

JAMAICA AGUIAR ROCHA

**A INEFICÁCIA DO TRATAMENTO PENAL DISPENSADO AOS
INFRADORES PORTADORES DE TRANSTORNOS MENTAIS**

TEÓFILO OTONI – MG
FACULDADES UNIFICADAS DE TEÓFILO OTONI

2015

JAMAICA AGUIAR ROCHA

**A INEFICÁCIA DO TRATAMENTO PENAL DISPENSADO AOS
INFRADORES PORTADORES DE TRANSTORNOS MENTAIS**

Monografia apresentada ao Curso de Direito das
Faculdades Unificadas de Teófilo Otoni, como
requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel
em Direito.

Área de Concentração: Direito Penal

Orientação: Prof. Roberto Metzker Colares Pacheco

TEÓFILO OTONI – MG

FACULDADES UNIFICADAS DE TEÓFILO OTONI

2015



FACULDADES UNIFICADAS DE TEÓFILO OTONI

NÚCLEO DE TCC / CURSO DE DIREITO

Reconhecido pela Portaria 321 de 28/12/2012 - MEC

FOLHA DE APROVAÇÃO

A monografia intitulada: *A ineficácia do tratamento penal dispensado aos infratores portadores de transtornos mentais,*

elaborada pela aluna Jamaica Aguiar Rocha,

foi aprovada por todos os membros da Banca Examinadora e aceita pelo curso de Direito das Faculdades Unificadas de Teófilo Otoni, como requisito parcial da obtenção do título de

BACHAREL EM DIREITO.

Teófilo Otoni, 23 de novembro de 2015

Professor Orientador: Roberto Metzker Clares Pacheco

Professora Examinadora: Cláudia Regina de Oliveira Rodrigues

Professor Examinador: Serafim Magalhães Júnior

Dedico aos meus pais, pela dedicação de sempre e que tanto trocem pelo meu sucesso.

AGRADECIMENTOS

A Deus minha eterna gratidão, sem Ele nada seria possível. Mais uma etapa vencida. Agora mudam-se as metas e expectativas para novas conquistas.

Agradeço infinitamente aos meus pais Roberto e Tereza, pelas coisas que deixaram de ter e fazer em prol de mim, e perdão por todos os meus erros, saibam que eu os amo muito. Dedico essa conquista a vocês! Aos meus irmãos, Jean e Roberta, carrego a certeza que nunca estive só, amo vocês. Minhas avós, guerreiras e amáveis, foram fundamentais na minha formação.

Aos meus tios e primos que transformam a convivência familiar alegre e descontraída! A minha cunhada Dirce e meu sobrinho Pietro, pelo carinho de sempre, amo vocês!

Queridas amigas, sei que posso contar com vocês sempre, obrigada por ouvir, rir e chorar comigo. Markin, essa fase final não seria a mesma sem você, obrigada!

Agradeço aos amigos que conquistei durante essa jornada, levarei todos no meu coração.

Sei que mais realizações virão e serei sempre grata! Que Deus nos abençoe!

RESUMO

A presente monografia intitulada “A ineficácia do tratamento penal dispensado aos infratores portadores de transtornos mentais. Visa tratar da discussão sobre a ineficácia do tratamento penal dispensado aos infratores portadores de transtornos mentais, sujeito de direito, processado ou sentenciado no sistema penal. Este tema é, por vez, muito polêmico, e necessita de melhor compreensão. Sendo assim, faz-se mister ser debatido, para entender como os operadores do Direito agem diante dos casos de transtornos mentais e se realmente é eficaz o tratamento que a lei dispensa ao doente mental frente a um delito cometido. Para a realização da pesquisa foram utilizados bibliografias, doutrinas, revistas jurídica pertinentes ao tema, fazendo explanação através de conhecimentos adquiridos por meio das revisões.

Palavras- chaves: Ineficácia; Transtorno Mental; Inimputabilidade.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	8
1 DIFERENÇA ENTRE IMPUTABILIDADE, INIMPUTABILIDADE E SEMI-IMP UTABILIDADE	11
1.1 IMPUTABILIDADE	111
1.2 INIMPUTABILIDADE	13
1.3 SEMI-IMP UTABILIDADE.....	15
2 TRATAMENTO PENAL DISPENSADO AOS INFRATORES PORTADORES DE TRANSTORNOS MENTAIS	17
2.1 MEDIDA DE SEGURANÇA.....	19
2.1.1 Espécies de Medida de Segurança	20
2.1.2 Tipos de estabelecimentos.....	22
2.1.3 Início da execução da Medida de Segurança.....	23
2.1.4 Prazo de duração das Medidas de Segurança.....	24
2.1.5 Exame de verificação da cessação da periculosidade	26
2.1.6 Desinternação ou liberação condicional do agente	27
2.1.7 Substituição da pena por Medida de Segurança	28
2.1.8 Extinção de punibilidade	29
2.1.9 Direitos do Internado	30
3 INEFICÁCIA DO TRATAMENTO PENAL DISPENSADO AOS INFRATORES PORTADORES DE TRANSTORNOS MENTAIS	32
3.1 A REALIDADE DOS HOSPITAIS DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO DO BRASIL.....	34
4 REFORMA PSIQUIÁTRICA E LUTA ANTIMANICOMIAL	36
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	39
REFERÊNCIAS	40

INTRODUÇÃO

O instituto do Direito Penal brasileiro tem como finalidade apresentar o conjunto de normas jurídicas, nas quais definem as infrações de natureza penal e suas respectivas sanções, estas podendo ser pena ou medida de segurança.

Todo aquele que pratica um ato ilícito deve responder por isto e é dever do Estado proporcionar os meios adequados para que o indivíduo possa cumprir a sua pena com seus respectivos direitos garantidos.

No que tange aos infratores portadores de doenças mentais a realidade é totalmente contrária do que é previsto em lei.

Estes indivíduos são encaminhados ao Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico ou modalidade ambulatorial para que sejam tratados e possam retornar ao convívio social.

A medida de segurança é direcionada para aquele infrator considerado como inimputável, pelo fato da doença mental, desenvolvimento mental incompleto ou retardo, não compreende o caráter ilícito do ato praticado. Tal medida de segurança também pode ser imposta para o sujeito semi-imputável, entretanto, a medida de segurança somente será aplicada para estes quando houver o carecimento de tratamento curativo especial.

Para que haja a comprovação da inimputabilidade do agente, se faz necessário a realização da perícia médica e posteriormente a comprovação, deve ser aplicada a medida de segurança.

A principal finalidade da medida de segurança é ser preventiva, visto que o procedimento é tratar do infrator portador de transtornos mentais para este não venha a delinquir novamente, pois a medida de segurança tem como pressuposto básico a cessação da periculosidade do agente, oferecendo para estes os devidos tratamentos para que não venha a delinquir novamente.

Entretanto, a realidade do Estado é totalmente contrária do que todos esperam. Os referidos hospitais não cumprem com a sua finalidade e as perícias médicas são realizadas em períodos diferentes, sendo somente definida em lei o prazo para que ocorra a primeira perícia, após respeitado este prazo em qualquer momento pode ser realizada novamente.

Dessa forma, existe a possibilidade do infrator portador de transtornos mentais permanecerem por mais tempo nos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátricos, ao contrário do que ocorre na pena privativa de liberdade, onde é determinado o prazo para seu término.

Com isso, o presente trabalho irá explanar sobre as aplicabilidades ineficazes da medida de segurança, dificultando assim o retorno do indivíduo ao convívio social.

Analisar se o tratamento penal dispensado aos infratores portadores de transtornos mentais está de acordo com o estabelecido em lei, dando ênfase se este possui ou não eficácia comprovada.

Ao se desenvolver a pesquisa teórico-dogmática, serão selecionadas bibliografias, doutrinas, revistas jurídicas pertinentes ao tema, fazendo explanação através de conhecimentos adquiridos por meio das revisões feitas.

A pesquisa será interdisciplinar utilizando-se dos conhecimentos através de várias ciências além do Direito, como a Psicologia e a Medicina. Encontrando o paralelo do estudo social, como o estudo da saúde mental, para deste modo poder aplicar a lei ao caso concreto.

