

BRENDA ALLINY LEMES RIBEIRO

**O ESTUDO DOS EFEITOS DA DOENÇA MENTAL NO PROCESSO  
PENAL E A EFETIVIDADE DAS MEDIDAS DE SEGURANÇA**

CURSO DE DIREITO – UniEVANGÉLICA

2019

BRENDA ALLINY LEMES RIBEIRO

**O ESTUDO DOS EFEITOS DA DOENÇA MENTAL NO PROCESSO  
PENAL E A EFETIVIDADE DAS MEDIDAS DE SEGURANÇA**

Projeto de Monografia apresentado ao Núcleo de Trabalho de Curso da UniEvangélica, como exigência parcial para a obtenção do grau de bacharel em Direito, sob a orientação do professor Adriano Gouveia Lima.

ANÁPOLIS – GO

2019

BRENDA ALLINY LEMES RIBEIRO

**O Estudo dos Efeitos da Doença Mental no Processo Penal e a  
Efetividade das Medidas de Segurança**

Data: Anápolis, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2019

Banca Examinadora

---

---

## RESUMO

Este trabalho visa apresentar os efeitos da doença mental no processo penal brasileiro, discutindo e analisando os efeitos das medidas de segurança. O primeiro capítulo aborda a análise histórica das doenças mentais, a exclusão do portador da doença mental e os manicômios, violações dos direitos humanos e o tratamento psiquiátrico, bem como a reforma do Código Penal e os seus efeitos na aplicabilidade das medidas de segurança. O segundo capítulo ocupa-se no conceito legal da doença mental e suas implicações processuais, analisar o exame de personalidade, exame criminológico e o parecer das comissões técnicas de classificação. Por fim, o terceiro capítulo aborda os tipos de medidas de segurança, a estrutura ineficaz do Estado para a efetividade de tais medidas, a revogabilidade ou reforço das medidas de segurança e a extinção das medidas de segurança.

**Palavras Chave:** Doença Mental. Medidas de Segurança. Código Penal

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	01
<b>CAPÍTULO I – DOENÇAS MENTAIS E SUAS IMPLICAÇÕES NO PROCESSO PENAL</b> .....	03
1.1 Análise Histórica das Doenças Mentais .....	03
1.2 Exclusão do portador de doença mental .....	08
1.3 Os manicômios, violações dos direitos humanos e o tratamento psiquiátrico.....	10
1.4 A reforma do Código Penal e os seus efeitos na aplicabilidade das medidas de segurança.....	11
<b>CAPÍTULO II – IDENTIFICAÇÃO DA INIMPUTABILIDADE EM RAZÃO DA DOENÇA MENTAL</b> .....	16
2.1 Conceito legal de doença mental e suas implicações processuais .....	16
2.2 Exame de personalidade.....	19
2.3 Exame criminológico .....	21
2.4 Parecer das comissões técnicas de classificação.....	24
<b>CAPÍTULO III – DAS MEDIDAS DE SEGURANÇA E SUAS MODALIDADES</b> .....	27
3.1 Tipos de medidas de segurança .....	27
3.2 A estrutura ineficaz do Estado para a efetividade das medidas de segurança ...	30
3.3 Revogabilidade ou reforço das medidas de segurança.....	31
3.4 Extinção das medidas de segurança.....	33
<b>CONCLUSÃO</b> .....	35
<b>REFERÊNCIA</b> .....	37



## INTRODUÇÃO

O foco desse trabalho monográfico é abordar o estudo dos efeitos da doença mental no processo penal e a efetividade das medidas de segurança.

Entende-se como e por que a doença mental possibilitou a delimitação, a diferenciação, até mesmo o surgimento da loucura e do crime. Contudo, no século XIX foi produzido a concepção do louco no mundo moderno, surgindo o contato do portador de doença mental com o psiquiatra/psicólogo, produzindo a partir de então, o conceito de que o louco também é detentor de direitos.

Observa-se que o Brasil foi o primeiro país da América Latina a fundar um grande manicômio denominado Hospício Dom Pedro II. Os recursos de tratamento iam desde a administração excessiva de medicamentos, aplicação de estímulos elétricos ou uso de procedimentos cirúrgicos, tornando-se incapaz a reinserção social do agente.

Mesmo com a evolução de direitos, a exclusão social do enfermo é notória em todos os ordenamentos. Durante décadas o Brasil foi um país em que os manicômios se notabilizaram, se tornando verdadeiros depósitos humanos. Em razão das acentuadas críticas a esse sistema, o qual se acusou de altamente desumano e injusto, houve a reforma psiquiátrica que introduziu a socialização e a política antimanicomial.

As medidas de segurança no direito penal destinadas aos doentes mentais que praticam delitos têm finalidade preventiva e de cunho terapêutico,

visando o tratamento dos portadores de periculosidade. O Juiz determina a aplicação de exames psicológicos a fim de garantir tal medida se comprovada no trâmite processual, mesmo que o delito cometido tenha sido praticado em evento anterior.

A indagação se deriva na fiscalização dessas medidas e a omissão da segurança pública no cumprimento das determinações impostas. Pertinente assunto a ser abordado ao decorrer dos demais capítulos, vez que envolve direitos humanos a serem protegidos.

## **CAPÍTULO I – DOENÇAS MENTAIS E SUAS IMPLICAÇÕES NO PROCESSO PENAL**

O presente capítulo trata das doenças mentais, sua análise e compreensão histórica. Entender o que seja doença mental incapacitante para o direito penal é de alta relevância, pois seria injusto se condenar uma pessoa que não possui a capacidade intelectual da conduta.

Dessa maneira, além da compreensão histórica acerca do que seja doença mental, o direito se vale muito do conhecimento médico, especialmente, da psiquiatria forense, pois sem a qual seria impossível se aprofundar no debate.

### **1.1 Análise Histórica das Doenças Mentais**

De acordo com Portella Nunes (2001), no início das civilizações já era característico a ideia de que o sobrenatural causava transtornos mentais. No século I A.C., Aclépiades, descreveu a mania como uma excitação mental sem febre, ademais, diferenciou ilusões de alucinações.

Referente ao século V A.C. já existia o conceito de loucura, tendo como exemplo, Hipócrates que buscou a relação entre distúrbios do cérebro e transtornos mentais, segundo Portella (2001), haveria quatro humores corporais: sangue, bílis amarela, bílis negra e fleuma, se resultando em calor, frio, umidade, aridez. As pessoas eram classificadas de acordo com esses elementos, tendo como base o resultado sanguíneo, colérico, melancólico e fleumático.

Com a evolução histórica, o pensamento grego começou a estabelecer

diferenças entre *soma* e *psyque*, entre razão e realidade. Os comportamentos vistos como anormais eram intitulados como sinais de deuses, tanto de uma maneira positiva e negativa, tal período foi classificado como tempos de inquisição (NOVISKY, 1986).

Meados do século XV, foi introduzido a bruxaria com sinais e sintomas de mania, histeria, esquizofrenia, depressão entre outros, diante do colapso foi constituído diversos tratados sobre feitiçaria, essas pessoas eram tratadas por padres ou monges. No entanto, a segunda metade do século XVII guardava mudanças. Foi neste período que a loucura deixou de ser o estranho habitual e foi encaixada em status de exclusão.

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 a ordem da razão, da moral e da sociedade, dão mostras de alteração (FOUCAULT, 1954).

Segundo Foucault (1954): “Nos meados do século XVII houve brusca mudança; o mundo da loucura vai tornar-se o mundo da exclusão”. Logo, desde tal época a loucura toma outros traços no rumo da sua história, sendo vista como uma anomalia.

Vejamos o entendimento de Zahar (1978), esta mesma compreensão do parágrafo anterior foi muito marcante no século sobredito, senão vejamos: “No século XVII, com o declínio do poder da igreja e da interpretação religiosa do mundo, o complexo inquisidor-feiticeira desapareceu e, em seu lugar, surgiu o complexo alienista-insano mental.”

Tal exclusão se originou do cristianismo que teve grande força na cultura ocidental e os comportamentos que eram vistos de uma forma negativa eram influenciados por demônios, e com isso, as pessoas eram abandonadas e levadas as igrejas e à base do tratamento era o exorcismo praticado por padres.

Com o advento do cristianismo o louco passou a ser visto como uma pessoa pobre de espírito e sofreu essa influência durante a Idade Média, a loucura foi vista com certa tolerância, pois nesse período, acreditava-se que o mundo era um todo organizado de acordo com os desígnios de Deus e da igreja (ZURITA, 2013).

No período Renascentista, os loucos eram atirados rio abaixo, como cargas insanas em embarcações que recebiam o nome de Nau dos Loucos. Essas embarcações dispunham de um valor simbólico, como um ritual que libertava a sociedade dos doidos. Confiar o louco aos marinheiros era a certeza de evitar que ficasse vagando nas cidades e de que ele iria para longe, era torná-lo prisioneiro de sua própria partida (FOCAULT, 1972).

Essa navegação do louco representa, simultaneamente, o encerramento da passagem do louco nesta esfera mundana, sua partida de certo modo se tratava de uma sorte, vez que as famílias optavam pelo tratamento em locais inapropriados sem nenhuma hipótese de cura. É de se observar que tal comportamento era comum na era discutida, senão veja-se:

Com efeito, embarcar os loucos é assegurar-se de que partirão para longe e serão prisioneiros de sua própria partida, e uma purificação e passagem para a incerteza da sorte. A água e a navegação asseguram essa posição altamente simbólica da loucura: encerrado do navio onde não escapa, o louco é entregue à correnteza infinita do rio, à fluidez misteriosa do mar. É o passageiro por excelência, isto é, o prisioneiro da passagem. (PEREIRA, 1984).

