pela Corregedoria do Tribunal de Justiça de Minas Gerais em 2000. A denominação inicial do projeto era Projeto de Acompanhamento Interdisciplinar ao Paciente Judiciário (PAI-PJ), e sua atribuição era uma mediação entre o tratamento e o processo jurídico até a reinserção social.²³¹

Já em 2001, a experiência foi transformada pelo Tribunal de Justiça de Minas Gerais no Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário – PAI-PJ, pela Portaria Conjunta nº 25/2001. Assim, por meio desse projeto, efetivou-se, institucionalmente, a reforma psiquiátrica no campo jurídico, com a parceria entre o Tribunal de Justiça de Minas Gerais e a Rede do Sistema Único de Saúde (SUS) do Município de Belo Horizonte.

O programa colocou, então, a pessoa com sofrimento psíquico em conflito com a lei nas redes de saúde mental, sem haver distinções entre outros pacientes, fato que a aproximou da família, de outros laços sociais e da convivência em comunidade. Uma das bases do projeto foi a ideia de uma rede intersetorial e de um acompanhamento de atenção integral. Dessa forma,

O programa, em resumo, tem por função a oferta do acompanhamento integral ao paciente judiciário portador de sofrimento mental em todas as fases do processo criminal. Ocorre de modo intersetorial, através da parceria do Judiciário com o Executivo e com a comunidade, de forma geral, promovendo o acesso à Rede Pública de Saúde e à Rede de Assistência Social, de acordo com as políticas públicas vigentes, na atenção integral ao portador de sofrimento mental.²³²

Ao longo do processo criminal, até o final da execução penal, faz-se um acompanhamento terapêutico e social com o paciente judiciário, em que se escutam as individualidades do sujeito. O acompanhamento ocorre por meio de uma equipe interdisciplinar, composta por psicólogos, assistentes e estagiários. Essa assistência costuma iniciar por determinação de juízes criminais, que, com o auxílio do grupo multiprofissional, passam a definir qual a mais adequada medida judicial a ser aplicada.

²³¹ BARROS-BRISSET, Fernanda Otoni de. *Por uma política de atenção integral ao louco infrator*. Belo Horizonte: TJMG, 2010. p.26-28

²³² *Ibidem*, p.28

Também é feito o denominado “acompanhamento de rua”, no qual estagiários auxiliam, por meio de autorização do juiz, pacientes judiciários que permaneceram anos internados e encontram dificuldades de retornar aos laços sociais, a circular na cidade e a realizar tarefas do cotidiano, como utilizar um ônibus.²³³

Assim, dentre as atividades realizadas pelo projeto, estão o encaminhamento dessas pessoas aos pontos da rede de saúde, o acompanhamento do andamento processual e o auxílio ao juiz com relatórios desenvolvidos pelo trabalho com parceiros fora do sistema judiciário, subsidiando a decisão judicial.

Conforme Fernanda Otoni, coordenadora do PAI-PJ, o programa permitiu ao sujeito ser o foco, sendo colocado no centro dessa rede de atenção e cuidados, observando-se suas singularidades e trajetória, com a possibilidade de assim lhe auxiliar. Embora a ideia inicial do projeto fosse buscar uma interação maior entre justiça e saúde mental, o projeto revelou-se inovador ao demonstrar que o manicômio judiciário poderia ser dispensado, trabalhando-se com a inclusão desses indivíduos nas políticas públicas de atenção e cuidado em conjunto com o andamento do processo no judiciário.²³⁴

No entanto, destaca-se que o projeto defende que a pessoa com sofrimento psíquico responda pelo delito cometido, mas de formas diferentes das práticas ainda usuais:

A nossa experiência ensina que o fato de alcançar o direito de ter acesso ao tratamento de saúde que corresponda à singularidade clínica e social do cidadão, no ambiente universal e democrático do SUS, não o dispensa do dever de responder pelo seu crime, segundo a orientação do texto normativo em vigor.

[...] Responder pelo seu crime é um modo de inclusão, pois insere o sujeito dentro do “guarda-chuva” da lei, que abriga a todos sob o seu manto. Muitas discussões devem e podem ser feitas para mudar algumas das descabidas orientações normativas, como a soberania da pena de privação da liberdade como a rainha das respostas punitivas do Estado brasileiro - uma condição totalmente desumana e ineficaz no sentido da inserção social, herdeira da lógica do direito penal.

A presunção da periculosidade é outro absurdo que deveria desaparecer dos textos normativos, assim como a indeterminação do tempo da medida de segurança e a própria lógica das medidas de segurança. Contudo, jamais as modificações da lei podem caminhar no sentido de tratar o louco como uma exceção, um caso apenas para a saúde devido à sua condição menos humana, à sua patologia.²³⁵

Segundo dados de 2010, dos pacientes judiciários que estão sendo atendidos pelo programa, 70% cumprem a medida de segurança em casa, 23% encontram-se em regime de

²³³ BARROS-BRISSET, Fernanda Otoni de. *Por uma política de atenção integral ao louco infrator*. Belo Horizonte: TJMG, 2010. p.29

²³⁴ *Ibidem*, p.30

²³⁵ *Ibidem*, p.31

internação e 7% estão internadas na Rede Pública de Saúde. Quanto à reincidência, o índice registrado é de somente 2%, sendo encontrado apenas em crimes de menor gravidade.²³⁶

Ainda, de acordo com a Resolução n° 633/2010,²³⁷ o PAI-PJ deve assessorar os juízes de primeira instância na individualização e execução das medidas de segurança, penas e medidas socioeducativas. É considerado paciente judiciário pela resolução, o indivíduo em situação de sofrimento psíquico indiciado, réu ou sentenciado em processo criminal ou o adolescente autor de ato infracional.

4.1.2 PAILI

Inspirado no PAI-PJ, foi criado, pela portaria n° 19/2006 – GAB/SES, o Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI) em Goiás. No entanto, este programa apresenta, como diferença, o fato de estar ligado à Superintendência de Políticas Públicas de Atenção Integral à Saúde, da Secretaria de Saúde de Goiás, enquanto o PAI-PJ pertence ao judiciário de Minas Gerais. Apesar disso, os dois assemelham-se nos objetivos: proporcionar escuta e acompanhamento às pessoas com sofrimento mental em conflito com a lei.²³⁸ A cartilha do PAILI ressalta que:

O modelo contemplado pelo PAILI é inovador, pioneiro e inédito na sua conformação, embora inspirado inicialmente na experiência mineira do Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário (PAI-PJ) que, diversamente do congêneres goiano, é vinculado e subordinado ao Tribunal de Justiça de Minas Gerais.²³⁹

Segundo Haroldo Caetano da Silva,²⁴⁰ o PAILI surgiu em 2003, com o intuito de realizar o censo das medidas de segurança em execução no Estado de Goiás. A partir daí, após inúmeras discussões com diferentes instituições, o programa passa a ser

²³⁶ MINAS GERAIS, Tribunal de Justiça. *PAI-PJ: programa de atenção integral ao paciente judiciário portador de sofrimento mental infrator*. Belo Horizonte: TJMG, 2010. p.02-03

²³⁷ Resolução n° 633/2010: art. 7° - O Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário, PAI-PJ, tem por objetivo assessorar a Justiça de Primeira Instância na individualização da aplicação e da execução das medidas socioeducativas, penas e medidas de segurança aos pacientes judiciários, conforme o disposto nesta Resolução. Parágrafo único - Considera-se paciente judiciário, para os fins desta Resolução, o indivíduo em situação de sofrimento psíquico que seja: I - indiciado, réu ou sentenciado em processo criminal; II - adolescente autor de ato infracional.

²³⁸ SILVA, Martinho Braga Batista. O desafio colocado pelas pessoas em medida de segurança no âmbito do Sistema Único de Saúde: a experiência do PAILI-GO. *Physis (Rio J.)*, v. 20, n. 2, p. 653-682, 2010. p.654

²³⁹ PAILI: Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator/ Haroldo Caetano da Silva (coord) 3. ed. Goiânia: MP/GO, 2013. 60p. Cartilha disponível em:

http://www.mpggo.mp.br/portal/arquivos/2013/08/19/15_33_20_501_mioloPAILI_Layout.pdf p.27

²⁴⁰ SILVA, Haroldo Caetano da. Reforma psiquiátrica nas medidas de segurança: a experiência goiana do PAILI. *Revista brasileira de crescimento e desenvolvimento humano*, v. 20, n. 1, p. 112-115, 2010. p. 114-115

redimensionado. A ideia da finalidade terapêutica da medida de segurança começa a preponderar. Decide-se, então, que o PAILI deveria atuar na vertente de que o SUS é o espaço democrático de atendimento às pessoas com transtorno mental que cometeram algum delito.