O trabalho terá um viés transdisciplinar, mostrando apontamentos existentes de posicionamentos do Direito Penal e do Direito Constitucional com relação ao tema abordado.

O estudo será dividido em quatro capítulos. O primeiro deles, intitulado “Diferenças entre imputabilidade, inimputabilidade e semi – imputabilidade”, abordará sobre os transtornos mentais de cada indivíduo e como estes deverão ser classificados. O segundo capítulo, cujo título é “ Tratamento penal dispensado aos infratores portadores de transtornos mentais”, versará sobre todas as características da medida de segurança. No terceiro capítulo, denominado “ Ineficácia do tratamento penal dispensado aos infratores portadores de transtornos mentais”, versará sobre a realidade dos tratamentos realizados no hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico do Brasil. No quarto capítulo intitulado “ Reforma Psiquiátrica

e luta antimanicomial”, buscar-se-á tratar das devidas reformas psiquiátricas para melhorar o tratamento dos infratores portadores de transtornos mentais.

1 DIFERENÇA ENTRE IMPUTABILIDADE, INIMPUTABILIDADE E SEMI-IMPUTABILIDADE

Desde muito cedo na história da humanidade com o potencial ofensivo de determinados indivíduos que, por apresentarem padrões mentais anormais, acabavam por representar risco ao convívio social. Durante o decorrer de séculos, evidenciam-se inúmeras tentativas de entendimento e manejo da patologia associada às manifestações de anormalidade mental, bem como se tornam mais frequentes as ações de cunho preventivo que visavam impedir as condutas anti-sociais que violassem diferentes bens jurídicos por parte desses indivíduos portadores de transtornos mentais. Durante a evolução desse processo, se manteve a consciência, de que em alguns momentos diferenciados surgia o carência de que tais indivíduos portadores de transtornos mentais, mereciam um tratamento punitivo diferenciado. Dessa forma, cada grupo social, ao seu tempo e modo, procurou instituir medidas preventivas de segurança e sistemas sancionatórios adequados a essa realidade, dentro do contexto de seus costumes, crenças e sistemas político-jurídicos.¹

1.1 IMPUTABILIDADE

Observa-se que a imputabilidade é aquela que ocorre como um nexo entre o agente e a ação ou omissão com isso imputa-se determinado ato.

A imputabilidade tem como significado atribuir (a alguém) a responsabilidade. Assim, dizemos que a imputabilidade é a possibilidade de atribuir a um indivíduo a responsabilidade por uma infração. Segundo prescreve o artigo 26, do Código Penal brasileiro, podemos, também, definir a imputabilidade como a

¹ Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/27067/000763555.pdf?...1>>.

capacidade do agente entender o caráter ilícito do fato por ele perpetrado ou, de determinar-se de acordo com esse entendimento.²

Segundo Sanzo Brodt (1996, apud GRECCO, 2011, p. 377), a imputabilidade tem o seguinte conceito:

a imputabilidade é constituída por dois elementos: um intelectual (capacidade de entender o caráter ilícito do fato), outro volitivo (capacidade de determinar-se de acordo com esse entendimento). O primeiro é a capacidade (genérica) de compreender as proibições ou determinações jurídicas. Bettiol diz que o agente deve poder 'prever as repercussões que a própria ação poderá acarretar no mundo social', deve ter, pois, 'a percepção do significado ético-social do próprio agir'. O segundo, a 'capacidade de dirigir a conduta de acordo com o entendimento ético-jurídico. Conforme Bettiol, é preciso que o agente tenha condições de avaliar o valor do motivo que o impele à ação e, do outro lado, o valor inibitório da ameaça penal.

No que tange à imputabilidade, insta dizer que são as situações de antijuricidade, que tem como objetivo justificar ou diminuir o ato criminal, pelo fato do agente não ter a plena razão da consciência e assim pode ser feita a qualificação de uma forma melhor, identificando o dolo ou a culpa na consecução do tipo penal.³

Referente a imputabilidade temos o conceito de Capez (2011, p. 331):

é a capacidade de entender o caráter ilícito do fato e de determinar-se de acordo com esse entendimento. O agente deve ter condições físicas, psicológicas, morais e mentais de saber que está realizando um ilícito penal.

Todavia, não é apenas o entendimento da capacidade plena que o agente deve ter o controle da sua vontade, o agente imputável não é somente aquele que tem a ciência de sua conduta, mas também aquele que tem a capacidade de executar suas próprias vontades de acordo com seu entendimento. (PRADO, 2010, p. 157)

² Disponível em: <<http://www.direitonet.com.br/dicionario/exibir/1000/Imputabilidade>>.

³ Disponível em: <<http://jus.com.br/artigos/38351/efeitos-juridico-penais-portadores-de-psiopatia>>.

1.2 INIMPUTABILIDADE

A inimizabilidade no Direito Penal possui duas hipóteses nas quais o agente pode se enquadrar como inimputável. A primeira é aquela que o agente será inimputável em virtude de uma doença mental e a segunda é aquela em que o agente será inimputável em virtude da sua imaturidade natural, ou seja, quando não possui a idade de 18 anos para responder no âmbito penal pelos crimes cometidos ⁴

Com base no artigo 26 do Código Penal brasileiro, se o agente possuir doença mental de forma incompleta, retardada ou esteja em desenvolvimento, o referido artigo o isenta da pena.⁵ (CORREA, 2013)

Com isso, sabe-se que o Código Penal utilizou o critério biopsicológico para poder aferir a inimputabilidade do agente.⁶

Insta dizer, que a nomenclatura de doença mental é alvo de muitas críticas e que na visão de Nelson Hungria (1958, apud Greco, 2010, p. 378) deveria ser utilizada a expressão alienação mental.

O título 'alienação mental', ainda que tivesse um sentido incontroverso em psiquiatria, prestar-se-ia, na prática judiciária, notadamente no tribunal dos juizes de fato, a deturpações e mal-entendidos. Entre gente que não cultiva a ciência psiquiátrica, alienação mental pode ser entendida de modo amplíssimo, isto é, como todo estado de quem está fora de si, alheio a si, ou de quem deixa de ser igual a si mesmo, seja ou não por causa patológica. [...] A preferência pela expressão 'doença mental' veio de que esta, nos tempos mais recentes, já superado em parte o critério de classificação a que aludia Gruhle, abrange todas as psicoses, quer as orgânicas e tóxicas, quer a funcionais (funcionais propriamente ditas e sintomáticas), isto é, não só as resultantes de processo patológico instalado no mecanismo cerebral precedentemente são (paralisia geral progressiva, sífilis cerebral, demência senil, arteriosclerose cerebral, psicose traumática etc.) e as causadas por venenos ab externo (alcoolismo, morfismo, cocainismo,, saturnismo etc) ou toxinas metabólicas (consecutivas a transtornos do metabolismo produzidos por infecções agudas, enfermidades gerais etc.), como também as que representam perturbações mentais ligadas ao psiquismo normal por transições graduais ou que assentam, como diz Bumke, muito verossimilmente sobre anomalias não tanto da estrutura quanto da função do tecido nervoso ou desvios puramente quantitativos, que nada mais traduzem que variedades da disposição física normal, a que correspondem funcionalmente desvios da normal conduta psíquica (esquizofrenia, loucura circular, histeria paranóia)"

⁴ Disponível em: <<http://www.ebah.com.br/content/ABAAABnZOAB/5-direito-penal-fernando-capez?part=6>>.

⁵ Disponível em: <<http://fabriciocorrea.jusbrasil.com.br/artigos/121941384/aprendendo-direito-penal-8-licao>>.