Ademais, os hospitais de internamentos dos loucos não tinham a finalidade de curá-los. A motivação era enclausurar aquilo que a sociedade não queria ver ou lidar com a falta de razão destes indivíduos. A permanência dos asilos está diretamente ligada ao programa de trabalhos forçados feitos pelos internos, vários objetos eram fiados e tecidos, depois lançados em mercado com baixos preços para financiarem a própria existência do sanatório.

Sobre as medidas que eram aplicadas para o doente mental não eram nem psicológicas nem físicos, eram ambos ao mesmo tempo a distinção cartesiana

de extensão e do pensamento, ou seja, não tendo afetado a unidade de práticas médicas, submetia-se o doente a ducha e banho para refrescar seus espíritos (FOUCAULT, 1986).

Nota-se que, a internação se dava com a separação por sexo, alas masculina e feminina, que abrigavam os loucos de forma inadequada, agrupados e aglomerados sem espaço e sem condições adequadas. Não havia conscientização da necessidade de cuidados médicos diários para os portadores, pois a falta de assistência médica se dava pelo temor da contaminação pelo mal, a tentativa de impedir o contágio da febre das prisões que a sociedade acreditava existir em locais fechados ocupados.

No final do século XVIII, no Hotel-Dieu, os internados eram separados por sexo, alas masculina e feminina, que abrigavam os loucos de forma inadequada, agrupados e aglomerados sem espaço e sem condições adequadas. Não havia conscientização da necessidade de cuidados médicos diários para os doentes, pois a falta de assistência médica se dava pelo temor da contaminação pelo mal, a tentativa de impedir o contágio da febre das prisões que a sociedade acreditava existir em locais fechados ocupados pelos enfermos dos hospitais. (MILANNI, 2008).

Instaurava-se, em relação à loucura, uma ideia de animalidade. O louco visto como um animal, desprovido de sua racionalidade, de sua fragilidade humana e de sensibilidade à dor física, a loucura era sinal de humilhação e sofrimento.

Portanto, através do modelo da animalidade, os estabelecimentos assumem o aspecto de jaula ou zoológico. Os loucos não são homens que perderam a razão, mas animais dotados de uma ferocidade natural que precisa ser fisicamente e coagida. Despojando o homem de sua humanidade, isto é, racionalidade, a loucura o coloca em relação direta com a animalidade (PEREIRA, 1984).

Até o final da idade média o exorcismo tornou-se uma prática frequente nos doentes mentais e nas pessoas que apresentavam alguma anormalidade e conforme entende Foucault (1972) mostra-se casos do século XVI ao XVIII em que médicos foram chamados por instituições da época para provar como casos de possessão demoníaca, êxtase, delírios de pactos com o diabo, entre tantas outras experiências religiosas, eram, na verdade, efeitos de uma imaginação desregrada ou

do desequilíbrio dos humores ou dos espíritos.

A partir do internamento de loucos junto a libertos e criminosos que a loucura foi associada com o mau, o obscuro, aquilo que deve ser afastado e isolado. Se estabelecendo um paralelo de culpa moral e social, com o fato de a loucura ser muitas vezes a causa e a absolvição do crime, o peso da má conduta em que o sujeito acometido por ela não era responsável juridicamente sobre si.

Foi a partir do internamento de loucos junto a libertos e criminosos maiores e menores que a loucura foi associada com o mau, o obscuro, aquilo que se deve afastar. Foi quando esta estabeleceu um paralelo de culpa moral e social com tais infrações: não se fica surpreso, portanto, com o fato de a loucura ser muitas vezes a causa e a absolvição do crime, ser a relacionada com os crimes do amor. Sua nova posição requer que ela carregue o peso da má conduta e que o sujeito acometido por ela não seja responsável juridicamente sobre si. (SIQUEIRA, 2016).

Os tratamentos aplicados aos doentes mentais no ano de 1784 era estarrecedor sendo a aplicabilidade do tratamento como físicos e psicológicos e submetia-se o doente a ducha ou ao banho para refrescar seus espíritos ou suas fibras sendo-lhe injetado sangue fresco para renovar sua circulação perturbada; procurava-se provocar nele impressões vivas para modificar o curso da sua imaginação. Em Viena no ano de 1784, foi construída a torre dos loucos, onde estes eram exibidos mediante pagamento, expostos de maneira desumana com o fito de ser expressado a vergonhosa anomalia e precária vida dessas pessoas.

A ducha, não refrescava mais, punia; não se deve mais aplicá-la quando o doente está excitado, mas quando cometeu um erro; em pleno século XIX ainda, submeterá seus doentes a uma ducha gelada na cabeça e empreendera neste momento, com eles, um diálogo durante o qual forçá-los-á a confessar que sua crença é apenas delírio. O século XVIII havia também inventado uma máquina rotatória onde se colocava o doente a fim de que o curso de seus espíritos demasiado fixo numa ideia delirante fosse recolocado em movimento e reencontrasse seus circuitos naturais. O século XIX aperfeiçoa o sistema dando-lhe um caráter estritamente punitivo: a cada manifestação delirante faz-se girar o doente até desmaiar, se ele não se arrependeu. (FOUCAULT, 1987).

Pinel (1745-1826), renomado psicólogo, conseguiu uma revolução na prática de tratamento dos enfermos mentais, demonstrando que o insano deve ser respeitado como indivíduo, retirando-os da condição de aprisionamento e baseado em princípios de um tratamento mais humano. Mesmo com mudanças significativas tais pessoas eram trancadas em asilos e manicômios para serem estudadas e tratadas.

Nesse sentido o sobredito psicólogo retro mencionado entendia a questão referente à loucura como algo que merece foco de uma atenção especial, pois acreditava-se que as principais causas de alienação dito loucura eram de ordem moral e no entanto, justificava a necessidade de isolar o louco no asilo para que este recebesse o tratamento digno de acordo com os princípios humanitários e liberatórios do período revolucionário em questão.

Dessa forma, resta concluir que devemos olhar para o processo da análise histórica das doenças mentais como derivado de vários fatores que se produzem historicamente, que são expressões da totalidade de relações vividas pelo indivíduo, ou seja, não é mera expressão ou atualização do plano biológico. A patologia segundo Bock (2003) deve ser vista como um processo dinâmico, ativo, portanto é inviável falar de saúde plena, visto que nossa vida é permeada por eventos e interações e fatores genéticos.

## **1.2 – Exclusão do portador da doença mental**

O portador de doença mental sofre visões pejorativas e estereotipadas, como um ser sem razão ou sem juízo igual uma criança que precisa ser cuidada e protegida e a exclusão social é um processo sócio histórico, que se configura pela repercussão em todas as esferas da vida social, mas sobressai como necessidade do eu, como sentimentos, significados e ações subjetivas (BADER, 2003).

Assim conclui-se que existem diferentes dimensões da exclusão, como a dimensão objetiva da desigualdade social, a dimensão ética da injustiça e a dimensão subjetiva do sofrimento. Tais dimensões juntas permitem concluir que inúmeros fatores da nossa história contribuíram para o conceito de doença mental.

No que tange a estigmatização da loucura a psicóloga Kelly (2016), entende como um processo de exclusão no qual deve ser observado e superado, o objetivo principal é colaborar para que o entendimento acerca da loucura possa ser propiciar a garantia dos portadores de transtornos mentais ao convívio em sociedade.

No abarcamento da ciência jurídica a despeito da doença mental, a autora acima menciona: “é alarmante a quantidade de indivíduos que são acometidos por ela”. Há que se falar nos resguardos dos direitos humanos e cidadania, bradando-se por aí no caminho da quebra de preconceitos e estigmas, mas se analisarmos melhor, na prática é diferente (KELLY, 2016).

Mesmo com a contribuição do Direito e outras ciências, a responsabilidade da justiça tem mantido a forma de tratamento dispensada a esses indivíduos quando esta deveria colaborar para a construção da concepção de humanidade inerente a cada um de nós.

A edificação social do que seria considerado mentalmente patológico ou anormal, para Foucault (1972), constituem unidades de significados a partir dos quais os homens pensam, compreendem e avaliam. Os indivíduos passam a ser rotulados, e em decorrência disso, surge o processo de desencadeamento de distinção, separação e exclusão.

A loucura por ser vista como uma doença, seu controle passou a ser feito em manicômios e casas de custódias psiquiátricas, atualmente é de se espantar que pessoas ainda são alvos de preconceitos por essa lógica de padrões socialmente históricos. Nota-se que os direitos humanos e da cidadania anteriormente citados abarca liberdade, convívio social, direito de ir e vir, de se expressar e entre outros, tais direitos tem como ótica inclusiva os portadores de doenças mentais. Com isso, o resguardo de tais direitos é de supra importância para se combater a exclusão.

## **1.2 Os manicômios, violações dos direitos humanos e o tratamento psiquiátrico**

Entende Miranda Sá (2007), que o início da assistência psiquiátrica aos

doentes mentais se originou por curandeiros, especialmente os sacerdotes da igreja católica e as condições precárias de um modo geral, era um fator histórico-social. A revolução francesa, trouxe a reforma psiquiátrica patrocinada por Pinel (1745-1826), que se transformou em responsabilidade estatal, mudança esta que não abarcou direitos à singularidade, subjetividade e à diferença.