Em 2006 é oficializado o programa, com uma parceria entre Secretaria de Estado da Saúde de Goiás, Secretaria Estadual de Justiça do Estado de Goiás, Ministério Público Estadual, o Tribunal de Justiça do Estado e as secretarias municipais das cidades que já aderiram à proposta do Programa. É inovador ao colocar as pessoas submetidas à medida de segurança no SUS, sem haver distinção entre os pacientes, favorecendo a inclusão desses indivíduos.²⁴¹

O PAILI busca, então, fornecer um acompanhamento psicossocial e jurídico a esses indivíduos, promovendo uma mediação entre judiciário, saúde e sociedade, com a finalidade de possibilitar a reintegração social e um baixo índice de reincidência. Dessa forma, procura-se evitar a internação e privilegiar o tratamento ambulatorial com uma rede de cuidados fortalecida. Assim, cita-se:

Sobre o funcionamento do PAILI-GO, começa com o encaminhamento das pessoas sentenciadas a medida de segurança pelos juízes, seguido de estudo de casos e, dependendo da análise da equipe, encaminhamento para tratamento ambulatorial (Centro de Atenção Psicossocial/CAPS, Ambulatório de Psiquiatria, Hospital-Dia, Programa de Saúde da Família, entre outros) ou para internação em clínicas psiquiátricas conveniadas ao SUS. Ou seja, o PAILI-GO, a partir da sentença de medida de segurança pela instância judiciária estadual, realiza um projeto terapêutico para a pessoa e encaminha para o recurso terapêutico adequado à situação: acompanhamento em liberdade ou reclusão, tratamento ambulatorial ou hospitalar, no primeiro caso na rede pública de saúde mental e, no segundo caso, exclusivamente na rede privada conveniada ao SUS. O PAILI-GO também efetiva o requerimento de benefícios sociais (Programa de Volta para Casa e Benefício de Prestação Continuada, entre outros), acompanha todo o tratamento do usuário realizando atendimentos para orientações jurídicas/psicossociais e visitas domiciliares, até a cessação do seu vínculo com a Justiça. O programa tem como parceiros o Ministério Público, o Tribunal de Justiça, as Secretarias Municipais de Saúde, a Secretaria de Segurança Pública do Estado de Goiás e algumas clínicas psiquiátricas conveniadas com o SUS. Funciona de segunda a sexta, das 8 às 18 horas. Trata-se de um programa que medeia, supervisiona e articula, mais do que um órgão responsável pelo atendimento direto da pessoa em medida de segurança.²⁴²

Todavia, o programa também enfrenta dificuldades. Poucos contratos são fixos, sendo a maior parte deles temporários, o que afasta alguns profissionais. Ademais, quanto

²⁴¹ SILVA, Haroldo Caetano da. Reforma psiquiátrica nas medidas de segurança: a experiência goiana do PAILI. *Revista brasileira de crescimento e desenvolvimento humano*, v. 20, n. 1, p. 112-115, 2010, p. 114-115

²⁴² SILVA, Martinho Braga Batista. O desafio colocado pelas pessoas em medida de segurança no âmbito do Sistema Único de Saúde: a experiência do PAILI-GO. *Physis (Rio J.)*, v. 20, n. 2, p. 653-682, 2010. p.670

ao trabalho em si, percebe-se dificuldade nos encaminhamentos de pessoas com medida de segurança aos Centros de Atenção Psicossocial. Fora isso, as pessoas que apresentam o uso abusivo de álcool e outras substâncias são bastante resistentes a participar dos serviços de saúde mental.²⁴³

Em relação aos números, numa base de dados entre 2006 e 2009, de 113 pacientes acompanhados pelo PAILI, 67 foram para tratamento ambulatorial, 15 internados, 09 não localizados, 15 com medida extinta, 23 presos e 12 falecidos.²⁴⁴

4.1.3 Des'medida²⁴⁵

Primeiramente, registra-se que, em razão de ser um projeto recente, há pouco material publicado referente ao seu funcionamento e planejamento. O Des'medida surgiu na cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. Articulado desde 2007, foi organizado por meio de uma iniciativa interdisciplinar entre os cursos de Direito, Psicologia e Serviço Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, e parcerias institucionais com o Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul e as Secretarias Estadual e Municipal de Saúde.

Voltado para a atenção intersetorial e interinstitucional, o programa busca assessorar juízes de primeira instância na aplicação e execução da sentença dos processos judiciais- desde aqueles que tenham incidente de insanidade mental, como aqueles já sentenciados com a medida de segurança. Dessa forma, tem o intuito de proporcionar condições singulares de atendimento ao paciente judiciário, pensando na sua inserção junto ao território social. Pretende, ainda, desconstruir o olhar de preconceito, em relação a esse paciente judiciário, que existe dentro das próprias instituições e por parte dos profissionais que trabalham com saúde.

Proposto a partir da lei da Reforma Psiquiátrica e do paradigma de Direitos Humanos, o programa busca um acompanhamento em liberdade. Para isso, realiza um Plano Terapêutico Singular de acompanhamento clínico, social e jurídico ao paciente judiciário. Com esse plano, auxilia o juiz de primeira instância na aplicação e execução da

²⁴³ SILVA, Martinho Braga Batista. O desafio colocado pelas pessoas em medida de segurança no âmbito do Sistema Único de Saúde: a experiência do PAILI-GO. *Physis (Rio J.)*, v. 20, n. 2, p. 653-682, 2010, p.672-673

²⁴⁴ MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL – MPF; PROCURADORIA FEDERAL DOS DIREITOS DO CIDADÃO – PFDC. *Parecer sobre Medidas de Segurança e Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico sob a perspectiva da Lei Nº 10.216/2001*. Brasília-DF, 2011. p. 82

²⁴⁵ Material utilizado para a construção desse tópico: FREITAS, Ana Paula Chisini; PEDROSO, Emylin Karoline de Souza. *Desmedida - direitos humanos e saúde mental: por um acompanhar na rede*. Salão de Extensão (15.: 2014: Porto Alegre, RS). Caderno de resumos. Porto Alegre: UFRGS/PROEXT, 2014

sentença. Uma das bases do projeto é a singularidade que pretende dar a cada caso, ouvindo o sujeito e fazendo a ligação com as redes de saúde e assistência da forma que mais se adequar a ele.

4.1.4 Programa de Brasília

Considerado um projeto de ressocialização, esse programa começou em 2002 na Ala de Tratamento Psiquiátrico localizada no interior de uma penitenciária feminina de Brasília. Em razão de Brasília não ter HCTPs, o atendimento aos indivíduos com sofrimento mental ocorre nessa Ala.²⁴⁶

O trabalho de reinserção social seria realizado com homens diagnosticados com transtorno esquizofrênico, com grave problemática psicossocial e há mais de cinco anos reclusos. O programa iniciou por meio de uma parceria entre Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios, Vara de Execuções Criminais do Distrito Federal – VEC, Seção Psicossocial da VEC – SEVEC e trabalho voluntário de Ulysses de Castro.²⁴⁷

O programa foi criado em acordo com as diretrizes da Lei 10.216/2001 e com a posterior Portaria Interministerial nº 1.777/2003. As atividades seriam focadas na reintegração dos pacientes judiciários, possibilitando o acesso a direitos sociais, como o Benefício de Prestação Continuada e o Programa de Volta para Casa, os quais se referem a recursos financeiros assistenciais.²⁴⁸

Uma das diferenças deste projeto é que ele seria criado a partir de pacientes que já estavam com a medida de segurança em uma situação de internação, com o fim de auxiliar na reintegração social após longo período sem contato com a comunidade em geral. Ainda, teria a finalidade de facilitar o requerimento e a concessão de benefícios que contribuem com ajuda financeira para a inserção social dessas pessoas na sociedade. Entretanto, a ressalva é que o programa ainda não se encontra regulamentado, sem ter atingido grande visibilidade.