⁶ Idem

Dessa forma, nota-se que o critério utilizado foi o biológico, pelo fato de fazer referência a doença mental em qual que seja seu estado. Contudo, mesmo a doença mental sendo comprovada, essa não será utilizada de forma imediata para ser conduzida a inimputabilidade. (PRADO, 2010, p. 103)

Assim, existe a necessidade de se verificar se ao tempo da ação ou omissão, o agente era incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento, que no caso será analisado o critério psicológico. (PRADO, 2010, p. 103)

Se o agente provar a sua total inimputabilidade, com base em um laudo psicológico, este deverá ser absolvido, com base no artigo 386, inciso VI do Código de Processo Penal brasileiro, de acordo com a nova redação que lhe foi dada pela Lei nº 11.690, de 9 de junho de 2008. (BRASIL, 2013)

O parágrafo único do artigo 26 do Código Penal prevê uma redução de pena de um a dois terços, para o agente que em virtude de perturbação mental ou doença mental em desenvolvimento, completo ou retardado que venha a praticar algum ato ilícito. (BRASIL, 2013)

Nota-se assim, uma diferença existente entre o *caput* e o parágrafo único do artigo 26 do Código Penal. O *caput* do artigo mencionado afirma que o agente deve ser absolvido, mas é aplicada uma medida de segurança e o parágrafo único visa a diminuir a pena, em virtude do agente não ser inteiramente incapaz de entender o ato. (BRASIL, 2013)

Como pode ser notado de forma clara, a consequência jurídica para aqueles que se enquadram no referido artigo é a redução da pena no que diz respeito a consequência psicológica é que o indivíduo será tratado, ou seja, apesar de ter cometido um ato ilícito, este deverá receber os tratamentos para cessar a sua periculosidade e no âmbito social este irá retornar para o convívio com a sociedade.

1.3 SEMI-IMPUTABILIDADE

O semi-imputável tem a sua capacidade psíquica reduzida ou parcialmente reduzida, ou seja, o semi-imputável é aquele que pratica a infração penal que não esteja em plena capacidade de entender e compreender que seu ato é ilícito.⁷

Para Capez (2011, p. 321) a semi-imputabilidade é da seguinte forma:

É a perda de parte da capacidade de entendimento e autodeterminação, em razão de doença mental ou de desenvolvimento incompleto ou retardado. Alcança os indivíduos em que as perturbações psíquicas tornam menor o poder de autodeterminação e mais fraca a resistência interior em relação à prática do crime. Na verdade, o agente é imputável e responsável por ter alguma noção do que faz, mas sua responsabilidade é reduzida em virtude de ter agido com culpabilidade diminuída em consequência das suas condições pessoais.

Nota-se que a semi-imputabilidade não exime a culpabilidade, apenas é utilizada como diminuição de pena. Se a semi-imputabilidade for devidamente comprovada, com o respaldo de um laudo pericial, caberá ao Magistrado reduzir a pena em um terço a dois terços, ou então, aplicar uma medida de segurança.

Corroborando têm-se os seguintes julgados:

Ementa: APELAÇÃO. ART. 304 DO CP . USO DE DOCUMENTO FALSO. RECEITAS MÉDICAS FALSAS. SEMI-IMPUTABILIDADE. REDUÇÃO DA PENA. ART. 26 , PARÁGRAFO ÚNICO , DO CP . Comprovada a semi-imputabilidade do agente, através de laudo psiquiátrico, a redução da pena deve ser no máximo previsto no art. 26 , parágrafo único , do CP . Apelação da defesa, parcialmente provida. (Apelação Crime Nº 70052712510, Quarta Câmara Criminal, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Gaspar Marques Batista, Julgado em 25/04/2013)⁸

Ementa: PENAL E PROCESSUAL PENAL. ROUBO. ABSOLVIÇÃO. IMPOSSIBILIDADE. SEMI-IMPUTABILIDADE. REDUÇÃO DA PENA. ARTIGO 26 , PARÁGRAFO ÚNICO , DO CÓDIGO PENAL . CORRUPÇÃO DE MENORES. CRIME FORMAL. RECURSO PARCIALMENTE PROVIDO. 1. COMPROVADO QUE AO TEMPO DA PRÁTICA DAS CONDUTAS DELITIVAS O ACUSADO NÃO DETINHA INTEIRA A CAPACIDADE DE ENTENDER O CARÁTER ILÍCITO DO FATO OU MESMO DE SE DETERMINAR DE ACORDO COM TAL ENTENDIMENTO, EM RAZÃO DE PERTURBAÇÃO MENTAL OU DESENVOLVIMENTO MENTAL

⁷ Disponível em: <<http://jus.com.br/artigos/12564/a-questao-da-inimputabilidade-por-doenca-mental-e-a-aplicacao-das-medidas-de-seguranca-no-ordenamento-juridico-atual/4>>.

⁸ Disponível em: <<http://tj-rs.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/112878944/apelacao-crime-acr-70052712510-rs>>.

INCOMPLETO OU RETARDADO, SENDO, PORTANTO, SEMI-IMPUTÁVEL, CORRETA A REDUÇÃO DA PENA A ELE IMPOSTA, NOS MOLDES DO PARÁGRAFO ÚNICO DO ART. 26 DO CÓDIGO PENAL, E NÃO A SUA ABSOLVIÇÃO (IMPRÓPRIA), ESTA RESERVADA AOS CASOS DE INIMPUTABILIDADE. 2. INCABÍVEL A ABSOLVIÇÃO NO QUE TANGE AO DELITO DE ROUBO QUANDO O CONJUNTO PROBATÓRIO COLIGIDO AOS AUTOS MOSTRA-SE UNÍSSONO, RESTANDO AS DECLARAÇÕES DO RÉU ISOLADAS NO CONTEXTO PROBATÓRIO. 3. A REALIZAÇÃO DO RECONHECIMENTO DO RÉU DEVE SER CONSIDERADA QUANDO CORROBORADO PELA MOLDURA FÁTICA DESCRITA NOS AUTOS. 4. O DELITO DE CORRUPÇÃO DE MENORES, PREVISTO NO ART. 244-B DA LEI Nº 8.069 /90, É DE NATUREZA FORMAL, CONSUMANDO-SE NO MOMENTO EM QUE O AGENTE, MAIOR DE IDADE, COMETE DELITO NA COMPANHIA DE PESSOA COM IDADE INFERIOR A DEZOITO ANOS. 5. A PRÁTICA DE ROUBO CIRCUNSTANCIADO EM COMPANHIA DE MENOR DE 18 (DEZOITO) ANOS, CONFIGURA CONCURSO FORMAL PRÓPRIO (ARTIGO 70, DO CÓDIGO PENAL, 1ª PARTE), E NÃO O IMPRÓPRIO (ARTIGO 70, DO CÓDIGO PENAL, 2ª PARTE), DEVENDO, PORTANTO, APLICAR-SE A PENA MAIS GRAVE, OU UMA DELAS SE IGUAIS, AUMENTADA DE UM SEXTO A METADE. 6. RECURSO CONHECIDO E PARCIALMENTE PROVIDO. (Apelação Crime nº 20100710369572, Segunda Turma Criminal, Tribunal de Justiça do Distrito Federal, Relator: Cesar Laboissiere Loyola, Julgado em: 27/03/2014)⁹

Ementa: APELAÇÃO CRIMINAL - TRÁFICO DE DROGAS - DOSIMETRIA - INEXISTÊNCIA DE CIRCUNSTÂNCIAS JUDICIAIS DESFAVORÁVEIS - PENA-BASE FIXADA ACIMA DO MÍNIMO LEGAL PREVISTO - IMPOSSIBILIDADE - AUMENTO DA PENA-BASE INVIÁVEL - SEMI-IMPUTABILIDADE - REDUÇÃO DA PENA PELO PATAMAR MÁXIMO - POSSIBILIDADE. - Inexistindo circunstâncias judiciais desfavoráveis ao acusado, a pena-base a ele imposta não pode ser fixada acima do mínimo legal. - Mostrando-se elevado o grau de comprometimento das faculdades mentais do réu, é possível a utilização do patamar máximo de redução da pena, no reconhecimento da sua semi-imputabilidade. (Apelação Crime nº 10026110045700001, Segunda Câmara Criminal, Tribunal de Justiça de Minas Gerais, Relator (a): Beatriz Pinheiro Caires, Julgado em: 21/02/2013)¹⁰

Com isso, é totalmente permitido pelo nosso Ordenamento Jurídico Pátrio (brasileiro) aplicar a redução de pena para aqueles que são considerados semi-imputáveis.