Com a inauguração do Hospício Dom Pedro II, no Rio de Janeiro em 1852, teve como consequência sua ampliação em todo território nacional, e a ideia funcionava de acordo com pensamento dos alienistas franceses Philippe Pinel (1745-1826), e Jean-Étienne Esquirol (1772-1840), que recomendavam o isolamento, o controle e a vigilância para afastar o indivíduo das causas de sua loucura.

Interessante destacar que os alienados criminosos tinham uma ala exclusiva no hospital psiquiátrico Dom Pedro II, que se assemelhava ao tratamento aplicado em asilos, tendo como finalidade o cumprimento de sua sentença, ou seja, sua pena tendo como restrição a sua liberdade (REY, 2012).

Nos ensinamentos de Costa (2003) os portadores de doenças mentais ficavam presos por correntes em porões imundos passando frio e fome, convivendo com insetos e roedores, dormindo sobre dejetos, tomando banhos coletivos a base de mangueira totalmente nus sem nenhuma esperança de liberdade em hospitais psiquiátricos em nosso país.

Tais circunstâncias deste tratamento gerou recorrentes denúncias de violência nestas instituições, conforme relatado acima, e ainda reitera o caráter segregado desses estabelecimentos afirmando que os hospitais psiquiátricos se tornaram um emblema da exclusão e sequestro da cidadania (COSTA, 2003).

Com o marco inicial da assistência psiquiátrica pública no Brasil, no século XX, o Poder Público precisou fortalecer o aparelho da contenção social, ou seja, alterações em pesquisas e tratamentos no âmbito da saúde mental. Mesmo com tais avanços significativos a demanda nas instituições só cresciam e passavam a ter mais doentes mentais, vejamos este entendimento:

Apesar de frustrados os projetos de recuperação dos loucos por meio do internamento nos hospitais colônia em face da impossibilidade de inserção social dos seus egressos quando retornavam ao espaço urbano. a Psiquiatria continuava se fortalecendo por meio da fabricação de sua própria clientela. Apesar de ter surgido para resolver o problema da doença mental ela passa a fabricar mais e mais doentes, demandando pela criação de mais instituições e ampliação das existentes (COSTA, 2003).

Vale frisar a diferença do sistema público de assistência psiquiátrica e do privado, vez que este não era regulamentado pelo poder público e sim pelas unidades privadas que eram pequenas para a demanda da época.

O louco então se tornou uma ameaça à segurança pública e foi criado no governo do Getúlio Vargas em 1930, o Ministério da Educação e Saúde, regulamentando um Decreto que promove os seguintes desdobramentos:

A doença mental é caso de polícia e de ordem pública; A Psiquiatria passa a atuar como sociedade política (repressiva) e como sociedade civil (criadora de ideologia), legando aos psiquiatras poderes amplos sobre o doente mental e mesmo o direito de questionar uma ordem judicial; O louco perde a cidadania; As instituições psiquiátricas privadas aumentam a sua participação frente ao Judiciário e um número maior de loucos oriundos de famílias abastadas passa a ser detectado. (BRASIL, 1934).

O Estado foi o responsável no cumprimento dessas medidas elencadas pelas normas. É de se observar uma série de violações aos direitos humanos, como por exemplo, a violação do seu direito à cidadania sendo um doente mental. Ora não se era observado o grau da loucura apenas lhe era retirado seu direito como um mero ser humano sem liberdade.

#### **1.4 A reforma do Código Penal e os seus efeitos na aplicabilidade das medidas de segurança**

Antes de adentrarmos no assunto da reforma do código penal, é necessário entendermos a suma importância da reforma manicomial em nosso país.

O marco inicial da Reforma Psiquiátrica no Brasil, se deu em 1970, compreende a Coordenação Geral de Saúde, 2005, que embora contemporâneo da

Reforma Sanitária, o processo de reforma psiquiátrica brasileira tem uma história própria, inscrita num contexto internacional de mudanças pela superação da violência asilar.

Com o advento da luta contra o modelo manicomial, foi sancionado uma Lei Federal 10.216, examinamos:

Redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, mas não institui mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios. Ainda assim, a promulgação da lei 10.216 impõe novo impulso e novo ritmo para o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil. (COORDENAÇÃO GERAL DE SAÚDE, 2005).

Frisa-se a base dos princípios com a Declaração de Caracas: neste documento, os organizadores reconhecem os avanços que se produziram nos últimos quinze anos na reestruturação da atenção psiquiátrica, constatam que existem experiências exitosas desenvolvidas em vários países, assim como obstáculos e dificuldades. Reafirmam a validade dos princípios em relação à proteção dos direitos humanos e de cidadania dos portadores de transtornos mentais e a necessidade da construção de redes de serviços alternativos aos hospitais psiquiátricos.

Amarante (1996), traça três formulações importantes de desinstitucionalização, a saber: a desinstitucionalização como desospitalização, a desinstitucionalização como desassistência e, por último, a desinstitucionalização como desconstrução.

Resta concluir que a reforma psiquiátrica introduziu novos princípios, olhares e valores às pessoas portadoras de sofrimento psíquico, lutando dia após dia a favor da inserção social e do tratamento isonômico (ALICE, 2009).

Cabe adentrarmos na reforma do código penal (Decreto Lei 2.848), promulgado pelo Presidente da República, no dia 7 de dezembro de 1940, no qual trouxe muitas modificações, e Marques (2001) pondera que a nossa doutrina, de uma maneira geral, afirma ser o Código Penal de 1940, eclético, pois concilia sob seu texto o pensamento do neoclássico e o positivismo. Ademais, mesmo com as novas ideias é evidenciado o modelo autoritarismo de sua época e de seus

mentores.

Conceitua Bruno que uma legislação, ao lado da concepção objetiva do crime, acolhe sua concepção sistemática, conduzindo ao dualismo culpabilidade-pena, perigosidade criminal- medida de segurança, tendo como consideração a personalidade do criminoso, que não é abstração, mas uma realidade social (BRUNO, 2000).

Tal código pretende com a pena, retribuir a parte livre da conduta e com a medida de segurança neutralizar a parte do determinismo da mesma conforme entende (ZAFFARONI, 1981).

As medidas de segurança foram uma inovação no sistema vigente brasileiro, sendo um critério de política criminal.

Conceituando atualmente a medida de segurança é a espécie de sanção penal com finalidade exclusivamente preventiva especial, não se destina a punir o agente e tem como finalidade o caráter terapêutico destinada aos inimputáveis e semi-imputáveis com caráter de periculosidade (PRADO, 2017).

Em cotejo ao assunto das medidas de segurança, o projeto seguiu o modelo italiano, contendo disposições gerais e as espécies de aplicação das medidas de segurança e modos de sua execução (PIERANGELI, 2004).

Com a reforma do Código Penal em sua parte geral (Decreto Lei 1.004 de 21 de outubro de 1969) passou a subsistir o sistema vicariante ou unitário, no qual o juiz pode aplicar a pena ou a medida de segurança.

O princípio basilar é o da legalidade, para isto, sua aplicação deve ter previsão legal (princípio da reserva legal) e anteriormente à prática da infração penal (princípio da anterioridade), as medidas de segurança não se confundem com a pena e pressupõe, além disso, a periculosidade do agente, sendo esta averiguada pelo juiz, com o incidente de insanidade mental princípio da jurisdicionalidade (PRADO, 2017).

Para aplicabilidade das medidas de segurança é necessário alguns requisitos, vejamos: 1) a prática de um fato típico e ilícito que se define pela autoria do agente, a tipificação e ilicitude cometida pelo agente; 2) periculosidade do agente: que é a probabilidade fundada em cometimento de novos crimes pelo agente; 3) Não eventualidade da causa extintiva da punibilidade: ainda que resista a periculosidade do agente, com a ocorrência de causa extintiva da punibilidade não pode o juiz impor o cumprimento das medidas de segurança, como exemplo, a prescrição entre a denúncia e a sentença (PRADO, 2017).

O Juiz no momento da fixação do prazo para o cumprimento deve estabelecer o prazo mínimo que pode ser de 1 (um), dois 2 a 3 (três) anos (artigos 97 e 98 do Código Penal).

Vale ressaltar a obrigatoriedade da realização do exame anual da verificação da cessação da periculosidade do agente (previsão legal no artigo 97, §2º do C.P, e do art. 175 da LEP).

A crítica que merece destaque é o prazo da pena máxima do cumprimento destas medidas, vez que é imposta por tempo indeterminado, isto é, enquanto o agente não for curado cumprirá a pena determinada. Grande repercussão se deu sobre o assunto, gerando entendimento no Superior Tribunal de Justiça de que a pena máxima não pode ultrapassar 30 anos que é a pena máxima permitida no Brasil. Assente ainda, o entendimento do Superior Tribunal de Justiça que em caso negativo da cessação da periculosidade, o magistrado pode remeter cópia dos autos com o finco de deliberar acerca da internação. (PRADO, 2017).

Conforme disposto no artigo 96, do Código Penal, as espécies das medidas de segurança podem ser classificadas em detentivas que é a internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico quando a pena é privativa de liberdade, e quando se tratar de restritivas de direitos o tratamento é ambulatorial com acompanhamento periódico de profissionais capacitados.