²⁴⁶ MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL – MPF; PROCURADORIA FEDERAL DOS DIREITOS DO CIDADÃO – PFDC. *Parecer sobre Medidas de Segurança e Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico sob a perspectiva da Lei Nº 10.216/2001*. Brasília-DF, 2011. p.83

²⁴⁷ CASTRO, Ulysses Rodrigues de. *Reforma Psiquiátrica e o louco infrator: novas idéias e velhas práticas*. 2009. 127 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Pontifícia Universidade Católica de Goiás, GOIÂNIA, 2009. p.67

²⁴⁸ *Ibidem*, p.68

4.1.5 Alta Progressiva

A Alta Progressiva (AP) é considerada um benefício concedido pela justiça a pacientes que já estão internados nos HCTPs e apresentam laudo favorável, a ponto de terem permissão de saídas terapêuticas e outras concessões, com finalidade de atingir uma gradual desinternação. Segundo Debora Diniz, “a alta progressiva ou desinternação progressiva tem o objetivo de permitir a reinserção social das pessoas internadas em medida de segurança na comunidade, na família e no convívio social em geral”.²⁴⁹

Embora esse benefício seja para pessoas que já estão em situação de institucionalização, faz-se bastante importante mencioná-lo em razão de dois principais motivos: (i) há muitos indivíduos internados em Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico; assim, ainda é necessário falar sobre a “porta de saída”, da reintegração social de pessoas internadas por longos anos, como é o plano de atuação do programa de Brasília; (ii) a despeito de se buscar priorizar o tratamento ambulatorial com outros projetos, a internação nesses manicômios judiciários continua frequente, sendo necessário trabalhar com uma forma mais autônoma, intersetorial e terapêutica dentro desses ambientes.

Em 1966, a alta progressiva foi pela primeira vez implantada, tendo, como pioneiro, o Instituto Psiquiátrico Forense Maurício Cardoso (IPF) em Porto Alegre. Esse regime concede saídas da instituição aos pacientes, as quais ocorrerão de forma controlada e progressiva.²⁵⁰ Inicialmente criado em Porto Alegre, o benefício de AP passou a ser introduzido em outras cidades do Brasil, como em São Paulo e Amazonas, denominando-se diretamente de desinternação progressiva nesta última.²⁵¹

Dentre o leque de alternativas sugeridas pela alta progressiva, varia-se de saídas esporádicas a possibilidades de períodos mais longos, como visitar familiares por tempo pré-determinado. Durante essas saídas, equipes terapêuticas devem acompanhar as pessoas em processo de alta progressiva.²⁵²

Como bem referido por Mariana Weigert, a criação dessa saída gradual do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico é uma forma de trazer o benefício de progressão de regime da execução das penas para a medida de segurança, buscando-se uma

²⁴⁹ DINIZ, Debora. *A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil: censo 2011*. Brasília: Editora UnB, 2013. p. 32

²⁵⁰ WEIGERT, Mariana de Assis Brasil. *Entre silêncios e invisibilidades: os sujeitos em cumprimento de medidas de segurança nos manicômios judiciários brasileiros*. 2015. 211 f. Tese (Doutorado em Psicologia Social e Institucional)- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015. p. 101

²⁵¹ DINIZ, *op.cit.*, p. 32-33

²⁵² *Ibidem*, p. 33

equiparação. Importante salientar a ausência de previsão legal para a alta progressiva, fazendo-se necessária sua criação e implementação na prática.²⁵³

Assim como a alta progressiva, práticas que facilitem a reintegração social, após anos de institucionalização, são fundamentais. Há, ainda, um considerável número de pessoas internadas, o que ressalta a necessidade de práticas de auxílio a esse grupo em questão. Diante disso, expõe-se uma alternativa que, apesar de sua ideia inicial não envolver indivíduos em conflito com a lei, é bastante interessante de ser comentada.

Nise da Silveira destacou-se pelos métodos de Terapêutica Ocupacional, que serão, inclusive, abordados no próximo tópico, mas, além disso, essa psiquiatra também se diferenciou ao comentar da necessidade de ambientes que servissem como transição da internação para a convivência em sociedade. Estes locais seriam as instituições em regime de externato. O diferencial dessas instalações é a possibilidade de serem frequentadas durante o dia, com o objetivo de os indivíduos reintegrarem-se paulatinamente à comunidade, exercendo atividades terapêuticas nesses ambientes.

De acordo com Nise: “poderiam ser criados nos ambulatórios dos hospitais psiquiátricos federais e estaduais, em hospitais-dia, adaptando-os com decidido esforço às condições da nossa realidade”. Essa afirmação advém da experiência da Casa de Palmeiras, iniciada em 1956, sendo criada com a finalidade de propiciar tratamento e reabilitação aos egressos de estabelecimentos psiquiátricos. As atividades realizadas seriam, em geral, baseadas na terapêutica ocupacional. A proposta do lugar é de ser um ambiente aberto, em que a liberdade é prioridade; portas e janelas estão sempre abertas.²⁵⁴

Desse modo, ideias como essas sugerem possibilidades que auxiliem pessoas a reencontrar elos com a sociedade após anos internadas em instituições fechadas. Nota-se que seriam diferentes propostas para fins semelhantes. O Programa de Brasília pensa diretamente em fazer requisições de benefícios sociais e entrelaçamentos com a rede de saúde; a Alta Progressiva sugere, como principal propósito, saídas terapêuticas para que o indivíduo se acostume com o ambiente externo; enquanto isso, o regime de externato de Nise da Silveira estaria mais conectado ao estado psicológico da pessoa, auxiliando-a na busca pelo seu eu após anos de internação.

²⁵³ WEIGERT, Mariana de Assis Brasil. *Entre silêncios e invisibilidades: os sujeitos em cumprimento de medidas de segurança nos manicômios judiciais brasileiros*. 2015. 211 f. Tese (Doutorado em Psicologia Social e Institucional)- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015. p.102

²⁵⁴ DA SILVEIRA, Nise. *O mundo das imagens*. São Paulo: Editora Ática, 1992 p. 19-22

4.1.6 Arteterapia e Terapêutica Ocupacional

Embora não estejam diretamente relacionadas a pessoas em conflito com a lei, a arteterapia e a terapêutica ocupacional apresentam-se como significativos métodos de assistência na reabilitação do indivíduo com transtorno psíquico.

Nise da Silveira, psiquiatra que colaborou com o desenvolvimento dessas atividades, mostrou-se, desde cedo, contrária a técnicas da psiquiatria clássica. Diante do desalinhamento com o pensamento da sua época, foi designada para uma área que era bastante desprestigiada, considerada mera atividade recreacional. No entanto, com a ajuda de seus auxiliares, demonstrou como a terapêutica ocupacional pode adquirir grandes contornos e resultados positivos no tratamento de seus denominados clientes- como preferia chamar seus pacientes.

Por meio do grandioso trabalho realizado na Seção Terapêutica Ocupacional em Engenho de Dentro, surgiu o Museu de Imagens do Inconsciente. Conforme Nise da Silveira:

Foi por esses dois motivos- *compreensão do processo psicótico e valor terapêutico* – que da Seção de Terapêutica Ocupacional nasceu o Museu de Imagens do Inconsciente, inaugurando em 20 de maio de 1952, numa pequena sala. Vinculado aos ateliers de pintura e modelagem, o museu não cessou de crescer.²⁵⁵

Assim, apesar da ideologia clássica da época, a Seção Terapêutica Ocupacional começou a crescer e ter um número cada vez maior de frequentadores. Para Nise da Silveira, o trabalho da terapêutica ocupacional tem por objetivo levar à reabilitação, possibilitando o retorno à convivência na comunidade.²⁵⁶

Com relação à arteterapia, destacam-se diferenciações que Nise da Silveira faz em relação à terapêutica ocupacional. Primeiramente, a médica psiquiatra faz ressalvas quanto à palavra arte. É necessário enfatizar que, no trabalho terapêutico, a arte não deve ser vista com o teor estético da palavra. Pelo contrário, o que se busca por meio dessa forma de terapia é outro modo de linguagem e compreensão.²⁵⁷

²⁵⁵ DA SILVEIRA, Nise. *O mundo das imagens*. São Paulo: Editora Ática, 1992. p. 17

²⁵⁶ *Ibidem*, p.18-19

²⁵⁷ *Ibidem*, p.92

Nise da Silveira, baseando-se principalmente na arteterapia desenvolvida por Margaret Naumburg, explica haver diferenças entre este trabalho e o da terapêutica ocupacional. De acordo com a médica psiquiatra,

o que distingue a arteterapia das práticas adotadas no Museu de Imagens do Inconsciente é que as atividades aí realizadas são absolutamente livres, espontâneas. O atelier oferece um ambiente acolhedor, e a monitora (que não é uma arte-terapeuta) nunca intervém.²⁵⁸

Inspirados nesses ideais, foram criados projetos ao redor do Brasil, mencionando-se, como exemplo, a Oficina da Criatividade no Hospital Psiquiátrico São Pedro em Porto Alegre, criada em 1990 e em funcionamento até hoje, a qual trouxe significativo auxílio às pessoas que residem no Hospital.²⁵⁹

Dessa forma, esses métodos servem para exemplificar a necessidade de se pensar além de serviços convencionais, buscando-se outras atividades capazes de auxiliar na reabilitação de pessoas com sofrimento psíquico que cometeram algum delito.