⁹ Disponível em: <<http://tj-df.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/121181977/apelacao-criminal-apr-20100710369572>>.

¹⁰ Disponível em: <<http://tj-mg.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/114774990/apelacao-criminal-apr-10026110045700001-mg>>.

2 TRATAMENTO PENAL DISPENSADO AOS INFRATORES PORTADORES DE TRANSTORNOS MENTAIS

Conforme o Código Penal, artigo 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. (BRASIL, 2013)

A expressão utilizada pelo Código Penal é muito vaga e sem maior rigor científico, uma vez que o Código Penal brasileiro, não trouxe uma enumeração taxativa de quais são as doenças mentais e qual é o estado da perturbação mental que vai caracterizar o sujeito como inimputável. (BITENCOURT, 2012, p. 198)

O jurista Júlio Fabbrini Mirabete (2013, p. 261) ao tratar do assunto, diz:

A lei prevê como causa de exclusão da imputabilidade e doença mental, o desenvolvimento mental incompleto e o desenvolvimento mental retardado. Ficou excluída, portanto, a chamada "privação dos sentidos" contemplada na lei anterior Código de 1940. Quanto à doença mental, expressão vaga e sem maior rigor científico, é pacífico que estão incluídas todas as moléstias que causam alterações mórbidas à saúde mental, sejam elas orgânicas (paralisia progressiva, sífilis e tumores cerebrais, arteriosclerose etc.), tóxicas (psicose alcoólica ou por medicamentos) ou funcionais (esquizofrenia, psicose maníaco-depressiva etc.). Pode ser causa de inimputabilidade também o desenvolvimento mental incompleto, ou seja, ainda não atingido pelo agente (silvícolas não adaptados à civilização, surdos-mudos que não receberam instruções adequadas etc.) e o desenvolvimento mental retardado (estado mental dos oligofrênicos, nos graus de debilidade mental, imbecilidade e idiotia), equiparado aos portadores de doença mental pela incapacidade de entendimento.

Já Cezar Roberto Bitencourt (2012, p. 354), se posiciona da seguinte maneira:

Pela redação utilizada pelo Código deve-se dar abrangência maior do que tradicionalmente lhe concederia a ciência médica para definir uma enfermidade mental. Por doença mental deve-se compreender as psicoses,

e, como afirmava Aníbal Bruno, “aí se incluem os estados de alienação mental por desintegração da personalidade, ou evolução deformada dos seus componentes, como ocorre na esquizofrenia, ou na psicose maníaco depressiva e na paranóia; as chamadas reações de situação, distúrbios mentais com que o sujeito responde a problemas embaraçosos do seu mundo circundante; as perturbações do psiquismo por processos tóxicos ou tóxico-infecciosos, e finalmente estados demenciais, a demência senil e as demências secundárias”. Teria sido melhor a utilização da expressão “alienação mental”, que, de forma mais abrangente compreenderia todos os estados mentais, mórbidos ou não, que demonstrassem a incapacidade do criminoso de entender o caráter ilícito de sua ação ou de determinar-se de acordo com essa compreensão.

Contudo, o que se percebe é que, a expressão doença mental disposta no nosso Código Penal, é volúvel, e abriga uma diversidade de transtornos, razão pela qual, acaba dificultando o entendimento dos profissionais quando da análise do caso concreto. Entretanto, seria mais prudente incluir, no rol dos inimputáveis do art. 26, a expressão “portadores de transtorno de personalidade”. (BITENCOURT, 2012, p.203)

Corroborando com o que foi dito acima citado, tem-se o posicionamento de França (2013, p. 238):

A expressão “doença mental” não se ajusta bem ao que quer atingir, porque se entende como sinônimo de enfermidade da mente. Não sendo a mente algo material, tecnicamente não admite uma doença. A mente não é local do corpo, mas uma atividade, uma função. Ademais, doença mental não pode ser igual a doença do cérebro. Enfermidade do cérebro é, a saber, um tumor, uma esclerose múltipla, uma neurosífilis. E, na hora em que as enfermidades denominadas mentais demonstram doença, os pacientes começam a ser transferidos da psiquiatria para outros setores.

Ainda com base nos conceitos de Capez (2011, p. 325) têm-se os conceitos de doença mental e desenvolvimento mental incompleto:

Doença mental: é a perturbação mental ou psíquica de qualquer ordem, capaz de eliminar ou afetar a capacidade de entender o caráter criminoso do fato ou a de comandar a vontade de acordo com esse entendimento. Desenvolvimento mental incompleto: é o desenvolvimento que ainda não se concluiu, devido à recente idade cronológica do agente ou à sua falta de convivência em sociedade, ocasionando imaturidade mental e emocional. No entanto, com a evolução da idade ou o incremento das relações sociais, a tendência é a de ser atingida a plena potencialidade. É o caso dos menores de 18 anos (CP, art. 27) e dos silvícolas inadaptados à sociedade, os quais têm condições de chegar ao pleno desenvolvimento com o acúmulo das experiências hauridas no cotidiano.

Todavia, verifica-se que todo o indivíduo que demonstrar comportamentos anormais e de forma constante e tais modificações resultam em alterações no funcionamento da sua mente, e conseqüentemente prejudica o indivíduo em diversas áreas da sua vida pessoal, social e profissional, possui um transtorno mental. (EÇA, 2010, p. 281)

Para caracterizar a doença mental, se deve buscar padrões anormais de pensamento, conduta e sentimento. Não há pensamento lógico e racional, comprometendo o juízo valorativo no curso das ações. A consciência plena cede lugar ao delírio, ocorrendo desorientação temporal, espacial e pessoal. A senso-percepção está abalada, provocando ilusões e alucinações. A memória e caráter também estão comprometidos. A alteração qualitativa da mente leva a perda da identidade pessoal e não há consciência da doença. São consideradas doenças mentais demências, as psicoses, o alcoolismo crônico e as toxicomanias graves.(EÇA, 2010, p. 282)

2.1 MEDIDA DE SEGURANÇA

Nos tempos primórdios, no que tange ao inimputável, sabe-se que o magistrado elaborava sua sentença aplicando tanto as penas, bem como a medida de segurança. Tal ato era denominado como sistema duplo binário. (BITENCOURT, 2012, p. 115)

Segundo Bitencourt (2012, p. 689):

a aplicação conjunta de pena e medida de segurança lesa o princípio do *ne bis in idem*, pois, por mais que se diga que o fundamento e os fins de uma e de outra são distintos, na realidade é o mesmo indivíduo que suporta as duas conseqüências pelo mesmo fato praticado.

De acordo com o artigo 26 do Código Penal, sabe-se que são isentos de pena, os indivíduos portadores de transtornos mentais e são comprovadamente considerados inimputáveis.

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.

Assim, verifica-se que se realmente comprovada a sua inimputabilidade, o infrator portador de transtornos mentais deverá ser absolvido, dessa forma, existe a aplicabilidade da medida de segurança. (BITENCOURT, 2012)

Bitencourt (2012, p.690) afirma:

As penas são aplicáveis aos imputáveis e semi-imputáveis; as medidas de segurança são aplicáveis aos inimputáveis e, excepcionalmente, aos semiimputáveis, quando estes necessitarem de especial tratamento curativo. As penas têm caráter retributivo-preventivo; as medidas de segurança têm natureza eminentemente preventiva. O fundamento da aplicação da pena é culpabilidade; a medida de segurança fundamenta-se na periculosidade. As penas são determinadas; as medidas de segurança são por tempo indeterminado. Só findam quando cessar a periculosidade do agente. As penas são aplicáveis aos imputáveis e semi-imputáveis; as medidas de segurança são aplicáveis aos inimputáveis e, excepcionalmente, aos semi-imputáveis, quando estes necessitarem de especial tratamento curativo.

É indispensável que o sujeito tenha praticado um crime e que fique demonstrada a prática da infração penal. Dessa forma, a ausência de prova da autoria e do fato, a presença de causa de exclusão da ilicitude, bem como se o crime for impossível e se ocorreu prescrição ou outra causa extintiva da punibilidade não se aplicará medida de segurança (CAPEZ, 2011. p 98).