De acordo com o art. 109 do Código Penal, é admissível a prescrição no cumprimento das medidas de segurança, porém, seu cálculo se baseia com a pena substitutiva aplicada. O Supremo Tribunal Federal se posiciona no sentido a

pretensão executória da prescrição deve se levar em conta o prazo máximo de 30 (trinta) anos. (PRADO, 2017).

A aplicação da detração penal é aplicável, conforme alude o artigo 43 do Código Penal, sendo computado na medida de segurança sobre o total é estipulado como prazo mínimo da duração desta medida. (PRADO, 2017).

Contudo, resta concluir que a reforma do código penal abarcou com extrema relevância o direito dos portadores mentais, ou melhor, os inimputáveis. O Estado ainda é falho na aplicação destas medidas, não sendo periódico a fiscalização no tratamento ambulatorial e nos hospitais de internação psiquiátrico. No Brasil, temos alguns Estados que são exemplos na efetividade do cumprimento, como por exemplo, no Rio de Janeiro, já na maioria dos Estados é notório a inaplicabilidade de tais medidas.

O aprisionamento em celas comuns e a aplicação da pena comum ainda se faz presente em nosso país, restando a reincidência do agente, vez que a sua periculosidade não será cessada, se tornando mais frequente a prática de mais crimes.

## **CAPÍTULO II – IDENTIFICAÇÃO DA INIMPUTABILIDADE EM RAZÃO DA DOENÇA MENTAL**

No que tange à doença mental no âmbito jurídico, necessário se faz a

identificação da inimputabilidade que é definida com o conceito legal do que vem a ser doença mental e as suas implicações processuais que tem como norte o exame de personalidade do agente, o exame criminológico, e por fim o parecer das comissões técnicas de classificação, com o devido parecer dos exames se chegará a conclusão da periculosidade do agente.

## **2.1 Conceito legal de doença mental e suas implicações processuais**

Antes de adentrarmos no conceito legal de doença mental, é necessário entender a análise histórica do assunto, e com isso, interessante destacar o preceito da escola clássica do antigo Código Penal Brasileiro sancionado em 16 de dezembro de 1830, as bases dessa doutrina se firmavam em três pressupostos: igualdade dos homens perante a lei; pena como função da gravidade do delito; e condicionamento do crime à sua definição legal (VASCONCELOS, 2010).

Nota-se que nos pilares da doutrina clássica tinha a questão da loucura presente no artigo 10º, no qual ditava que não se julgarão os criminosos, conforme previsto no parágrafo 2º, os loucos de todo gênero, salvo se tiverem lúcidos intervalos e neles cometerem o crime, destaca-se a possibilidade de uma loucura lúcida formulada mais tarde por Pinel e Esquirol, ou seja, a loucura ainda era considerada a ausência de razão (VASCONCELOS, 2010).

A margem disso, neste período não tínhamos peritos capacitados para definir a lucidez de uma pessoa criminosa e o juiz de direito era obrigado a formular quesito sobre o estado da loucura do réu e quando fosse solicitado o exame de averiguação era este quem apreciava e decidia.

Conforme entendimento de Amarante (1998), não havia em tal período estabelecimentos adequados para os loucos, apenas prisões e os hospitais da Santa Casa. Embora não tivesse uma perícia e tratamento adequado, os loucos eram considerados diferentes com base na sua situação social.

Ocorre que em 1886, Teixeira Brandão teceu críticas ao Código Criminal

do Império, por considerar suas disposições parciais, imperfeitas e inobservadas, e também por não prever um lugar para o perito psiquiatra para avaliação do estado mental do criminoso, o que dava ao juiz um poder excessivo, com todas essas anormalidades. Ante a situação problemática, Teixeira Brandão lutou pela construção de manicômio criminal e pela regulamentação da psiquiatria como especialidade médica, (MACHADO, apud, 1978).

No ano de 1890 com base no projeto de João Batista Pereira, especificadamente no dia 11 de outubro, foi sancionado o primeiro Código da República do Brasil, que trouxe mudanças no entendimento da doença mental, compreendendo loucos de todos os gêneros, os casos de sonambulismo, epilepsia, embriaguez completa e delírio febril. Essas modificações podem ser analisadas em conjunto pelos artigos 1, 7, 27 e 29 da época:

Art 1. Ninguém poderá ser punido por fato que não tenha sido qualificado crime, nem com penas que não estejam previamente estabelecidas. Art 7. Crime é violação imputável e culposa da lei penal. Art 27. Não são criminosos: §3. os que, por imbecilidade nativa, ou enfraquecimento senil, forem absolutamente incapazes de imputação; §4. os que se acharem em estado de completa privação de sentidos e de inteligência no ato de cometer o crime. Art 29. Os indivíduos isentos de culpabilidade em resultado de afecção mental serão entregues às suas famílias, ou recolhidos a hospitais de alienados, se o seu estado mental assim o exigir para a segurança do público.

Interessante a análise do artigo 29 do Código Penal da República no qual esboça a periculosidade como um elemento jurídico, que só podia ser definida por um magistrado criminal. Ademais, verifica-se que para se chegar ao conceito de doença mental, temos a ligação da história moral, social, psiquiatras, psicólogos e o direito, demonstrando certa influência da antropologia criminal (SALO, 2015).

Com os avanços da Criminologia e reforma psiquiátrica, o Código Penal da República foi submetido a uma comissão revisora, resultando no projeto convertido em lei, em 1940, (decreto-lei 2.848/40). A doença mental nesse novo código adotava o critério biopsicológico contendo um momento intelectual, que se relaciona com a capacidade de entendimento, e um momento volitivo, relacionado com a capacidade de determinação para caracterizar um criminoso como

inimputável, segundo Hiller (2013).

Com tais mudanças, tivemos uma nova modalidade de ação penal como medida de segurança, presente no artigo 76, nos incisos I e II, o primeiro cita a prática do fato prevista como crime; e II a periculosidade do agente. Insta salientar que foram feitas algumas alterações através da Lei de Execuções Penais 7.209/84, porém foi seguido a mesma diretriz de conceito à atuação do doente mental como delinquente conforme entende Peres (2016).

No atual ordenamento jurídico, temos o conceito legal de doença mental no artigo 26, do Código Penal, perante a ideia de ausência de responsabilidade em decorrência do desenvolvimento mental incompleto e retardado (ZAFFARONI, 2004).

Com o advento da Lei da reforma psiquiátrica nº 10. 216/2001, a definição legal do que vem a ser doença mental, com embasamento no ordenamento civil brasileiro se configurou como: “o portador de sofrimento psíquico é absolutamente ou parcialmente irresponsável pelos seus atos lícitos ou ilícitos”, ou seja, a previsão de que trata sobre transtorno mental tem regulamentação no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5, 2016).

Segundo Salo (2015), entender o portador de sofrimento psíquico como sujeito de direitos implica assegurar-lhe o direito à responsabilização situação que deverá produzir efeitos jurídicos compatíveis com o grau ou o nível que esta responsabilidade *sui generis* pode gerar.

Os efeitos jurídicos produzidos para o portador de transtorno mental que pratica condutas delituosas é a aplicação da medida de segurança, com base no incidente de insanidade mental que é determinado por exames psicológicos. Com o resultado do laudo qualificando o indivíduo como doente mental este será incapacitado de responder por seus atos sendo nomeado um curador especial que tem a função de acompanhar e auxiliar na medida de segurança (MIRABETE, 2004).

## **2.2 Exame de personalidade**

Segundo o entendimento de Manita (2012), a personalidade criminal se relaciona com o arranjo genético, mas, sobretudo pelo seu desenvolvimento pessoal, afetivo e vivencial, os quais influenciariam na interpretação e situação de forma particular e agir de forma delituosa de acordo com o sentido que lhe atribuiu.

Desde as primeiras décadas do século XX, os estudos psicológicos do crime e a criminologia clínica irão centrar os seus esforços na procura e caracterização dessa especificidade psicológica capaz de possibilitar a identificação e a avaliação, bem como a predição, do comportamento do criminoso e a intervenção regeneradora ou normalizadora junto dele.

Referente ao conceito de personalidade há uma vasta divergência entre os doutrinadores, porém, a grande sustentação se baseia em critérios biológicos e suprabiológicos:

Os fatores biológicos dizem respeito à herança genética recebida, que define a maneira como o indivíduo conduziria suas interações sociais, seu temperamento, sua afetividade. Já os fatores suprabiológicos correspondem às características adquiridas por meio de sua vivência social no meio em que habita (CRUZ, 2014).

Nucci (2016) elenca as características aferidas quando da apreciação da individualidade consciente como a agressividade, preguiça, frieza emocional, passividade, maldade e bondade. Entretanto, o nosso ordenamento jurídico é falho na averiguação da personalidade do infrator, vez que as políticas públicas não investem em tratamentos voltados para esse tipo de exame.

Com o atributo conceitual, passamos a análise do princípio da secularização que desvincula direito e moral estabelecendo uma proteção da esfera do íntimo, excluindo as hipóteses de julgamento da identidade do réu. Com isso, a desobstrução da pena base pela inclusão da circunstância da personalidade do agente é estabelecido conforme ensina Salo que “verdadeira porta aberta para perversão do princípio da culpabilidade pelo fato”. (SALO, 2015).