4.2 SERVIÇOS SUBSTITUTIVOS NO EXTERIOR

Diante do viés comparativo do presente trabalho, apresentam-se, nesta parte final, serviços substitutivos e trabalhos de reintegração social utilizados em outros países que poderiam, de forma adaptada, ser empregados no Brasil. A análise dessas alternativas resume-se aos cinco países já estudados anteriormente - Alemanha, Espanha, Inglaterra e País de Gales, Itália e Portugal. Após a exposição do tratamento legal referente à inimputabilidade penal e medida de segurança de cada local, é possível ter um maior conhecimento do contexto desses países para a compreensão das alternativas que adotam.

Busca-se, principalmente, com esse ponto, verificar métodos que poderiam ser aplicados no Brasil em benefício das pessoas com sofrimento mental em conflito com a lei. Entretanto, importante salientar que as diferenças culturais e legais de cada país impossibilitam uma implementação de modo equivalente.

Afinal, inclusive dentro do Brasil não seria possível efetuar o PAI-PJ, por exemplo, da mesma forma em todas as regiões. Quando se fala em saúde mental,

²⁵⁸ DA SILVEIRA, Nise. *O mundo das imagens*. São Paulo: Editora Ática, 1992, p.96

²⁵⁹ NEUBARTH, Barbara Elisabeth. *No fim da linha do bonde, um tapete voa-dor : a Oficina de Criatividade do Hospital Psiquiátrico São Pedro (1990-2008): inventário de uma práxis*. Doutorado (Tese em Educação). UFRGS, 2010.

indivíduos com transtorno mental, serviços e diferentes políticas públicas, faz-se indispensável uma adequação das propostas a cada realidade.

Assim, conforme Fernanda Otoni,

A repercussão do programa PAI-PJ parece ser tributária das novas referências levadas ao espaço coletivo das discussões sobre o tema do louco infrator. Contudo, estamos cientes de que não existe uma receita de bolo. Cada cidade deverá tomar para si o dever de se apropriar dessas referências para integrá-las e ajustá-las ao contexto e aos recursos locais dispostos naquele território. A reforma necessária e desejável deve acontecer no município do portador de sofrimento mental, pois lá estão os elementos que dão suporte à sua rede de sociabilidade.²⁶⁰

4.2.1 Alemanha

Sobressai-se, na Alemanha, o *Diversion Program*, em que se buscam meios alternativos à justiça criminal em qualquer etapa procedimental.²⁶¹ Assim, em casos de pessoas consideradas incapazes de serem julgadas ou criminalmente irresponsáveis por razão de transtorno mental, poderá ocorrer somente uma espécie de hospitalização voluntária em casos de baixa periculosidade. Por sua vez, os indivíduos tidos por perigosos que cometeram crimes graves serão involuntariamente hospitalizados em hospitais psiquiátricos forenses.²⁶²

Desse modo, a opção por serviços de saúde ao sistema penal pode ocorrer, como já observado no capítulo anterior, em muitas fases. Primeiramente, o próprio policial pode preferir levar o indivíduo a um ambiente médico. Alternativamente, o promotor pode desistir de uma acusação caso o acusado não pareça perigoso e seja possível de integrá-lo a práticas terapêuticas de cuidado. Ainda, após a condenação, um tribunal pode fazer uma *Therapy Order*²⁶³ para qualquer paciente internado ou em tratamento ambulatorial.²⁶⁴

²⁶⁰ BARROS-BRISSET, Fernanda Otoni de. *Por uma política de atenção integral ao louco infrator*. Belo Horizonte: TJMG, 2010. p.39-40

²⁶¹ Expressão já comentada anteriormente no texto, motivo pelo qual se repete nota de rodapé anterior: explicação formulada por meio de tradução livre da autora. Original: “*Diversion refers to the removal of offenders from the criminal justice system at any stage of the procedure and court proceedings.*” KONRAD, Norbert; LAU, Steffen. Dealing with the mentally ill in the criminal justice system in Germany. *International Journal of Law and Psychiatry* 33, p. 236-240, Elsevier, 2010. p. 237

²⁶² SCHNEIDER, Richard D. Mental health courts and diversion programs: A global survey. *International journal of law and psychiatry*, v. 33, n. 4, p. 201-206, 2010. p.204

²⁶³ Ordem de Terapia, tradução livre da autora.

²⁶⁴ SCHNEIDER, *op. cit.*, p.205

Por meio dessa forma, a Alemanha busca, informalmente, com a ajuda de policias, promotores e membros do judiciário, evitar o sistema penal quanto este se mostra desnecessário. Em casos que a questão da saúde mental impera, não havendo graves delitos cometidos, busca-se uma hospitalização voluntária do indivíduo na psiquiatria geral da comunidade.

4.2.2 Espanha

Com relação aos serviços substitutivos e opções de reintegração social na Espanha, foram encontradas práticas efetivas de saídas terapêuticas e hospital noite. Essas alternativas continuam a prever o tempo de internação em hospitais psiquiátricos penitenciários; no entanto, são relevantes por trazer propostas de reinserção social.

Assim, destaca-se o *Programa de Salidas Terapéuticas*²⁶⁵, que, em Alicante, alcançou, em janeiro de 2015, o número de 63,06% pacientes autorizados a sair em alguma de suas modalidades. Com base nisso e no que já foi visto no capítulo anterior quanto a este ponto, citam-se algumas das possibilidades oferecidas: saídas com o pessoal do hospital, saídas com a família, saídas com pessoal externo ao ambiente penitenciário, saídas sem acompanhamento, saídas em fim de semana e permissões de saídas com tempo variável (de um a trinta dias).²⁶⁶

Ainda, desde 1998 há o *Programa de Hospital de Noche*²⁶⁷, o qual permite que as pessoas internadas passem o dia fora, voltando somente para dormir. É um modo de possibilitar formação laboral no meio externo, por meio de estudo de idiomas e cursos técnico e universitário.²⁶⁸

A respeito dessas saídas, é possível fazer um comparativo com a analisada Alta Progressiva brasileira, a qual também busca proporcionar uma desinstitucionalização do indivíduo, possibilitando a reintegração social após o período de internação. Desse modo, há um campo semelhante de observação que deve ser aproveitado para futuras análises, com a finalidade de se aprimorar o que já é implantado em cada país.

²⁶⁵ Programa de Saídas Terapéuticas, tradução livre da autora.

²⁶⁶ FLORES, Luis Fernando Barrios. La internación psiquiátrica por razón penal en España: ejecución de la medida en el ámbito penitenciario. *Criminalidad*, v. 57, n. 1, p. 45-60, 2015. p. 51

²⁶⁷ Programa de Hospital Noite, tradução livre da autora.