Atualmente, o agente imputável só pode sofrer a aplicação de pena. Não mais se aplica “medida de segurança ao agente imputável, de modo que a ausência de capacidade de culpabilidade plena figura como pressuposto inafastável para imposição daquela”.

Cumpra salientar que a aplicação da medida de segurança não tem a característica punitiva, mas sim tem como sua principal finalidade reintegrar o infrator a sociedade. (CAPEZ, 2011, p. 99)

2.1.1 Espécies de Medida de Segurança

As espécies de medida de segurança podem ser encontradas no artigo 96 e seus respectivos incisos do Código Penal Brasileiro (Pátrio).

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. Parágrafo único - Extinta a punibilidade, não se impõe medida de segurança nem subsiste a que tenha sido imposta

Existem também dois tipos de medida de segurança, que são: a detentiva e a restritiva. No que tange a detentiva é aquela que a internação ocorre em um hospital de custódia e tratamento psiquiátrico, e medida de segurança restritiva é aquela que ocorre o tratamento ambulatorial. (CAPEZ, 2011)

Quando a pena imposta for de reclusão, será obrigatória a aplicação de medida de segurança detentiva, ao passo que, quando o fato for punível com detenção, poderá o juiz submeter o agente a tratamento ambulatorial. Ambas as espécies, porém, serão por tempo indeterminado, perdurando enquanto não for averiguada mediante perícia médica, a cessação da periculosidade (CAPEZ, 2011).

De acordo com Prado (2010, p. 605-606):

o tratamento ambulatorial tem sido visto como mera possibilidade, uma vez que a internação é a regra geral (art. 97). Contudo, a internação só é aplicável quando se faça necessário um especial tratamento curativo, seja o agente inimputável ou semi-imputável, aferida sua incompatibilidade com medida mais liberal (tratamento). Sendo o crime punível com detenção e restando provada a compatibilidade das condições pessoais do agente – inimputável ou semi-imputável – com tratamento ambulatorial, impõe-se a opção por essa medida.

Entretanto, Greco (2011, p.678) preleciona que:

o juiz que absolver o agente, aplicando-lhe medida de segurança, deverá na sua decisão, optar pelo tratamento que mais se adapte ao caso, ou seja, se for necessária a internação do inimputável, já o determinará; se o tratamento ambulatorial for o que melhor atender à situação do agente, este deverá ser imposto na decisão.

É de grande valia versar sobre a possibilidade de conversão de uma espécie de medida de segurança em outra. Conversão esta, apenas permitida no caso de tratamento ambulatorial conforme versa o artigo 97, § 4º do Código Penal Brasileiro.

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. § 4º - Em qualquer fase do tratamento ambulatorial, poderá o juiz determinar a internação do agente, se essa providência for necessária para fins curativos.

Dessa forma, pode em qualquer fase do tratamento ambulatorial determinar a internação do agente, pois existe respaldo jurídico para que isso ocorra. (BRASIL, 2013)

2.1.2 Tipos de estabelecimentos

O Ordenamento Jurídico Brasileiro traz três tipos de estabelecimentos nos quais deverá ser realizado o tratamento direcionado ao inimputável ou semi-imputável que receberá a medida de segurança, que são: local com dependência médica adequada, estabelecimento adequado, bem como hospital de custódia e tratamento psiquiátrico. (EÇA, 2010, p. 285)

Ocorreu a modificação da nomenclatura “Hospital de custódia e tratamento psiquiátrico”, substituindo assim a nomenclatura de manicômios judiciários. (EÇA, 2010, p. 285)

Para Prado (2010, p. 692):

O Hospital de custódia e tratamento psiquiátrico, local em que devem ser feitas as internações, veio substituir – em tese – os antigos manicômios judiciários presentes na legislação de 1940. Entretanto, a quase ausência de estabelecimentos do gênero acaba por conduzir à utilização dos antigos manicômios.

Insta dizer que a lei faz referencia também à internação em outro estabelecimento adequado, e ainda mais, local com dependência médica adequada, entretanto, estes locais são meramente citados no ordenamento jurídico, não havendo exemplificações ou conceitos para melhor entender a sua estrutura, bem como a sua finalidade. (PRADO, 2010, p.692)

Capez (2011, p.93) apesar de não haver de forma especificada o que considera o local adequado, tem-se: pela redação do artigo 99 do Código Penal brasileiro, entende-se que é aquele dotado de características hospitalares, podendo ser um hospital comum ou particular, na falta de vaga nos Hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico, mas nunca em cadeia pública.

Pode-se observar o posicionamento de Bitencourt,(2012, p. 103):

enquanto o “estabelecimento adequado” se destina à internação, o local com dependência médica adequada se destina ao tratamento ambulatorial (art. 101 da Lei de Execução Penal), quando não houver Hospital de custódia e tratamento psiquiátrico

Cumpra salientar que seja qual for o local onde deverá ser imposta a medida de segurança, o mesmo deverá ser adequado as necessidades dos pacientes que serão internados, devendo prevalecer um tratamento adequado e condiz com a finalidade que se destina, para que assim possa se ter a real aplicação da medida de segurança. (BITENCOURT, 2012, p. 104)

Entretanto, atualmente não são esses tipos de locais que são disponibilizados para aplicação de medida, a realidade em nosso país é totalmente ao contrario do que é esperado. (BITENCOURT, 2012, p. 105)

2.1.3 Início da execução da Medida de Segurança

De acordo com o artigo 171 da Lei de Execução Penal, a medida de segurança deverá ser executada posterior o trânsito em julgado, assim tem-se: “artigo 171- Transitada em julgado a sentença que aplicar medida de segurança, será ordenada a expedição de guia para a execução.” (BRASIL, 2013)

É obrigatório que seja expedido o guia de internamento ou de tratamento ambulatorial, para a execução da medida de segurança seja iniciada. Tal obrigatoriedade pode ser corroborada pelo artigo 173, Lei de Execução Penal. (BRASIL, 2013)

Art. 173. A guia de internamento ou de tratamento ambulatorial, extraída pelo escrivão, que a rubricará em todas as folhas e a subscreverá com o Juiz, será remetida à autoridade administrativa incumbida da execução e conterá:

- I - a qualificação do agente e o número do registro geral do órgão oficial de identificação;
- II - o inteiro teor da denúncia e da sentença que tiver aplicado a medida de segurança, bem como a certidão do trânsito em julgado;
- III - a data em que terminará o prazo mínimo de internação, ou do tratamento ambulatorial;
- IV - outras peças do processo reputadas indispensáveis ao adequado tratamento ou internamento.

§ 1º Ao Ministério Público será dada ciência da guia de recolhimento e de sujeição a tratamento.

§ 2º A guia será retificada sempre que sobrevier modificações quanto ao prazo de execução.

Caso não seja expedida a guia de internação, não haverá internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou submetido ao tratamento ambulatorial, conforme preleciona o artigo 172, Lei de Execução Penal:

Ninguém será internado em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, ou submetido a tratamento ambulatorial, para cumprimento de medida de segurança, sem a guia expedida pela autoridade judiciária.

É de suma importância cientificar o Ministério Público sobre a expedição da guia, bem como a sujeição ao tratamento, também deverá ser realizado exames periódicos para que o indivíduo continue internado. (BRASIL, 2013)

Qualquer alteração em relação ao prazo deverá ocorrer a retificação da guia. Tais momentos abordados estão presentes no artigo 173 e seus respectivos parágrafos. (BRASIL, 2013), conforme mencionado na página 24 do presente texto.

2.1.4 Prazo de duração das Medidas de Segurança

O atual Código Penal Brasileiro não limitou o prazo máximo para internação, apenas limitou o prazo mínimo de duração das medidas de segurança.

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. § 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.

O critério para fixação do mínimo exato de cumprimento da medida de segurança para cada caso varia de acordo com a maior ou menor periculosidade do agente (PRADO, 2010).

Nucci (2011, p. 583) afirma que:

Entretanto, a aplicação desse dispositivo precisa ser feita com equilíbrio para não frustrar o objetivo da lei, que é somente liberar o doente quando estiver curado. Isto significa que a detração não tem o condão de, uma vez

aplicada, provocar a imediata soltura da pessoa submetida a internação, mas, sim, que o exame de cessação de periculosidade deve ser providenciado em menor prazo.