Não se trata só de uma imprecisão conceitual e de uma impossibilidade

técnica de o Juiz analisar a personalidade do acusado, o juízo é informado pela lógica inquisitorial que destoa dos princípios estabelecidos no direito penal democrático (SALO, 2015).

A personalidade criminal pode ser definida em duas linhas: linha de abordagem geral e linha de abordagem construtiva e fenomenológica, enquanto a primeira se centra na investigação de características específicas do criminoso, a segunda se relaciona com o sentido da ação transgressiva de experiência que o agente vivenciou juntamente com a sua trajetória criminal (MANITA, 2012).

Em análise do critério de personalidade, o nosso ordenamento jurídico leva em consideração os antecedentes e a conduta social fundada na criminologia positivista que usa o critério da periculosidade para se chegar à formalização da pena ou da inimizabilidade do agente, com essa estrutura de sistema processual existe uma apropriação de categoria extrajudicial. (MANITA, 2012).

A análise de tais circunstâncias é um ato de competência exclusiva dos psicólogos, psiquiatras e psicanálise, em consequência são analisados elementos contingentes à personalidade como, por exemplo, a má-fé, sentimentos e emoções pessoais, sociabilidade, agressividade e índole. (MIRABETE, 2002).

Nesse sentido, a jurisprudência se refere à personalidade a noção de probabilidade de reiteração criminosa, conforme prega Telles (2006) é utilizada à personalidade perigosa, personalidade desajustada, personalidade voltada ao delito, personalidade distorcida e personalidade violenta.

Diante da análise a perícia passa a dar especial relevo à personalidade do indivíduo para os efeitos da medida de segurança bem como a sua aplicabilidade. E a sua finalidade incide sobre as características psíquicas independentes das causas patológicas e sobre o seu grau de socialização, analisamos:

Pode-se deduzir daqui que, no espírito do legislador, haverá duas delinquências: uma patológica e outra. Na primeira, caberá à

psiquiatria proceder à análise semiológica com vista ao diagnóstico médico. Na segunda, caberá ao psicólogo proceder ao exame psicológico do arguido (SILVA, 1993).

Se o critério do exame de personalidade se baseia no critério acima comentado, resta ao psicólogo avaliar se existe uma diversidade de métodos e instrumentos, de acordo com os pedidos de avaliação, com a conclusão da perícia deve ser apresentado ao Juiz de Direito para melhor análise do caso.

### **2.3 Exame criminológico**

O exame criminológico, segundo Salo (2015), abrange questões de ordem psicológica e psiquiátrica do apenado, tais como agressividade, periculosidade, maturidade, com o fim de prognosticar a potencialidade de novas práticas delituosas, ou seja, multidisciplinar (psicológico, jurídico, social e médico).

Entende Salo (2015) que o exame criminológico é multidisciplinar (médico, jurídico, psicológico e social) e auxilia na identificação dos antecedentes e personalidade, bem como a individualização e a execução da pena do indivíduo. Ademais, é aplicado aos portadores de doença mental comprovado que estão sob medida de segurança.

A importância do exame criminológico foi defendida por Cesare Lombroso e Rafaelli Garofalo no século XIX e desde essa época percebia-se a necessidade de entender os fatores comportamentais para a prática delituosa não só do doente mental, mas de modo geral, envolvendo cada indivíduo. Ademais, denota-se uma mudança constante do conceito e métodos do exame criminológico (SALO, 2015).

Observa-se que o exame criminológico se diferencia do exame psiquiátrico realizado nos casos de incidente de insanidade mental, pois o principal objetivo é avaliar a responsabilidade penal do agente com o incidente da insanidade mental que tem uma natureza mais específica na periculosidade do agente.

A doutrina nos ensina que o objetivo do exame é a classificação do preso

para que este receba o tratamento adequado, permitindo uma melhor assistência e um estabelecimento prisional adequado, com o intuito de ressocializar o apenado com desenvolvimento de valores e princípios, possibilitando uma boa convivência em sociedade, ocorre que, na prática não é levado a sério essas premissas, por não oferecer condições mínimas para a realização de todo o processo assistencial e reeducador. (SALO, 2015).

Apesar do exame criminológico não ser obrigatório a Lei 10. 792/2003) dita que ele possui um papel importante na formação e convicção do juiz, de modo que permite uma avaliação mais profunda do agente, abrangendo o seu risco em convívio com a sociedade.

A seguir, o entendimento de Marcão a respeito do exame criminológico e a sua obrigatoriedade, bem como a polêmica sobre a sua extinção, explicita claramente que:

Não é correto dizer que a Lei n. 10.792, de 1º de dezembro de 2003, acabou com o exame criminológico. Com efeito, é certo que, mesmo após o advento da referida lei, a teor do disposto no art. 5 da Lei de Execução Penal, que permaneceu intocado, os condenados serão classificados, segundo os seus antecedentes e personalidade, para orientar a individualização da execução penal. A classificação será feita por Comissão Técnica, a quem incumbirá elaborar o programa individualizador da pena privativa de liberdade adequada ao condenado ou preso provisório, como determina o art. 6º. Visando a obtenção dos elementos necessários a uma adequada classificação e com vistas à individualização da execução, nos termos do art. 8 da Lei de Execução Penal, o condenado ao cumprimento de pena privativa de liberdade em regime fechado ainda deverá ser submetido a exame criminológico, sendo o mesmo exame apenas facultativo para o condenado que tiver de iniciar o cumprimento da pena privativa de liberdade em regime semiaberto (MARCÃO, 2012).

A composição do exame criminológico possui as seguintes premissas, conforme nos ensina Salo (2015) a avaliação jurídica do preso incluindo a sua personalidade carcerária e importante e necessária para definição do caráter reincidente.

Já no exame biológico também chamado de exame médico o agente é examinado em seu plano físico atestando as suas condições de normalidade, o

exame psiquiátrico tem o fito de identificar algum tipo de transtorno mental, com a análise da possibilidade de distúrbios psíquicos que possa ter contribuído para a prática delituosa, bem como, a presença ou não de psicopatia e o risco de violência, os exames padronizados para estes fins é o HCR-20 e o PCL-R. (ABDALLA, 2014)

O exame PCL-R é um exame padronizado exclusivo para o uso no sistema penal Brasileiro e a sua finalidade é avaliar a personalidade do preso e prever a reincidência criminal, buscando separar os bandidos comuns dos psicopatas e portadores de transtorno mental. (ABDALLA, 2014)

O exame HCR-20 trata-se de uma avaliação, a sigla HCR-20 deve sua nomenclatura ao fato de este instrumento ser constituído de 20 (vinte) itens a serem analisados, os 10 (dez) itens são referentes ao passado, ou seja, a história do examinando, 5 (cinco) correspondem aos fatores presentes do ponto de vista clínico e os últimos 5 (cinco) relacionam-se à fatores futuros relacionados ao gerenciamento de risco (ABDALLA, 2014).

O exame psicológico tem como base entrevistas, acompanhadas de testes psicológicos adequados a cada situação com relação ao que se deseja investigar.

E por último temos a análise das condições sociais do indivíduo sob perícia, com a necessidade de entrevistas familiares, condições socioeconômicas e os vínculos afetivos entre os familiares (LOBO, 2012).

Vale ressaltar que na prática o exame não possui efetividade e a grande relevância do exame é associada com relação ao crime praticado ou que venha a ser praticado (XAVIER, 2006).

A época do exame realizado e o resultado é uma crítica que merece ser analisada com mais atenção, pois se percebe que atualmente nosso País sofre por falta de investimentos e recursos sobre esse tema.

Resta concluir que o exame criminológico além de propiciar uma análise mais profunda do indivíduo estabelece e guia a sua condenação e para se chegar a isso o caminho pode ser a aplicação das medidas de segurança com base no incidente de insanidade mental ou o regimento normal de execução penal (XAVIER,

2006).

## **2.4 Parecer das comissões técnicas de classificação**

O conceito do parecer das comissões técnicas de classificação é previsto no artigo 5º, da Lei 7.210/1984 no qual dispõe que os condenados serão classificados, segundo os seus antecedentes e personalidade, para orientar a individualização da execução penal. Acerca disso, é interessante comparar que essa classificação tem relevância para a aplicabilidade das medidas de segurança de modo que irá criar um projeto terapêutico individual e monitorar a evolução do apenado (LOBO, 2012).

Com o parecer das comissões técnicas de classificação é elaborado o programa de individualização conforme nos ensina Lobo (2012), e com o acompanhamento da execução da pena ou medida de segurança se chega à progressão ou regressão, até mesmo a prescrição ou término das medidas de segurança.

Para a elaboração do programa de individualização é necessário o resultado dos exames criminológicos, tendo em vista o resultado da possibilidade ou não da reinserção social, a vista disso, destaca-se a pequena possibilidade do portador de doença mental que tem propensão as práticas criminosas e cessar a periculosidade bem como ressocializar-se na sociedade como normal (MIRABETTE, 2002).

Na composição das comissões técnicas de classificação temos o seguinte:

Art. 7º A Comissão Técnica de Classificação, existente em cada estabelecimento, será presidida pelo diretor e composta, no mínimo, por 2 (dois) chefes de serviço, 1 (um) psiquiatra, 1 (um) psicólogo e 1 (um) assistente social, quando se tratar de condenado à pena privativa de liberdade. Parágrafo único. Nos demais casos a Comissão atuará junto ao Juízo da Execução e será integrada por fiscais do serviço social.