²⁶⁸ FLORES, *op.cit.* ,p. 51

4.2.3 Inglaterra e País de Gales

Na Inglaterra e no País de Gales é interessante observar-se a existência dos *Liaison and Diversion Services*, que se constituem em serviços destinados a pessoas com transtorno mental envolvidas com a justiça criminal. Um dos principais objetivos deste programa é colaborar com um melhor acompanhamento na saúde. O plano de atuação começa a partir do momento em que esses indivíduos cometeram algum delito e são postos em contato com a polícia ou outra autoridade do gênero.²⁶⁹

Assim, o serviço precisa auxiliar desde o momento inicial até todas as outras etapas do sistema judicial. Disponível vinte e quatro horas por dia e sete dias na semana, deve oferecer acompanhamento, conselhos, apoio, suporte e conexões com outros serviços existentes.²⁷⁰

O presente programa baseia-se, portanto, na percepção de que pessoas portadoras de sofrimento psíquico que entram em conflito com a lei têm muitas carências com relação à saúde e suprimentos de ordem social. Propõe-se, então, a fornecer auxílio e acompanhamento, assegurando o acesso a serviços adequados e diminuindo questões de desigualdade. Objetiva, ainda, reduzir a criminalidade e a reincidência, aumentando a eficiência da justiça criminal.²⁷¹

Dentre algumas das funções de referência e colaboração, pode-se citar: identificar vias e facilitar encaminhamentos e acompanhamento, facilitar o suporte e tratamento em outros serviços, fornecer informações e orientação, estabelecer contato com a família e curadores.²⁷²

Dessa forma, por meio desse programa, Inglaterra e País de Gales pretendem atuar atentamente ao lado dos indivíduos com transtorno mental que cometem algum delito. Apesar das diferenças, estes serviços lembram, em parte, o PAI-PJ, o PAILI e o Des'medida estudados anteriormente, em razão de buscarem um acompanhamento de atenção integral, intersetorial, fazendo conexões com a rede de saúde mental e procurando, por fim, reduzir a reincidência.

Esse projeto também é respaldado pela ideia da vulnerabilidade e carência de assistência que esses indivíduos se encontram na hora em acabam por se envolver com a

²⁶⁹ ENGLAND, N. H. S. *Liaison and Diversion Operating Model 2013/14*. England, 2014. p.5-6

²⁷⁰ *Ibidem*, p. 5-6

²⁷¹ *Ibidem*, p. 10

²⁷² *Ibidem*, p. 23

justiça criminal. Assim, havendo suporte ao longo dessa etapa já ocorrida, de delito cometido, acredita-se que será mais difícil um novo caso de conflito com a lei.

4.2.4 Itália

Como visto anteriormente, a Itália destaca-se, principalmente, por dois motivos: (i) por meio do decreto de 2008, ter transferido responsabilidades e recursos para o Sistema Nacional de Saúde e (ii) já ter determinado o fechamento dos hospitais psiquiátricos forenses. Assim, o país sugere, legalmente, alternativas a essas instituições. Uma das opções oferecidas é a construção das *Residences for the Execution of Security Measures* (REMSs)²⁷³, as quais seriam locais pequenos, com vinte camas ao todo, destinadas ao tratamento de pessoas consideradas com alto risco de periculosidade à sociedade.

A proposta desses ambientes assemelha-se a pequenos hospitais de segurança, que proporcionam tratamento a esses indivíduos. Os Departamentos de Saúde de cada região são responsáveis por determinar seu próprio programa de organização das REMSs.²⁷⁴ Uma das principais características das REMSs é a descentralização, o que possibilita uma relação mais próxima da família e de amigos, por meio de visitas, e uma maior reintegração à comunidade do indivíduo.²⁷⁵

As pessoas consideradas com baixo risco de reincidência poderiam retornar a suas casas ou ser colocadas em atendimento psiquiátrico da comunidade ou em programa público de assistência psiquiátrica ambulatorial. Essa seria uma espécie de caminho para a reintegração social, em que os indivíduos são transferidos das REMSs para lugares com menor controle de segurança; posteriormente, para uma instituição psiquiátrica civil; depois, para a família em liberdade condicionada; e, por fim, concedida extinção da medida de segurança ou a liberdade incondicional.²⁷⁶

Ademais, com as mudanças, também foi sugerida a criação de centros clínicos, em cada uma das vinte regiões italianas, para o tratamento dos encarcerados que adquiririam

²⁷³ Residências para a Execução das Medidas de Segurança, conforme tradução livre da autora.

²⁷⁴ CARABELLESE, Felice; FELTHOUS, Alan R. Closing Italian Forensic Psychiatry Hospitals in Favor of Treating Insanity Acquittes in the Community. *Behavioral sciences & the law*, v. 34, n. 2-3, p. 444-459, 2016.p.450

²⁷⁵ *Ibidem*,p.456-457

²⁷⁶ *Ibidem*,p.450-451

doença mental superveniente durante a sua prisão, mas que não necessitem de hospitalização.²⁷⁷

Com a Lei 81/2014, foi determinado o fechamento dos hospitais forenses psiquiátricos em abril de 2015. Tal fato impede que outras pessoas sejam internadas nessas instituições. No entanto, quanto às que ainda restam internadas, espera-se a construção de um número suficiente de REMSs que possibilite uma transferência.²⁷⁸

Corrado e Benedetto apontam uma possível transinstitucionalização- de grandes hospitais psiquiátricos forenses para pequenos hospitais psiquiátricos. Segundo os autores, é necessário cuidar para que isso não signifique um retrocesso, resultando na reabertura de instituições psiquiátricas, as quais já haviam sido fechadas há mais de 35 anos pela Lei 180 (também conhecida por Lei Basaglia, conforme citada no capítulo anterior).²⁷⁹

No que refere ao estado atual das REMSs, observa-se que continuam a existir muitos problemas na concretização desses locais, não sendo ainda completadas todas as fases organizacionais em algumas regiões da Itália. Uma das principais dificuldades está relacionada com o estabelecimento da segurança, o que faz que muitos busquem contratos com agências de segurança privada. Ainda, todas as regiões planejam fornecer treinamento adequado para os funcionários das REMSs.²⁸⁰

Outra questão que se busca trabalhar é o conceito de periculosidade, tendo em vista que, com a Lei 81/2014, os indivíduos portadores de transtorno mental em conflito com a lei serão tratados, após o tempo de internação nas REMSs, por psiquiatras de serviço público e de outros serviços ambulatoriais, como hospitais dia na comunidade.²⁸¹

Quanto ao nível de responsabilidade profissional do psiquiatra em ser capaz de prevenir comportamento violento de pacientes, é de se ressaltar, segundo Carabellese e Felthous, que deve ser realizado com base em evidências científicas, sem a atribuição de poderes curativos e preditivos que, na verdade, não lhes pertencem.²⁸²

²⁷⁷ CARABELLESE, Felice; FELTHOUS, Alan R. *Closing Italian Forensic Psychiatry Hospitals in Favor of Treating Insanity Acquittes in the Community*. Behavioral sciences & the law, v. 34, n. 2-3, p. 444-459, 2016.p.451

²⁷⁸ *Ibidem*,p.451

²⁷⁹ BARBUI, Corrado; SARACENO, Benedetto. Closing forensic psychiatric hospitals in Italy: a new revolution begins? *The British Journal of Psychiatry*, v. 206, n. 6, p. 445-446, 2015. p.446

²⁸⁰ CARABELLESE; FELTHOUS, *op.cit.* , p.451

²⁸¹ *Ibidem*,p.455

²⁸² *Ibidem*,p.455

Também se salienta, pelas mudanças italianas estabelecidas, a necessidade de um sistema de saúde fortalecido, o que impedirá que muitas pessoas com sofrimento psíquico venham a parar no sistema penal.²⁸³

4.2.5 Portugal

Em Portugal, muitas das pessoas em situação de inimputabilidade cumprem a medida de segurança em anexos psiquiátricos de prisões. Diante disso, Portugal tem uma situação um pouco diversa no que diz respeito à procura por serviços substitutivos.

Na questão da inimputabilidade, uma das maiores preocupações do país parece ser referente à tentativa de uma atenção mais direcionada a essas pessoas. João Marques Teixeira menciona a necessidade de um sistema que articule os estabelecimentos prisionais a unidades de psiquiatria forense em hospitais psiquiátricos.²⁸⁴ Segundo o psiquiatra: “[...] os estabelecimentos prisionais são, actualmente, de facto, grandes depositários de indivíduos que necessitam de uma abordagem específica no âmbito da psiquiatria”.²⁸⁵

São sugeridos locais que, ao mesmo tempo, atendam ao tratamento, forneçam assistência e realizem investigação científica e coleta de dados, buscando avaliações que permitam melhoras.