Já para Bitencourt (2012, p. 694): o prazo mínimo estabelecido, de um a três anos, é apenas um marco para a realização do primeiro exame de verificação de cessação de periculosidade.

Todavia, sabe-se que a medida de segurança deve perdurar até cessar a periculosidade do agente, e este tempo não tem como ser mensurado, visto que são características subjetivas, por algumas vezes a medida pode perdurar até o falecimento do paciente, no entanto, são raríssimos casos que perduram até o final da vida do paciente. (FRANÇA, 2013, p. 257)

Apesar de ter características subjetivas a não limitação do prazo mais da medida de segurança é utilizada como base de diversas indagações pelos doutrinadores, diversos são os posicionamentos da sua constitucionalidade ou inconstitucionalidade. (EÇA, 2010, p. 289)

Dessa forma, tem-se o posicionamento de Zaffaroni e Pierangeli, citados por Greco (2011, p. 679) alegam:

Não é constitucionalmente aceitável que, a título de tratamento, se estabeleça a possibilidade de uma privação de liberdade perpétua, como coerção penal. Se a lei não estabelece o limite máximo é o interprete quem tem a obrigação de fazê-lo.

Salienta o doutrinador Bitencourt (2012, p.694):

Começa-se a sustentar, atualmente, que a medida de segurança não pode ultrapassar o limite máximo de pena abstratamente cominada ao delito, pois esse seria "o limite da intervenção estatal, seja a título de pena, seja a título de medida", na liberdade do indivíduo, embora não prevista expressamente no Código Penal, adequando-se à proibição constitucional do uso da prisão perpétua.

Tendo o posicionamento do ilustre doutrinador Nucci (2011, p. 580):

é contrário, a tais posicionamentos ao defender que: Não nos parece assim, pois, além de a medida de segurança não ser pena, deve-se fazer uma interpretação restritiva do art. 75 do Código Penal, muitas vezes fonte de injustiças. Como já exposto em capítulo anterior, muitos condenados a vários anos de cadeia estão sendo interditados civilmente, para que não deixem a prisão, por serem perigosos, padecendo de enfermidades mentais, justamente porque atingiram o teto fixado pela lei (30 anos). Ademais, apesar de seu caráter de sanção penal, a medida de segurança

não deixa de ter o propósito curativo e terapêutico. Ora, enquanto não for devidamente curado, deve o sujeito submetido à internação permanecer em tratamento, sob custódia do Estado. Seria demasiado apego à forma transferi-lo de um hospital de custódia e tratamento criminal para outro, onde estão abrigados insanos interditados civilmente somente porque foi atingido o teto máximo da pena correspondente ao fato criminoso praticado, como alguns sugerem, ou o teto máximo de 30 anos, previsto no art. 75 como sugerem outros.

Apesar de não ter como característica principal o caráter punitivo, a medida de segurança possui o mesmo período máximo decretado para a prisão, evitando assim, que ocorra a prisão perpetua, que no caso em comento, seria a medida de segurança perpetua. O entendimento pode ser verificado através da ementa do Supremo Tribunal Federal:

MEDIDA DE SEGURANÇA - PROJEÇÃO NO TEMPO - LIMITE. A interpretação sistemática e teleológica dos artigos 75, 97 e 183, os dois primeiros do Código Penal e o último da Lei de Execuções Penais, deve fazer-se considerada a garantia constitucional abolidora das prisões perpétuas. A medida de segurança fica jungida ao período máximo de trinta anos. (HC 84219/SP – 1ª Turma – Rel. Min. Marco Aurélio, julgado em 16/08/2005, publicado no DJ em 23/09/2005).

Urge salientar que o agente deve ser submetido a medida de segurança e que por consequência receberá um tratamento coerente e eficaz para que assim o prazo de duração seja o menor permitido, não deixando de observar o paciente tem que voltar a ter um bom convívio com seus entes queridos, como também com a sociedade. (PRADO, 2010, p. 193)

2.1.5 Exame de verificação da cessação da periculosidade

Para que possa ser cessada a medida de segurança e para que seja verificada o término da periculosidade os indivíduos devem ser submetidos a realização do exame de cessação de periculosidade, pois assim, será verificação se o indivíduo pode voltar ao convívio com os seus familiares e na sociedade. (MIRABETE, 2013, p. 124)

Com base no artigo 97, § 1º do Código Penal Brasileiro, verifica-se que o tempo da medida de segurança é indeterminado. (BRASIL, 2013)

O tempo mínimo expresso no referido artigo, tem a finalidade de apenas determinar quando deve ser realizado o primeiro exame pericial. (BRASIL, 2013)

Assim, tem-se o seguinte posicionamento de Prado (2010, p.206):

Realizado o exame de verificação da cessação da periculosidade, este deverá ser remetido ao juiz, pela autoridade administrativa competente, em forma de minucioso relatório instruído com laudo psiquiátrico, em virtude de ser o diagnóstico da periculosidade tarefa difícil e imprecisa. Daí a razão pela qual o exame só poderá ser realizado por médicos especializados, cujas conclusões deverão se basear em rigorosas provas, após detida ponderação.

Cumprido salientar que de acordo com o artigo 43 da Lei de Execução Penal, permite que haja a contratação de um médico particular para que o mesmo possa auxiliar no tratamento do indivíduo, contudo, se houver alguma divergência entre o médico contratado e o oficial, o magistrado deverá resolver tais divergências. (BRASIL, 2013)

Ocorrendo a comprovação da cessação da periculosidade através da perícia médica, o magistrado deverá determinar a revogação da medida de segurança, determinando a desinternação ou liberação condicional. (MIRABETE, 2013, p. 125).

2.1.6 Desinternação ou liberação condicional do agente

No artigo 97, §3º do Código Penal Brasileiro, consta a desinternação ou liberação condicional daquele que foi submetido a medida de segurança, todavia, esta sempre será condicional, pois se o indivíduo praticar fato que indica a persistência da sua periculosidade no decurso de um ano, a medida de segurança deverá ser restabelecida. (BRASIL, 2013)

De acordo com o doutrinador Rogério Greco (2011, p. 153):

Deve ficar claro que a chamada desinternação acontece quando não há mais necessidade de internação para que o indivíduo seja tratado. Ele ainda se encontra em tratamento, o qual apenas deixa de ser realizado em regime de internação junto ao Hospital de custódia e tratamento psiquiátrico, passando a ser em regime ambulatorial. Todavia, ao se verificar pelo exame de cessação de periculosidade que o paciente já se encontra totalmente restabelecido do mal que o afligia, o juiz determinará a

sua liberação e não mais estará obrigado a continuar o tratamento por ele iniciado, seja em regime de internação ou por tratamento ambulatorial.

A cessação da periculosidade é corroborada através da perícia médica, mas o indivíduo somente poderá ser liberado após um ano, se não praticar nenhum fato indicativo de persistência da periculosidade. (GRECO, 2011, p. 154)

Prado (2010, p, 210) ensina que:

Porém, ao invés de se falar em revogação da medida de segurança, o termo mais adequado seria suspensão, uma vez que o liberado só terá efetivamente revogada a medida a que estava submetido se durante um ano não praticar fato indicativo de persistência da periculosidade.