Com a falta de algum exame necessário, a comissão deverá solicitar as diligências e os exames necessários para o andamento regular da individualização,

pois o andamento processual depende desses requisitos (ZAFFARONI, 2015).

A doutrina cita que existe uma proposta de mudança do nome comissão técnica de classificação para comissão técnica interdisciplinar, diante da extrema dificuldade na classificação dos resultados propiciados pelo parecer (SALO, 2015).

Quanto à proposição das conversões temos a regulamentação prevista no artigo 6º, da Lei de Execuções Penais que podem ser: da pena privativa de liberdade em restritiva de direito, das penas restritivas de direito em privativa de liberdade, da pena de multa em detenção, da pena privativa de liberdade em medidas de segurança e do tratamento ambulatorial em internação (MIRABETE, 2002).

Podemos dizer que o parecer da comissão técnica age diretamente na política criminal traçando os objetivos legais da proposta da humanização da pena, com esse entendimento temos o ensinamento de Zaffaroni no qual diz que:

Do que se viu até este momento pode-se chegar a duas conclusões: em primeiro lugar é o Estado que cria as condutas criminalizáveis, que criminaliza. Em segundo lugar, deduz-se que, na verdade, não existem criminosos e sim criminalizados. Esse processo de criminalização pode ser dividido em dois. A criminalização primária e a secundária. A criminalização primária é o ato e o efeito de sancionar uma lei penal material que incrimina ou permite a punição de certas pessoas e a criminalização secundária é a ação punitiva exercida sobre pessoas concretas, que acontece quando as agências policiais detectam uma pessoa que supõe-se tenha praticado certo ato criminalizado primariamente. A primeira é realizada pelos legisladores e a segunda por agências estatais como Polícia, Ministério Público e Poder Judiciário (ZAFFARONI, 2004).

Sobre o contexto, Mirabete (2002) prega que o correto seria que houvesse um estabelecimento próprio para observação e seleção, pois em lugar de destinação esquemática a determinado estabelecimento penal, se possibilite preliminarmente decidir de acordo com o julgamento da personalidade, qual o estabelecimento mais apropriado para o condenado. Com esse pensamento chegaríamos a uma aplicação legal e mais ressocializadora do indivíduo.

Insta salientar que atualmente são vários os países que adotam um sistema penitenciário em três fases: a observação, o tratamento penitenciário e a

reinserção na sociedade. De tal sistema, podemos verificar o quanto é importante a existência de uma observação prévia adequada, o que, na prática, não ocorre em nosso país. Comenta Júnior (2015) que a Lei de Execução Penal é boa, sendo que se a prática não a acompanha, deve-se alterá-la, não a lei. Expusemos que não se individualiza adequadamente a pena e é rara a formação de uma Comissão Técnica de Classificação nos moldes do previsto no art. 7º da Lei de Execução Penal.

Conclui-se que o parecer das comissões técnicas de classificação tem a sua relevância no âmbito processual, sociológico e psicológico, introduzindo política criminal de modo que o indivíduo e a sociedade tenham mais segurança baseado nesses pareceres e organização penitenciária encaminhando e proporcionando ao magistrado um norte para a sua escolha, por embasar melhor a periculosidade do agente.

## **CAPÍTULO III - DAS MEDIDAS DE SEGURANÇA E SUAS MODALIDADES**

Os institutos das espécies de medidas de segurança estão previstos nos artigos 96 e 99 do Código Penal e são definidos como internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico, ou outro estabelecimento adequado, bem como à sujeição a tratamento ambulatorial. Consequente temos a má estrutura do Estado para a efetividade no cumprimento de tais medidas.

### **3.1 Tipos de Medidas de Segurança**

As medidas de segurança têm em seu escopo um caráter preventivo e curativo, visando evitar que o inimputável e o semi-imputável, mostrando periculosidade venha a cometer infração penal. Em visão minoritária Para Luiz Vicente Cernicchiaro e Assis Toledo entendem que a medida é instituto de caráter puramente assistencial ou curativo, (NUCCI, 2011).

Para definir melhor a aplicação das medidas de segurança é necessário compreender as duas espécies previstas no Código Penal, em seu artigo 96, no qual dita que a internação psiquiátrica equivale ao regime fechado da pena privativa de liberdade, inserindo então o paciente no hospital de custódia ou estabelecimentos com características similares, visando o tratamento curativo, com fixação do prazo mínimo de 1 (um) a 3 (três) três anos. Em regra, esse prazo é indeterminado pelo entendimento de enquanto persistir a periculosidade do agente este deverá ser submetido ao tratamento de inimputável (ALBUQUERQUE, 2014).

Diante disso, o paciente deve ser submetido a análises de perícia médica

com frequência, a fim de averiguar qual o melhor tratamento, visando sempre o princípio da dignidade humana. Bitencourt (2007) enfatiza que a medida de segurança vige por tempo indeterminado, até que cesse a periculosidade, constatada através de perícia médica. O prazo mínimo estabelecido no parágrafo acima, trata-se apenas de um marco para a realização do primeiro exame pericial

Interessante destacar que, a medida aplicável como detenção, por si só, não é suficiente para determinar a conversão de internação em tratamento ambulatorial, sendo necessário examinar as condições do agente para constatar a compatibilidade da referida medida. O tratamento não é imutável, vez que em qualquer fase poderá ser determinada a internação ou no caso de melhoria do paciente extinguir a medida (CARVALHO, 2015).

Passamos a análise das características da aplicação no que tange à internação em hospital de custódia ou tratamento psiquiátrico que é de caráter obrigatório quando o juiz sentenciar com pena de reclusão; e por tempo indeterminado, dependendo no caso da cessação da periculosidade, que será auferida por perícia médica quanto ao fim da periculosidade deverá ser averiguado pelo prazo previsto no artigo 97 do Código Penal. A Lei de Execução Penal, em seu art. 176, expõe que a averiguação pode ocorrer a qualquer tempo, se assim determinar o juiz da execução (ALBURQUEQUE, 2014).

Outros penalistas entendem que, na falta de vaga, a internação ocorrerá em hospital comum ou particular, evitando custodiar o paciente em cadeia pública. Comunga do mesmo pensamento Capez, ou seja, constitui constrangimento ilegal a manutenção de réu destinatário da medida de segurança em estabelecimento inadequado por inexistência de vaga em hospital (CAPEZ, 2005).

A espécie como detenção é regulada pelo tratamento ambulatorial que é medida menos gravosa, não sendo necessário a reclusão do paciente em nenhuma instituição e este cumprirá a medida com a finalidade exclusivamente curativa.

O tratamento ambulatorial é apenas uma possibilidade que as circunstâncias pessoais e fáticas indicarão ou não a sua conveniência. A

punibilidade com pena de detenção, por si só, não é suficiente para determinar a conversão da internação em tratamento ambulatorial. É necessário examinar as condições pessoais do agente para constatar a sua compatibilidade ou incompatibilidade com a medida mais liberal. Claro, se tais condições forem favoráveis, a substituição se impõe (BITENCOURT, 2007).

Sob a égide desse tratamento se apresentam algumas características, e a primeira refere-se ao tipo de pena detenção no qual o juiz irá submeter o paciente ao tratamento ambulatorial, já a segunda é o encaminhamento do paciente para o Centro de Atenção Psicossocial – CAPS ou assistência psicológica com avaliações periódicas (ALBUQUERQUE, 2014).

Ademais, a lei não especifica qual seria outro local de dependência médica destinada aos pacientes submetidos a internação em hospital de custódia, por fim, a Lei de Execução Penal, em seu artigo 176 expõe que a constatação da periculosidade pode ocorrer a qualquer tempo, se assim entender o Juiz (ALBURQUEQUE, 2014).

Quanto a imposição do tratamento médico psiquiátrico sem a obrigatoriedade de que o paciente fique internado essa espécie guarda relação com a pena restritiva de direitos, ou seja, o sentenciado é obrigado a comparecer periodicamente ao médico para acompanhamento conforme previsto no artigo 96, II, do Código Penal, (NUCCI, 2011).

Assim como na espécie detentiva, a sujeição ao tratamento ambulatorial será fixada como pena mínima de 1 (um) a 3 (três) anos e a legislação autoriza a transferência do agente em qualquer fase do regime de tratamento ambulatorial para o regime mais gravoso se essa procedência for necessária para fins curativos (GRECO, 2006).

Vale dizer, que nesta modalidade é dispensado o tratamento que implica a internação em dias determinados, tais dias na prática são de 6 (seis) em 6 (seis) meses, frisa-se que na aplicação do tratamento o paciente na maioria dos casos utiliza medicamentos prescritos pelo psiquiatra, com acompanhamento de psicólogo

(MARCÃO, 2017).

Com isso, a análise de Mirabete (2010) é de que o tratamento ambulatorial deve ser realizado de modo que a Administração da Segurança Pública possa controlá-lo eficientemente, possibilitando, inclusive, que o juiz determine a internação se essa providência for necessária para fins curativos

Ressalte-se que não é a imputabilidade ou semi-imputabilidade que norteará a aplicação de uma ou outra espécie de medida de segurança, e sim a natureza da pena aplicável ao caso concreto, que se for de detenção permite a aplicação de tratamento ambulatorial e, via de regra, a última espécie é a mais aplicada em nosso ordenamento jurídico (ALBURQUEQUE, 2014).