De acordo com o Plano Nacional de Saúde Mental 2007—2016, as mudanças previstas para inimputáveis com sofrimento psíquico são a criação de serviços regionais de internação nas instituições: Hospital Júlio de Matos, Hospital Sobral Cid e Hospital Magalhães Lemos. O planejamento consiste em serviços de saúde mental em âmbito regional quando não for possível, por razão da alta especialidade e distribuição de recursos, em nível local.²⁸⁶

No entanto, o presente plano ressalta que há fundamento científico no sentido de comprovar que “[...] a transição de hospitais psiquiátricos para uma rede de serviços com base na comunidade é a estratégia de desenvolvimento de serviços que melhor garante a

²⁸³ CARABELLESE, Felice; FELTHOUS, Alan R. Closing Italian Forensic Psychiatry Hospitals in Favor of Treating Insanity Acquittees in the Community. *Behavioral sciences & the law*, v. 34, n. 2-3, p. 444-459, 2016.p.456

²⁸⁴ TEIXEIRA, João Marques. Saúde mental nas prisões. *Editorial*, Volume VI nº2 março/abril, p.07-10, 2004 p.07

²⁸⁵ *Ibidem*, p.08

²⁸⁶ COORDENAÇÃO NACIONAL PARA A REESTRUTURAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL (2007) Relatório. *Proposta de Plano de Acção para a Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal 2007–2016*. Lisboa: Ministério da Saúde, 2007 p.22

melhoria da qualidade de cuidados de saúde mental”.²⁸⁷ Para que ocorra a transição, há determinados princípios que devem ser seguidos:

- Os principais critérios a considerar nas estratégias de reestruturação dos hospitais psiquiátricos são:
 1. as necessidades prioritárias de cuidados das populações,
 2. a evidência científica disponível quanto à efectividade dos diferentes modelos de intervenção, e
 3. a defesa dos direitos das pessoas com problemas de saúde mental;
- As mudanças a efectuar devem facilitar a criação de serviços locais de saúde mental com base na comunidade e internamento em hospitais gerais, bem como a integração psicossocial das pessoas com problemas de saúde mental;
 - Nenhum serviço poderá ser desactivado até ao momento em que esteja criado o serviço que o substitui;
 - Os doentes e familiares devem ser envolvidos nas mudanças a efectuar desde o início.²⁸⁸

Ainda conforme o plano, aborda-se a importância de uma articulação intersectorial, buscando, para a solução de problemas de indivíduos inimputáveis que se encontram em estabelecimentos prisionais, a criação de um grupo de trabalho entre os Ministérios da Justiça e da Saúde para que se empenhem na:

- (1) prestação de cuidados de psiquiatria e saúde mental a doentes inimputáveis e a pessoas com doenças mentais que se encontram em estabelecimentos prisionais,
- (2) elaboração de perícias médico-legais psiquiátricas,
- (3) prestação de cuidados por determinação judicial a pessoas com problemas de saúde mental, nomeadamente crianças e jovens.²⁸⁹

Maria João Antunes, magistrada portuguesa, em entrevista concedida ao IBCCRIM em 2011,²⁹⁰ afirmou que têm ocorrido muitas mudanças em Portugal no que se refere ao fechamento de hospitais psiquiátricos e novas formas de tratamento. Como informa:

7. No Brasil, o tratamento dado aos enfermos mentais deixa muito a desejar: o número de leitos é insuficiente e as instituições se tornaram verdadeiros “depósitos de enfermos”, pois (na maioria dos casos) não há tratamentos adequados. O que se pode dizer a respeito do sistema português nesta esfera – quais os pontos positivos e quais os negativos?
 MJA: Em Portugal tem havido muita mudança, ainda recentemente, foi encerrado o primeiro hospital psiquiátrico português, o Hospital Miguel Bombarda, antigo Hospital de Rilhafoles. O movimento tem se dado no sentido de encerrar os

²⁸⁷ COORDENAÇÃO NACIONAL PARA A REESTRUTURAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL (2007) Relatório. *Proposta de Plano de Acção para a Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal 2007–2016*. Lisboa: Ministério da Saúde, 2007 p.22

²⁸⁸ *Ibidem*, p.23

²⁸⁹ *Ibidem*, p.31

²⁹⁰ ANTUNES, Maria João da Silva Baila Madeira. Entrevista concedida a Érica Akie Hashimoto. São Paulo: 17ª edição do Seminário Internacional do IBCCRIM, dezembro de 2011. Disponível em: http://www.ibccrim.org.br/revista_liberdades_artigo/101-ENTREVISTA

hospitais psiquiátricos, até porque, os hospitais psiquiátricos justificavam-se porque supunham internamentos muito longos. O que se percebeu em Portugal nas últimas décadas é que a maioria das pessoas que continuavam no hospital psiquiátrico não permanecia lá por questões necessariamente psiquiátricas, mas por razões sociais. É fato que a doença mental separa as pessoas da família. Assim tínhamos muitas pessoas que continuavam institucionalizadas, não propriamente porque precisavam (do ponto de vista médico), mas porque não tinham apoio familiar e social. Assim, surgiu o movimento de distinguir quem necessitava de cuidados psiquiátricos e de encaminhar aqueles os que dependiam dos hospitais por não ter suporte familiar para instituições sociais, culminando no fechamento gradativo dos hospitais psiquiátricos.

Também há a ideia de que, na realidade, eles (os hospitais psiquiátricos) não são mais tão necessários porque hoje os internamentos não são muitos nem tão longos como anos atrás; e, por outro lado, existe também a defesa de que o tratamento psiquiátrico deve ser feito nos Hospitais Gerais, para evitar a criação de um gueto de pessoas com problemas mentais, para não estigmatizar alguém que já carrega a carga de sua anomalia psíquica.

[...]

Por outro lado, há ainda a tendência da chamada psiquiatria comunitária, que atua em meios psicossociais específicos detectando, prevenindo e tratando perturbações mentais. Em Portugal temos unidades criadas, ainda não temos a situação ideal, mas queremos caminhar no sentido de unidades residenciais: em vez de ter pessoas internadas em hospitais, estariam em residências. Os pacientes se beneficiam e seu tratamento rende melhor porque tem um dia-a-dia mais parecido com o das pessoas ditas normais. Acho que evoluímos bastante, mas ainda não está tudo bem.²⁹¹

Ainda, quando questionada quanto à eficácia do tratamento ambulatorial, mencionou que este somente surtirá efeitos positivos quando o sistema de saúde estiver organizado para garantir a tomada de medicamentos. Faz-se necessário um constante acompanhamento por parte dos serviços médicos do ambulatório. Assim, a magistrada obversa muitas vantagens no tratamento ambulatorial, mas ressalta a importância de se garantir o tratamento nesse sistema de cuidado.

A respeito do conceito de periculosidade, Maria João Antunes disse que os psiquiatras evitam fazer, em Portugal, um juízo de periculosidade, pois já está comprovado atualmente que uma anomalia psíquica não tem ligação direta com o crime, havendo inúmeros outros fatores que influenciam. Com base nisso, finaliza:

Eu digo que, em relação aos problemas psiquiátricos, as medidas de segurança têm os dias contados porque seu pressuposto, ou seja, a periculosidade, torna-se cada vez mais difícil de aferir. Agora, em termos futuros, o que eu imagino que as medidas de segurança podem deixar de ter as características com que nasceram; aplicaríamos essas medidas não em função da periculosidade, mas da necessidade de tratamento. Esta é a ideia que me agrada mais, a que acredito ser a mais adequada aos dias de hoje.²⁹²

²⁹¹ ANTUNES, Maria João da Silva Baila Madeira. Entrevista concedida a Érica Akie Hashimoto. São Paulo: 17ª edição do Seminário Internacional do IBCCRIM, dezembro de 2011. Disponível em: http://www.ibccrim.org.br/revista_liberdades_artigo/101-ENTREVISTA

²⁹² *Ibidem*

Dessa forma, parece se apresentar em Portugal uma situação diferente da brasileira. Já há um maior avanço na relação com a periculosidade, havendo um maior repúdio quanto a sua utilização. Ademais, difícil comparar diretamente estabelecimentos de internação, pois Portugal não tem o mesmo sistema de Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico que é aplicado no Brasil. Entretanto, a forma como são trabalhadas a inimputabilidade, a periculosidade e as questões abordadas na entrevista acima conferem importantes contribuições quanto à percepção da periculosidade e do tratamento ambulatorial acompanhado.

5 CONCLUSÃO

O sistema penal referente à inimputabilidade dos portadores de sofrimento psíquico não é compatível com as mudanças da Reforma Psiquiátrica na saúde mental. Embora existam diretrizes que determinem o respeito aos direitos e garantias desses indivíduos, o que se denota é a perpetuação da estigmatização e do enclausuramento.

Nos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, pessoas são colocadas frente a instituições totais, onde, aos poucos, perdem o seu eu. Precisam adaptar-se a viver em uma coletividade imposta pela disciplina e coisificação. Dentro desses ambientes, não há espaço para autonomia nem individualidade.