Pôde ser observado o posicionamento do doutrinador Nucci (2011, p 584):

Havendo a desinternação ou a liberação do tratamento ambulatorial, fica o agente em observação por um ano sujeitando-se, como determina o art. 178 da Lei de Execução Penal, às condições do livramento condicional (arts. 132 e 133, LEP): a) obrigatórias: obter ocupação lícita; comunicar ao juiz sua ocupação, periodicamente; não mudar do território da comarca, sem autorização judicial; b) facultativas: não mudar de residência, sem prévia comunicação; recolher-se à habitação no horário fixado; não frequentar determinados lugares

Urge salientar que se o indivíduo não comparecer ou descumprir algumas das condições impostas, isto não significa que a medida de segurança deve ser restabelecida. (PRADO, 2010)

2.1.7 Substituição da pena por Medida de Segurança

Em regra, o semi-imputável deverá ser condenado por ter praticado um delito, diferente do inimputável que deverá ser absolvido, tendo que cumprir a medida de segurança estabelecida pelo magistrado. (NUCCI, 2011, p. 134)

Contudo, de acordo com o artigo 98 do Código Penal Brasileiro, verifica-se que a medida de segurança poderá ser aplicada ao semi-imputável, quando o mesmo carecer de tratamento especial curativo. (BRASIL, 2013)

No entanto, quando se trata de semi-imputável, o magistrado não poderá agir de forma imediata determinando a medida de segurança. O magistrado, deverá

condenar o indivíduo a uma pena e em outro momento, havendo o carecimento poderá ser substituída por uma medida de segurança. (ZAFFARONI, 2013, p. 185)

Nesse sentido, Nucci (2011, p. 586):

Embora não seja comum, é possível que o semi-imputável (art. 26, parágrafo único, do Código Penal) necessite de especial tratamento curativo, em lugar de cumprir a pena privativa de liberdade no cárcere comum. Se assim for atestado por peritos, pode o juiz converter a pena em medida de segurança (art. 98, CP). Melhor será colocá-lo no hospital, pois, ficando no presídio comum, a perturbação da saúde mental pode agravar e transformar-se em doença mental, obrigando o juiz a converter a pena em medida de segurança, embora tarde demais. Há problemas que podem ser sanados antes, motivo pelo qual autoriza-se a conversão da pena em medida de segurança com relação ao condenado que já apresenta problemas mentais.

É de suma importância ressaltar que quando o indivíduo é portador de doença mental também pode ser utilizada a substituição da pena por medida de segurança.

O procedimento para a aplicação da medida de segurança em relação aos doentes mentais é a mesma, primeiro o magistrado deve determinar a pena privativa de liberdade e posteriormente aplicar a medida de segurança, no entanto, deve ser observada a duração do prazo de três anos, pois a mesma não pode ser superior a pena substituída. (ZAFFARONI, 2013, p. 187)

2.1.8 Extinção de punibilidade

Com a extinção da punibilidade se extingue a medida de segurança. Assim, não existindo mais a punibilidade não deve mais ser imposta a medida de segurança. Segundo Greco (2011, p. 685):

Pela redação do mencionado parágrafo verifica-se se se aplicam às medidas de segurança as causas extintivas da punibilidade previstas na legislação penal, incluindo-se obviamente entre elas, a prescrição. No que diz respeito à prescrição, somos da opinião de que pelo fato de o agente inimputável não poder ser condenado, em face da determinação contida no caput do art. 26 do Código Penal, o cálculo da prescrição

deverá ser realizado sempre pela pena máxima cominada ao fato definido como crime por ele levado a efeito.

Desta forma, sabe-se que a causa de extinção de punibilidade presente no artigo 107 do Código Penal Brasileiro se estende também as medidas de segurança, assim sendo, pode-se afirmar que a medida de segurança também está sujeita a prescrição, entretanto, não há nenhum tipo de regulamentação neste sentido. (BRASIL, 2013)

2.1.9 Direitos do Internado

Como qualquer indivíduo, o internado também tem seus direitos e estes devem ser respeitados. O indivíduo que receber a aplicação da medida de segurança, não poderá ser recolhido em uma cela de delegacia policial, ou mesmo em uma penitenciária em razão de não haver vaga em estabelecimento hospitalar próprio, impossibilitando-lhe, portanto, o início de seu tratamento. (GRECO, 2011, P. 172)

De acordo com Mirabete (2005, p. 271):

na absoluta impossibilidade, por falta de vagas para internação, esta deverá ser substituída pelo tratamento ambulatorial, pois constitui constrangimento ilegal sanável inclusive pela via do "Habeas Corpus" o recolhimento de pessoa submetida a medida de segurança em presídio comum.

Com base na Lei de Execução Penal, demonstra que o internado deve ser tratado de forma digna e ser internado em uma local apropriado, bem como o indivíduo deve ser defendido por um Defensor Público. Tais direitos estão elencados nos artigos 3º, 41,42,99 a 101 da referida Lei. (BRASIL, 2013)

Art. 99. O Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico destina-se aos inimputáveis e semi-imputáveis referidos no artigo 26 e seu parágrafo único do Código Penal .

Parágrafo único. Aplica-se ao hospital, no que couber, o disposto no parágrafo único, do artigo 88, desta Lei

Todavia, apesar do nosso ordenamento jurídico prever todos os direitos do internado, a realidade é totalmente ao contrário, visto que os direitos dos internados não são respeitados. (NUCCI, 2011, P. 196)

3 INEFICÁCIA DO TRATAMENTO PENAL DISPENSADO AOS INFRATORES PORTADORES DE TRANSTORNOS MENTAIS

As indagações referentes a medida de segurança advém de bastante anos atrás. Diversos são os questionamentos no que tange a sua aplicabilidade, qual o melhor tratamento e sobre o prazo indeterminado.

A medida de segurança tem seu conceito diferenciado da aplicação de pena, entretanto, o que ocorre na prática é totalmente diferente. A medida de segurança tem sido aplicada com as mesmas finalidades da pena, bem como com uma característica fora da realidade que é a sua duração perpétua, esta característica encontra-se disfarçada. (ZAFFARONI, 2013, p.163)

Os locais em que os indivíduos são alocados são denominados de hospital de custódia e tratamento psiquiátrico. Estes locais deveriam ter condições benéficas para poder tratar do indivíduo, entretanto, o que pode ser verificado são locais totalmente desumanos e sem nenhuma condição de tratar do agente, e não havendo as condições apropriadas, não tem como tratar daquele que carece de cuidados especiais. (ZAFFARONI, 2013, p. 163)

O doutrinador Greco se posiciona da seguinte forma (2011, p.691):

Muitas vezes o regime de internação piora a condição do doente. Sendo assim, é uma utopia acreditar que a medida de segurança vai, efetivamente, ajudar o paciente na sua cura, uma vez que o Estado não lhes fornece um tratamento adequado.

Com as diversas condições precárias que os agentes recebem, verifica-se que o meio encontrado de afastar aquele que possui transtorno mental e a periculosidade é apenas encaminha-lo para um hospital de custódia e tratamento psiquiátrico, não importando qual seja o tratamento que este irá receber e por

quanto tempo irá perdurar a aplicação da medida de segurança. (FRANÇA, 2013, p. 189)

Vale lembrar que a primeira perícia tem como base o prazo máximo de internação, posteriormente esta pode ser realizada a qualquer tempo, assim, ensejando a possibilidade do agente permanecer mais tempo no hospital de custódia e tratamento psiquiátrico, existindo certa despreocupação com o tratamento do agente, conforme descreve o artigo 97, § 1º do Código Penal Brasileiro. (BRASIL, 2013)

Se o agente não recebe o devido tratamento, este não irá ter a sua periculosidade cessada, visto que não havendo a eficácia do tratamento não tem como curar o agente portador de transtorno mental, impossibilitando o seu retorno ao convívio da sociedade e dos seus familiares. (MIRABETE, 2013, p. 132)

Ensina Greco (2011, p. 679): “não rara as vezes, ser mantida até o falecimento do paciente”, fato este, que lhe atribui o caráter de prisão perpétua, expressamente vedada pelo nosso ordenamento jurídico.

Alguns tribunais se posicionaram no que tange a duração da medida de segurança que não pode exceder a trinta anos, prazo este sendo o limite da pena abstrata cominada ao delito. (MIRABETE, 2013, p. 133), conforme citado na página 24 do presente trabalho.