Contudo, podemos concluir que as espécies de medidas de segurança são necessárias a fim de identificar o nível de periculosidade do inimputável e semi-imputável, evitando as chances de o agente voltar a delinquir, a fim de chegar à cessação e extinção da periculosidade do paciente.

### **3.2. A estrutura ineficaz do Estado para a efetividade das medidas de segurança**

Entende Risso (2018) que a responsabilidade do Estado, de um modo geral, conforme previsto no artigo 144 da Constituição Federal: “segurança é um dever do Estado, direito e responsabilidade de todos, logo este tem o dever de garantir a efetividade das medidas de segurança”.

Para entendermos melhor a estrutura falha da segurança pública é de suma importância saber sobre o planejamento de políticas públicas adotadas e baseadas, no qual merece críticas por se basear em dados e estatísticas, não se avaliando de fato o que dá certo ou errado. Assim, os recursos para garantir tal efetividade são ineficazes, vez que não se valoriza na prática programas de prevenção voltados a aplicação terapêutica da medida, não há uma fiscalização branda referente a finalidade das medidas de segurança (RISSO, 2018).

O nosso ordenamento jurídico quase não aplica a espécie de medida com

a internação do paciente em hospitais de custódia, e por não ter lugares adequados acaba se tratando de um investimento de custo alto, sendo então deixado de lado e não tendo a sua devida finalidade preventiva e terapêutica, mesmo com previsão legal, conforme se verifica na Lei Penal, restando assim, apenas a segunda espécie que tem bastante aplicação em nosso ordenamento (RISSO, 2018).

Caso as nossas autoridades tivessem mais responsabilidades na efetividade das medidas de segurança, os profissionais que atuam na assistência social, psicológica, de saúde e educação dentro do sistema penitenciário e todos os demais profissionais capacitados seriam mais valorizados e teríamos mais efetividade na prática (RISSO, 2018).

Ademais, constitui constrangimento ilegal o fato de alguém que recebeu medida de segurança ser mantido em regime fechado no sistema comum carcerário por inexistência de vagas em hospital específico, ou seja, o Estado não pode deixar o paciente em local inadequado por conta da má estrutura na efetividade das medidas (MARCÃO, 2017).

Com isso, podemos concluir que a estrutura ineficaz do Estado necessita de mais investimentos e de fiscalização, a fim de evitar uma medida que perdure anos sem a devida necessidade.

### **3.3. Revogabilidade ou Reforço das Medidas de Segurança**

A cessação da periculosidade é averiguada no fim do prazo da duração da periculosidade, através de exames periciais do paciente. Para isso, a autoridade administrativa deverá até 1 (um) mês antes do prazo final e concluir os exames e remeter ao juiz da execução o relatório terá a finalidade de habilitar a revogabilidade ou a permanência da medida (JESUS, 2012).

O exame é instruído por laudo psiquiátrico, e logo após o Ministério Público e o Curador ou Defensor serão ouvidos, exigência esta que caracteriza a relevância e legalidade do procedimento. Caso as partes requererem novas diligências, o juiz poderá deferir ainda que terminado o prazo da duração mínima da

medida de segurança e posteriormente decidir a cessação ou o reforço da medida. (MARCÃO, 2017).

É de se observar que a desinternação ou liberação tem um caráter condicional. Isso quer dizer, que nessas situações deve-se analisar a possibilidade de o paciente praticar algum fato indicativo que perquire a periculosidade (MARCÃO, 2017).

Com a revogabilidade ou cessação da periculosidade, caso o liberado cometa a prática de fato ilícito, após o prazo de 1 (um) ano, deverá haver novo julgamento, vez que não tem como voltar a cumprir a medida anterior imposta. Saliente-se com a cessação da periculosidade não há que se falar em medida extinta, mas somente em suspensão (MARCÃO, 2017).

Se o juiz a partir dos elementos angariados estabelecidos na Lei de Execução Penal, na convicção de que cessou a periculosidade do agente, suspender-se-à a execução da medida, determinando a desinternação ou a liberação do paciente. Contudo, somente será cabível após o trânsito em julgado da decisão que concluir a cessação da periculosidade (NAVENA, 2018).

Nesse íterim, as partes poderão interpor recurso que é especificamente agravo em execução, esta por sua vez suspenderá a desinternação ou liberação, e continua sendo executada a medida de segurança até que a decisão que a suspendeu torna-se irrecurável (NAVENA, 2018).

Tendo em vista, o grau de desajuste mental do executado é possível que o juiz determine a internação do agente, ou seja, há a necessidade do reforço da medida até persista no momento adequado (NUCCI, 2011).

O reforço das medidas de segurança será possível quando o juiz da execução, após o procedimento estabelecido no artigo 175, V da Lei de Execução Penal perceber que há persistência da periculosidade, determinará sua manutenção. Vejamos o que estabelece o artigo acima mencionado:

A cessação da periculosidade será averiguada no fim do prazo mínimo de duração da medida de segurança, pelo exame das condições pessoais do agente, observando-se o seguinte; o Juiz, de ofício ou a requerimento de qualquer das partes, poderá determinar novas diligências, ainda que expirado o prazo de duração mínima da medida de segurança.

Nesse caso, a perícia médica investigativa da cessação da periculosidade do paciente à tratamento ambulatorial deverá ser renovado pela autoridade administrativa anualmente, ou a qualquer tempo, se o entender o juiz da execução, bem como sempre observando os limites do procedimento estabelecido em lei. A persistência que mantém a medida de segurança é imposta em decisão fundamentada pelo juiz (NAVENA, 2018).

Insta salientar que na determinação da desinternação ou liberação, deve o juiz impor ao agente as mesmas condições do livramento condicional. Tais classificações segundo Navena (2018), são de natureza obrigatória ou facultativa. As condições obrigatórias determinam que o agente tenha ocupação lícita, devendo comunicar periodicamente sua ocupação lícita ao magistrado da execução, fica proibido de mudar-se sem a prévia autorização judicial. De outra banda, as condições facultativas é a proibição de mudar de residência sem a comunicação ao juízo e à autoridade competente em fiscalizar o livramento, devendo ainda recolher-se à habitação em horário certo, bem como, não frequentar determinados lugares (art. 132, §2º, LEP).

#### **3.4. Extinção das Medidas de Segurança**

Uma vez cessada a periculosidade, ocorrerá a desinternação ou liberação do agente para que este fique em liberdade mediante fiscalização. A extinção ocorrerá após 1 (um) ano de liberdade vigiada, desde que este não tenha cometido nova infração penal (MARCÃO, 2017).

Observa-se que extinta a punibilidade, não subsiste a medida de segurança que tenha sido imposta anteriormente, por força do Código Penal, art. 96, §º (parágrafo) único. Aliás a medida de segurança pode ser extinta por força da pretensão executória, com esse entendimento a 6º (sexta) turma do Superior

Tribunal de Justiça confirmou a referida hipótese. Mas ocorre controvérsias em razão da natureza e finalidade, a medida de segurança não está sujeita ao prazo prescricional e deve perdurar enquanto durar a periculosidade (CONJUR, 2010).

Por oportuno, cabe ressaltar que o conceito de prescrição é: “a perda do direito de punir do Estado pelo seu não exercício em determinado lapso de tempo” e segundo Damásio de Jesus (2012), a prescrição da pretensão punitiva e executória, têm parâmetro no art. 109 do Código Penal.

Fernando Capez (2012) entende que a medida de segurança está sujeita a prescrição, porém não há na legislação dispositivo que o regule. Desta forma, não havendo imposição de pena, o prazo prescricional será calculado com base no mínimo abstrato cominado ao delito cometido pelo agente. Ademais, existe posicionamento de que o prazo deverá ser calculado com base no máximo da pena em abstrato.

Referente ao tratamento da medida de segurança substitutiva, há posicionamento de que deve ser considerada a pena cominada na sentença substitutiva (CAPEZ, 2002). Acolhe a este entendimento, Delmanto no qual aduz que a substituição da pena privativa de liberdade por medida de segurança de tratamento não impedindo o reconhecimento da prescrição pela pena concretizada substituída (DELMANTO, 2010).

O Código Penal (Lei 7.209/1984) dita que a prescrição é uma das causas de extinção da punibilidade, ou seja, não mais se impõe a medida de segurança. Vejamos o seguinte julgado que reconhece a prescrição de ofício

Prescrição da pretensão punitiva, na forma retroativa. Medida de segurança. Agente inimputável. Sentença absolutória que não interrompe o transcurso temporal. Lapso decorrido entre a data do recebimento da denúncia e a da publicação da sentença, considerada a pena in abstrato. Extinção da punibilidade decretada, de ofício (BRASIL, 2013).

É de se observar que o Estatuto Penal Brasileiro silenciou ao tratar das medidas de segurança e da sentença absolutória, sendo que, diante da omissão da lei, a doutrina e jurisprudência firmaram entendimento de que é cabível a prescrição,

tanto na pretensão punitiva e executória (BRASIL, 2013,).

Assim, extinta a punibilidade, não se impõe medida de segurança e nem subsiste a que tenha sido imposta. Se o Estado não tem mais o direito de punir, pode impor a pena, então não poderá aplicar a medida de segurança (GRE 2006).