Ao sair deles, isso quando a controversa cessação de periculosidade permite, são postos a um mundo já desconhecido, onde a cultura difere daquela vivenciada nos estabelecimentos fechados. Laços familiares apresentam-se, muitas vezes, já fragilizados. Falta, ainda, um auxílio intersetorial que conecte essas pessoas a uma rede de saúde.

Sem atenção e cuidado, criam-se indivíduos vulneráveis, de caminhos inconstantes, presos a instituições e capazes de reincidir no sistema penal por ausência de cuidado e acompanhamento.

Diante dessa conjuntura, questionou-se neste trabalho a forma como o direito penal brasileiro e o de outros cinco países europeus trata essa temática. Há grandes diferenças entre os sistemas? Algum desses países consegue lidar com essa questão de forma exemplar? Existem serviços substitutivos a serem ofertados?

Ao longo da pesquisa, essas respostas foram aos poucos sendo esclarecidas. O sistema penal brasileiro mostrou-se fortemente atrasado em relação à Lei n. 10.216/2001. Previsões referentes ao fato de a internação ser exceção ainda não são respeitadas quando se fala em medidas de segurança. O conceito de periculosidade foi fortemente contestado por autores estudados. O tratamento de saúde oferecido pelos HCTPs confirmou-se infrutífero.

Quanto aos serviços substitutivos brasileiros pesquisados, nota-se que o PAI-PJ, o PAILI e o Des'medida apresentam programas intersetoriais de atenção integral que permitem pensar no indivíduo como um todo, possibilitando interessante relação com o judiciário. Por meio desses projetos, proporciona-se, com frequência, atendimento junto a serviços ambulatoriais.

O Programa de Brasília e a Alta Progressiva apresentam-se como programas destinados a reintegração social, atuando na “porta de saída”. Estes trabalhos mostram-se fundamentais, pois muitas pessoas continuam a ser internadas. Ainda foram observadas formas da Arteterapia e Terapêutica Ocupacional, as quais representam importantes trabalhos no espaço de criação do indivíduo, podendo ser utilizadas na reinserção social da pessoa com sofrimento psíquico em conflito com a lei.

Em relação aos demais países estudados- Alemanha, Espanha, Inglaterra (e País de Gales), Itália e Portugal-, observaram-se diferentes avanços. No entanto, todos demonstraram preocupações quanto à necessidade de se investir em melhores alternativas no tratamento jurídico, médico e assistencial dado a essas pessoas.

Itália, precursora de significativas mudanças na relação com saúde mental, apresenta-se, mais uma vez, em progresso, tendo determinado o fechamento de todos os hospitais psiquiátricos forenses. Como forma substitutiva, oferece serviços na comunidade e pequenos residenciais de execução da medida de segurança. A Alemanha diferencia-se na forma de olhar para a pessoa que cometeu o delito, apresentando, em situações sem periculosidade, oportunidades ligadas diretamente ao tratamento de saúde, sem passagem pelo sistema penal.

A Espanha, por outro lado, mantém essas pessoas em instituições que se distribuem de modo bastante limitado pelo território, gerando um maior distanciamento dos laços familiares e sociais. No entanto, como aspectos positivos, proporciona saídas terapêuticas e hospital noite, sendo opções bastante importantes na reintegração social.

Portugal parece, no âmbito da psiquiatria, evitar conceitos como o de periculosidade, considerando ser possível um atendimento ambulatorial com acompanhamento integral. Entretanto, há carência em serviços comunitários de reabilitação psicossocial. Inglaterra e País de Gales, por último, apresentam alternativas ligadas a uma significativa assistência de saúde, tendo um interessante programa de acompanhamento do paciente judiciário.

Assim, sistemas heterogêneos foram pesquisados, sendo constatadas diferenças importantes entre os países abordados. Cria-se a necessidade de novos estudos futuros que façam um maior aprofundamento quanto a cada uma dessas legislações e em relação aos métodos adotados na prática. Nesse campo de intersecção da saúde mental e do direito penal, é fundamental estudar por meio de exemplos já aplicados em outras realidades. Salienta-se, ainda, a importância de estudos futuros com um olhar cultural, tendo em vista

como a distinção entre a valorização e estigmatização da loucura pode representar significativos reflexos no cuidado das pessoas com sofrimento psíquico.

Por fim, constata-se que, diante do que foi estudado, parece ser unânime em todos os países a ciência da primordialidade de se investir em serviços adequados de saúde mental na comunidade. Com redes fortalecidas, articulações intersetoriais e atenção integral, haverá, conseqüentemente, uma substancial redução no número de indivíduos com transtorno mental envolvidos com a justiça criminal.

REFERÊNCIAS

BIBLIOGRÁFICAS:

ABDALLA-FILHO, Elias; BERTOLOTE, José Manoel. Sistemas de psiquiatria forense no mundo Forensic psychiatric systems in the world. *Rev Bras Psiquiatr*, v. 28, n. Supl II, p. S56-S61, 2006.

_____; ENGELHARDT, Wolfram. A prática da psiquiatria forense na Inglaterra e no Brasil: uma breve comparação. *Rev Bras Psiquiatr*, v. 25, n. 4, p. 245-248, 2003.

AMARANTE, Paulo. An adventure in the insane asylum: the life of Franco Basaglia. *História, Ciências, Saúde- Manguinhos*, I (1): 61-77, jul.-oct., 1994.

ANTUNES, Maria João da Silva Baila Madeira. Entrevista concedida a Érica Akie Hashimoto. São Paulo: 17ª edição do Seminário Internacional do IBCCRIM, dezembro de 2011. Disponível em: <http://www.ibccrim.org.br/revista_liberdades_artigo/101-ENTREVISTA> Acesso em: 25 nov. 2016.

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

BARBUI, Corrado; SARACENO, Benedetto. Closing forensic psychiatric hospitals in Italy: a new revolution begins? *The British Journal of Psychiatry*, v. 206, n. 6, p. 445-446, 2015.

BARROS-BRISSET, Fernanda Otoni de. *Por uma política de atenção integral ao louco infrator*. Belo Horizonte: TJMG, 2010.

BASAGLIA, Franco. *A psiquiatria alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática: conferências no Brasil*. São Paulo: Brasil Debates, 1982.

BITENCOURT, Cezar R. *Tratado de Direito Penal*. Parte Geral 1. 17. ed. rev., ampl. e atual. São Paulo: Saraiva, 2012.

CABRAL, Ana Sofia; MACEDO, António; VIEIRA, Duarte Nuno. Da Psiquiatria ao Direito. *Julgar*, n.7, p. 185-196, 2009.

CAPEZ, Fernando. *Curso de Direito Penal: Volume 1, Parte Geral*. 16. ed. São Paulo: Saraiva, 2012.

CARABELLESE, Felice; FELTHOUS, Alan R. Closing Italian Forensic Psychiatry Hospitals in Favor of Treating Insanity Acquittes in the Community. *Behavioral sciences & the law*, v. 34, n. 2-3, p. 444-459, 2016.

CARVALHO, Salo de. *Penas e medidas de segurança no direito penal brasileiro*. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2015.

_____. Reprovabilidade e segregação: as rupturas provocadas pela antipsiquiatria nas ciências criminais. *Cem anos de reprovação: Uma contribuição transdisciplinar para a crise da culpabilidade*. Rio de Janeiro: Revan, p. 207-250, 2011.

CASTRO, Ulysses Rodrigues de. *Reforma Psiquiátrica e o louco infrator: novas idéias e velhas práticas*. 2009. 127 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2009.

COORDENAÇÃO NACIONAL PARA A REESTRUTURAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL (2007) Relatório. *Proposta de Plano de Acção para a Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal 2007–2016*. Lisboa: Ministério da Saúde, 2007.

DA SILVEIRA, Nise. *O mundo das imagens*. São Paulo: Editora Ática, 1992.

DE JESUS, Damásio. *Direito Penal, Volume 1: Parte Geral*. 33. ed. São Paulo: Saraiva, 2012.

DINIZ, Debora. *A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil: censo 2011*. Brasília: Editora UnB, 2013.

DOLAN, Bridget. An introduction to law relevant to mentally disordered offenders. *Criminal Behaviour and Mental Health*, v. 14, n. S1, p. S12-S18, 2004.

ENGLAND, N. H. S. *Liaison and Diversion Operating Model 2013/14*. England, 2014.

FERNANDES, Diana Isabel Mota. *Entre Themis e Asclépio: um estudo da inimputabilidade no ordenamento jurídico-penal português*. 107 f. Dissertação (Mestrado em Sociologia)- Universidade de Coimbra, Coimbra, 2012.

FLORES, Luis Fernando Barrios. La internación psiquiátrica por razón penal en España: ejecución de la medida en el ámbito penitenciario. *Revista Criminalidad*, v. 57, n. 1, p. 45-60, 2015.

FOUCAULT, Michel. *Doença Mental e Psicologia*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1975.

_____. *História da Loucura*. 1. reimpr. da 9. ed. São Paulo: Perspectiva, 2012.

FREITAS, Ana Paula Chisini; PEDROSO, Emylin Karoline de Souza. *Desmedida - direitos humanos e saúde mental: por um acompanhar na rede*. Salão de Extensão (15.: 2014: Porto Alegre, RS). Caderno de resumos. Porto Alegre: UFRGS/PROEXT, 2014.

GOFFMAN, Erving. *Manicômios, conventos e prisões*. São Paulo, Editora Perspectiva, 2007.

JACOBINA, Paulo Vasconcelos. *Direito Penal da Loucura: Medida de Segurança e Reforma Psiquiátrica*. Brasília: ESMPU, 2008.

KONRAD, Norbert; LAU, Steffen. Dealing with the mentally ill in the criminal justice system in Germany. *International Journal of Law and Psychiatry* 33, p. 236-240, Elsevier, 2010.

_____; VÖLLM, Birgit. Forensic psychiatric expert witnessing within the criminal justice system in Germany. *International Journal of Law and Psychiatry* 37, p. 149-154, Elsevier, 2014.

LEITE, Loiva dos Santos. *Narrativas de vida: viver fora depois de muito tempo dentro: experiências de usuários após a saída do manicômio judiciário*. 110 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social)- PUCRS, Porto Alegre, 2011.

MELLO, Adriana Pinto de; LEITE, Loiva dos Santos. Crime e Loucura: desafios e complexidade. *Entrelinhas CRPrs, Saúde Mental*, Ano XII, N.58, Abril/Mai/Jun, p.9, 2012.

MENEGAT, Debora Regina. A desinstitucionalização do portador de doença mental e a reforma psiquiátrica brasileira. *Revista do Ministério Público do RS Porto Alegre*, n. 66, p. 33-64, 2010.

MINAS GERAIS, Tribunal de Justiça. *PAI-PJ: programa de atenção integral ao paciente judiciário portador de sofrimento mental infrator*. Belo Horizonte: TJMG, 2010.

MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL – MPF; PROCURADORIA FEDERAL DOS DIREITOS DO CIDADÃO – PFDC. *Parecer sobre Medidas de Segurança e Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico sob a perspectiva da Lei Nº 10.216/2001*. Brasília-DF, 2011.

MIRABETE, Julio Fabbrini; FABBRINI, Renato N. *Manual de direito penal*. 28. ed. e rev. e atual. São Paulo, Atlas, 2012.

NEUBARTH, Barbara Elisabeth. *No fim da linha do bonde, um tapete voa-dor : a Oficina de Criatividade do Hospital Psiquiátrico São Pedro (1990-2008): inventário de uma práxis*. 289 f. Doutorado (Tese em Educação). UFRGS, Porto Alegre, 2010.

NORONHA, E. Magalhães. *Direito penal*. Atualizada por Adalberto José Q. T. de Camargo Aranha. 36. ed. São Paulo: Saraiva, 2001.

NUCCI, Guilherme de Souza. *Manual de direito penal*. Parte Geral–Parte Especial. 7. ed. São Paulo: RT, 2011.

PAILI: Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator/ Haroldo Caetano da Silva (coord)3. ed. Goiânia: MP/GO, 2013. 60p. Cartilha disponível em: <http://www.mpggo.mp.br/portal/arquivos/2013/08/19/15_33_20_501_mioloPAILI_Layout.pdf> Acesso em: 05 nov. 2016.

PESSOTTI, Isais. *O século dos manicômios*. São Paulo: Editora 34, 1996.

PRADO, Luiz Regis. *Curso de direito penal brasileiro, Volume 1, Parte Geral*.10. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2011.

PRINS, Herschel. Counterblast: the Mental Health Act 2007 (a hard act to follow). *The Howard Journal of Criminal Justice*, v. 47, n. 1, p. 81-85, 2008.

QUEIROZ, Paulo. *Direito penal: parte geral*. 6. ed. revista e ampliada. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2010

SANTOS, Juarez Cirino dos. *Direito penal. Parte geral*, 2. ed. Curitiba: ICPC; Lumen Juris, 2007.

SCHNEIDER, Richard D. Mental health courts and diversion programs: A global survey. *International journal of law and psychiatry*, v. 33, n. 4, p. 201-206, 2010.

SERRANO, Alan Indio. *O que é psiquiatria alternativa*. 3.ed.São Paulo: Brasiliense, 1992.

SILVA, Ângelo Roberto Ilha da. *Da inimputabilidade penal: em face do atual desenvolvimento da psicopatologia e da antropologia*. 2. ed. rev. e atual. Porto Alegre : Livraria do Advogado, 2015.

SILVA, Haroldo Caetano da. Reforma psiquiátrica nas medidas de segurança: a experiência goiana do PAILI. *Revista brasileira de crescimento e desenvolvimento humano*, v. 20, n. 1, p. 112-115, 2010.

SILVA, Martinho Braga Batista. O desafio colocado pelas pessoas em medida de segurança no âmbito do Sistema Único de Saúde: a experiência do PAILI-GO. *Physis (Rio J.)*, v. 20, n. 2, p. 653-682, 2010.

SZASZ, Thomas. *O mito da doença mental*. Rio de Janeiro: Zahar, 1979

_____; LEITE, Dante Moreira. *A fabricação da loucura: um estudo comparativo entre a Inquisição e o movimento de Saúde Mental*. Rio de Janeiro: Zahar, 1976.

TEIXEIRA, João Marques. *Saúde mental nas prisões*. Editorial, Volume VI nº2 março/abril, p.07-10, 2004.

WEIGERT, Mariana de Assis Brasil. *Entre silêncios e invisibilidades: os sujeitos em cumprimento de medidas de segurança nos manicômios judiciais brasileiros*. 2015. 211 f. Tese (Doutorado em Psicologia Social e Institucional)- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

ZAFFARONI, Eugenio Raúl; PIERANGELI, José Henrique. *Manual de Direito Penal brasileiro*. 9. ed. rev. e atual. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2011.

LEGISLATIVAS:

BRASIL. Código Civil de 1916. Lei nº. 3.071, de 1º de janeiro de 1916. *Planalto*. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L3071.htm> Acesso em: 01 dez 2016.

_____. Código Penal. Decreto-lei n. 2.848, de 7 de dezembro de 1940. *Planalto*. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848compilado.htm> Acesso em: 01 dez. 2016.

_____. Código Processo Penal. Decreto-lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941. *Planalto*. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del3689.htm> Acesso em: 01 dez. 2016.

_____. Lei de Execução Penal. Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984. *Planalto*. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L7210.htm> Acesso em: 01 dez. 2006.

_____. Lei da Reforma Psiquiátrica. Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001. *Planalto*. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10216.htm> Acesso em: 01 dez. 2016

_____. Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Lei n. 13.146, de 6 de julho de 2015. *Planalto*. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/Lei/L13146.htm> Acesso em: 01 dez. 2016

ALEMANHA. Strafgesetzbuch (StGB). *Bundesministeriums der Justiz*. Disponível em: <<http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/stgb/gesamt.pdf>> Acesso em: 01 dez. 2016.

ESPANHA. Código Penal. *Agência Estatal Boletín Oficial del Estado*. Disponível em: <<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1995-25444>>. Acesso em: 01 dez. 2016.

ITÁLIA. Codice penale. *Ordine Avvocati*. Disponível em: <<http://www.ordineavvocatirieti.it/sites/default/files/uploaded/ilcodicepenaleitaliano.pdf>> Acesso em: 01 dez. 2016

PORTUGAL. Código Penal. *Procuradoria-Geral Distrital de Lisboa*. Disponível em: <http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=109&tabela=leis> Acesso em: 01 dez. 2016.

UK. Mental Health Act 1983. *The National Archives*. Disponível em: <<http://www.legislation.gov.uk/ukpga/1983/20/contents>> Acesso em: 01 dez. 2016.