## **CONCLUSÃO**

Conclui-se que o estudo dos efeitos da doença mental no processo penal e a efetividade das medidas de segurança é de grande relevância em nosso abarcamento jurídico e a sua finalidade terapêutica não tem uma efetividade branda, o que acaba gerando na prática um descaso na sua aplicabilidade.

O processo histórico das doenças mentais conforme analisado se deriva de inúmeros fatores envolvendo patologia e fatores genéticos, com isso, o dever do nosso ordenamento é garantir a aplicação dos direitos que a nossa Constituição Federal assegura no presente caso.

O Estado possui responsabilidade no dever de cumprir e fiscalizar as medidas de segurança e observando a prática, em regra, não há o devido cumprimento, principalmente quando o aprisionamento do doente mental é efetivado em celas comuns, deixando de segundo plano o incidente da insanidade mental.

O agente na maioria dos casos é tratado com a aplicação da pena comum, tornando-se mais frequente a ideia de planejamento de mais crime, bloqueando-se a prevenção e o caráter terapêutico.

A necessidade de identificar o nível de periculosidade do inimputável e semi-imputável evita a reincidência do paciente, a fim de se chegar então à cessação e extinção da periculosidade do paciente. Resta dizer que a medida de segurança visa a reintegração e o convívio social do paciente.

Ademais, questões problemáticas, como a demora de realizar todos os exames psicológicos, até o parecer do Juiz e a nomeação do curador especial para acompanhar e auxiliar nas medidas de segurança a situação mental do indivíduo pode piorar.

Os estabelecimentos que agregam esses indivíduos são cadeias comuns e quando observado alguns requisitos o estabelecimento (psiquiátrico ou ambulatorial) é precário na maioria dos casos.

Relevante dizer que constitui constrangimento ilegal o fato de alguém que recebe as medidas de segurança ficar mantido em regime impróprio por inexistência de vagas em hospital específico, ou seja, o Estado não pode manter o paciente em local inadequado pela má estrutura da segurança pública.

## REFERÊNCIA

ABDALLA, Elias Filho. **Avaliação de Risco de Violência em Psiquiatria Forense**. Disponível em: <http://www.scielo.com.br>. Acesso em: 04 mar. 2019.

ALICE, Hirdes. **A Reforma Psiquiátrica no Brasil**. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 13 nov. 2018.

ALBURQUEQUE, Joadelson Rodrigues. **O Instituto das Medidas de Segurança e os Manicômios Judiciais no Estado do Tocantins**. Disponível em: <http://www.conteudojuridico.com.br>. Acesso em: 20 mar. 2019.

AMARANTE, Paulo. **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. 2º ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

**O Homem e a Serpente. Outras Histórias para a Loucura e a Psiquiatria**. 3º ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

BADER, Sawaia. **As Artimanhas da Exclusão**. 2º ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2002.

BITENCOURT, Cezar Roberto. **Tratado de Direito Penal Parte Geral 1**. 3º ed. São Paulo: Saraiva, 2007.

BOCK, Ana. **A Psicologia Sócio Histórica**. 3º ed. São Paulo: Cortez Editora, 2003.

BRASIL, Ministério da Saúde e Educação. **Profilaxia mental e fiscalização dos serviços psiquiátricos**. Decreto Lei nº 24. 559/1934.

Tribunal de Justiça de Santa Catarina. **Apelação criminal** nº 2012.003069-1. Relator: Newton Varella Júnior Videira. 11 jul. 2013. Disponível em: <http://tj-sc.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/5129152/recurso-criminal-rccr1171-sc-2002000117-1/inteiro-teor-11596163>. Acesso em: 14 mar. 2019.

BRUNO, Anibal. **A Reforma do Código Penal**. 3º ed. São Paulo: Saraiva, 2000.

CAPEZ, Fernando. **Curso de Direito Penal parte geral**. 16º ed. São Paulo: Saraiva, 2012.

CARRARA, Sérgio. **Crime e loucura: O Aparecimento do Manicômio Judiciário na Passagem do Século**. 4º ed. São Paulo: EdUSP, 1998.

CARVALHO, Salo de. **Penas e Medidas de Segurança no Direito Penal Brasileiro**. 2º ed. São Paulo: Saraiva, 2015.

COSTA, Augusto Cesar de Farias. **Direito, Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica**. 3º ed. Rio de Janeiro: Fiocruz: 2003.

COORDENAÇÃO Geral da Saúde. **Reforma Psiquiátrica e Política De Saúde Mental No Brasil**. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br>. Acesso em: 25 nov 2018.

CONJUR, Revista Consultor Jurídico. **Medida de Segurança Pode Ser Extinta Por Prescrição**. Disponível em: <https://www.conjur.com.br>. Acesso em: 13 abr. 2019.

CRUZ, Rodolfo Ferreira Lavor Rodrigues. **A conduta social e a personalidade do agente**. Disponível em: <https://www.conteudojuridico.com.br>. Acesso em: 04 mar. 2019.

DELMANTO, Fabio M. de Almeida. **Código Penal Comentado**. 8º ed. São Paulo: Saraiva, 2010.

FOUCAULT, Michel. **Doença mental e psicologia**. 2º ed. Rio de Janeiro: Editora Perspectiva, 1954.

**História da Loucura na idade clássica**. 1º ed. Rio de Janeiro: Editora Perspectiva, 1978.

GRECO, Rogério. **Código Penal Comentado**. 3º ed. Niterói: Impetus, 2006.

GREYCE, Kelly. **A estigmatização da loucura e a exclusão social**. São Paulo: Atlas, 2016.

HILLER, Neiva Marcelle. **Evolução histórica da medida de segurança na legislação brasileira**. Disponível em: <http://www.pucrs.br>. Acesso em: 30 jan. 2019.

JESUS, Damásio de. **Direito Penal Parte Geral**. 33º ed. São Paulo: Saraiva, 2012.

LOBO, Ana Carolina Schmidt. **O Papel Do Psiquiatra E Da Psicologia Na Execução Penal**. Disponível em: <http://www.conjur.com.br>. Acesso em: 30 jan. 2019.

MANITA, Celina. **Personalidade Criminal E Perigosidade Criminal**. Disponível em: <http://sigarra.up.pt.br>. Acesso em: 28 fev. 2019.

MARCÃO, Renato. **Curso De Execução Penal**. 12º ed. São Paulo: Saraiva, 2012.  
**Curso De Execução Penal**. 15º ed. São Paulo: Saraiva, 2017.

MARQUES, José Frederico. **Tratado Do Esforço Histórico Dos Códigos Penais**. 4º ed. São Paulo: Saraiva, 2001.

MIRABETE, Júlio Fabbrini. **Execução penal: Comentários à Lei nº 7.210, de 11 jul. 1984**. 11º ed. São Paulo: Atlas, 2004.

MILLANI, Carlos. **O caminho da loucura e a transformação da assistência aos portadores de sofrimento mental**. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo>. Acesso em: 3 out. 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Direito Sanitário E Saúde Pública**. Disponível em: <http://bvsms.saude.org.br>. Acesso em: 23 nov. 2018.

NAVENA, Norbeto. **Execução penal**. 5ºed. São Paulo: Editora Forense Ltda, 2018.

NOVINSKY, Anita. **A inquisição**. 3º ed. São Paulo: Saraiva, 1986.

NUCCI, Guilherme de Souza. **Manual Do Direito Penal Parte Geral**. 7º ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2011.

**Manual De Direito Penal Comentário Às Medidas De Segurança**. 3º ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2016.

PERES, Maria Fernanda Tourinho. **A doença mental no direito brasileiro: inimputabilidade, irresponsabilidade, periculosidade e medidas de segurança**. Disponível em: <http://www.buscalegis.ccj.ufsc.com.br>. Acesso em: 13 fev. 2019.

PEREIRA, João Frayze. **O que é loucura**. 1º ed. São Paulo: Editora cultura, 1985.

PORTELLA, Romildo Nunes. **Psiquiatria E Saúde Mental**. 1º ed. São Paulo: Saraiva, 2001.

REY, Philipe Marius. **Hospício Dom Pedro II**. Disponível em: <http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br>. Acesso em: 26 nov. 2018.

RISSO, Melina. **Segurança Pública Para Virar O Jogo**. 1º ed. São Paulo: Zahar, 2018.

SALO, Carvalho. **Penas E Medidas De Segurança No Direito Penal Brasileiro**. 2º ed. São Paulo: Saraiva, 2015.

SIQUEIRA, Vinicius. **A Constituição Histórica Da Doença Mental**. Disponível em: <https://colunastortas.com.br>. Acesso em: 12 nov. 2018.

VASCONCELOS, Isabel. **Concepções De Loucura Em Um Traçado Histórico**. Disponível em: <https://www.pepsic.bvsalud.org.br>. Acesso em 14 fev. 2019.

ZAFFARONI, Eugenio Raul. **Reflexões Acerca Do Anteprojeto De Lei Referente À Parte Geral Do Código Penal Do Brasil**. 1º ed. São Paulo: Revista Ciência Penal, 1981.

**Manual De Direito Penal Parte Geral**. 5º ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2004.

ZAHAR, Thomas. **A Fabricação Da Loucura**. 3<sup>o</sup> ed. São Paulo: Szazs, 1976.

ZURITA, Robsmeire Calvo Melo. **Sáude Mental E Reforma Psiquiátrica No Brasil**. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.com.br> . Acesso em: 14 nov. 2018.