Entretanto, este é um ponto bastante inquisitivo, pois não é fácil mensurar o tempo no qual o agente deverá ser mantido no hospital de custódia e tratamento psiquiátrico, podendo ser por longo ou então, por um prazo menor, mas sem a devida aplicabilidade da sua melhora, até que sua periculosidade seja cessada. (PRADO, 2010, p. 213)

Contudo, se os agentes recebessem os devidos tratamentos e tendo respeitados os princípios inerentes do artigo 5º, III da Constituição Federal de 1988 a qualquer ser humano, conseqüentemente as indagações em referente a duração seriam exauridas, visto que ao tratar o agente de forma correta e tendo a finalidade de cessar a sua periculosidade, não haveria a necessidade de passar tanto tempo nos hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico. (PRADO, 2010, p. 213)

Por fim, analise-se que os agentes portadores de transtornos mentais recebem um tratamento totalmente ineficaz em relação a aplicação da medida de segurança, pois os mesmos passam por anos privados de sua liberdade, se

comparando assim como uma pena privativa de liberdade, sem tem um prazo certo para findar. (GRECO, 2011, p.680)

3.1 A REALIDADE DOS HOSPITAIS DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSQUIÁTRICO DO BRASIL

Desde os tempos primórdios, os portadores de transtornos mentais eram internados em manicômios judiciários. Nos dias atuais, estes são encaminhados aos Hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico. (PRADO, 2010, p. 605)

De acordo com Margarida Mamede (2006, p. 27-28) e Sérgio Carrara (1998, p. 48): “O nascimento das instituições denominadas Manicômios Judiciários (MJs), atualmente denominados hospitais de custódia, se deu na Inglaterra no final do século XIX, mais exatamente em 1870, na prisão de Broadmoor.”

Entretanto, o doutrinador Prado (2010, p.606) ensina que: “atualmente, a quase ausência de estabelecimentos do gênero acaba por conduzir à utilização dos antigos manicômios”.

Todavia, a realidade do nosso Estado brasileiro não se difere muito dos tempos primórdios, visto que os infratores portadores de transtornos mentais não recebem um tratamento adequado para cessar a sua periculosidade. (MIRABETE, 2013, p. 130)

Um grande problema é a superlotação, que tem por consequência o encaminhamento do infrator portador de transtorno mental para prisões, lugar este não adequado para tratar quem possui transtornos mentais e que agem com periculosidade.(FRANÇA, 2013, p. 201)

Com base em uma pesquisa realizada pela Associação Brasileira de Psiquiatria no ano de 2010 demonstra a realidade dos Hospitais de custódias e tratamentos psiquiátricos:¹¹

As visitas realizadas constataram uma estruturação e gerenciamento dos HCTPs de forma insatisfatória, despersonalizada e deficitária, que não atendem às necessidades básicas do paciente em cumprimento de medida de segurança detentiva. Todas as instituições visitadas apresentaram um

¹¹ http://www.abpbrasil.org.br/comunicado/arquivo/comunicado-104/MANUAL_FORENSE-18_10_Joao_2.pdf. Acesso em: 19 out. 2015

funcionamento aquém do mínimo desejado, ensejando hipóteses de descaso e/ou falta de preparo técnico por parte dos gestores responsáveis pelo setor junto ao poder público. As avaliações gerais sobre os aspectos considerados importantes para o funcionamento de um Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico estão dispostas a seguir:

Estrutura arquitetônica. Na maioria dos casos, a organização e disposição dos espaços nos hospitais visitados assemelham-se mais a instituições prisionais do que a estabelecimentos terapêuticos que visem a uma reinserção social. Por vezes a própria localização da instituição, como a ATP (Ala de Tratamento Psiquiátrico– DF), encontrando-se dentro do território prisional, dificulta a discriminação entre o paciente e o réu, entre o tratamento e a punição.

Recursos humanos

Atendimento médico - Em todas as unidades visitadas, foi observado um número excessivo de pacientes para a equipe técnica disponível. Outro ponto problemático foi a condução simultânea, em algumas das instituições, do tratamento psiquiátrico e do Exame de Verificação de Cessaçã de Periculosidade pelo mesmo psiquiatra o que fere o Código de Ética Médica que, por sua vez, proíbe o médico de ser perito de paciente seu.

Perícias- Os psiquiatras que realizam exame de verificação de Cessaçã de Periculosidade também se encontram sobrecarregados a tal ponto de se chegar ao absurdo de agendamento de exame psiquiátrico dessa natureza para o ano de 2015. Isso significa que mesmo que um paciente já esteja em condições de ter sua periculosidade cessada e poder retornar ao convívio social, terá que esperar por cinco anos a realização do exame. Isso gera uma superlotação da instituição continuando-se o tratamento, a nível “carcerário” dos pacientes que já teriam condições de continuar o atendimento em regime ambulatorial.

Reinserção social e acompanhamento terapêutico

O Grupo de Trabalho verificou, nos poucos hospitais que realizam a chamada “alta progressiva”, baixa efetividade dos programas, sendo constatado que a falta de acompanhamento com profissionais qualificados aumenta as chances de reincidência. Seria desejável que as saídas progressivas fossem acompanhadas por algum profissional de saúde mental ou que se lançassem mão de outros recursos de monitoramento eficazes do paciente para que casos graves de reincidência criminal, como o que ficou conhecido com “Maníaco da Cantareira” não viessem a se repetir. Além disso, a volta do interno à sociedade é dificultada pela falta de integração entre os estabelecimentos de saúde e os Hospitais de Custódia, sendo imperioso lembrar que essa população está excluída de um direito garantido pela Constituição: o acesso ao Sistema Único de Saúde. Não há acompanhamento, nem continuidade do tratamento iniciado nas instituições, o que aumenta as chances de recaída e faz com que os mesmos pacientes retornem aos HCTPs.

Salienta-se que os referidos Hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico existente no nosso país, apresentam pontos bastante negativos em relação aos infratores portadores de transtornos mentais, não havendo assim, nenhum tipo de possibilidade destes retornarem ao convívio da sociedade.¹²

¹² http://www.abpbrasil.org.br/comunicado/arquivo/comunicado-104/MANUAL_FORENSE-18_10_Joao_2.pdf. Acesso em: 19 out. 2015

4 REFORMA PSIQUIÁTRICA E LUTA ANTIMANICOMIAL

O conceito que a sociedade tinha daqueles que possuíam transtornos mentais, eram os piores possíveis, muitos da sociedade tinham uma concepção de rejeição e crueldade para com aqueles doentes mentais. Estes eram afastados do seu âmbito familiar e eram internados nos manicômios judiciários, nos quais não tinham nenhum tipo de preparo estrutural e muito menos psiquiátrico para oferecer para aqueles que são portadores de doenças mentais. (GRECO, 2011, p. 680)

Tratamentos estes não diferentes do que é oferecido atualmente, pelo fato dos Hospitais de custódia e Tratamento Psiquiátrico não terem o suporte para receber e tratar aqueles que necessitam. (FRANÇA, 2013, p.157)

A realidade brasileira vivenciou o processo da Reforma Psiquiátrica a partir da década de 1970, com crescentes manifestações de vários setores da sociedade no sentido de reduzir o cerceamento da liberdade individual na forma de manicômios.¹³

Além disto, buscou-se um novo enfoque no modelo assistencial, através da promoção da saúde mental, ao invés de direcionar a ação apenas ao desequilíbrio psíquico já instalado. No fim dos anos 80, surgiu o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, lançando o lema "Por uma sociedade sem manicômios" e estimulando a produção legislativa de vários Estados no sentido de proceder à desinstitucionalização.¹⁴

Para que ocorra o melhoramento dos locais e tratamentos oferecidos aos portadores de doenças mentais, foi iniciada no dia 18 de maio de 1987 a Reforma Psiquiátrica que tem como finalidade:¹⁵

¹³<http://jus.com.br/revista/texto/8246/a-evolucao-das-politicas-de-saudemental-e-da-legislacao-psiquiatrica-no-brasil>>. Acesso em: 19 out. 2015

¹⁴ Idem

¹⁵ <http://site.cfp.org.br/18-de-maio-dia-da-luta-antimanicomial/>

Essa ação visa dar visibilidade ao que acontece nos manicômios judiciários e discutir, sob a égide dos direitos humanos e da atenção psicossocial, as práticas punitivas, segregatórias, excludentes, e o cuidado das pessoas que hoje ainda estão nestas instituições sob as condições das mais adversas e contrárias ao modelo assistencial do Estado brasileiro. Tal publicidade também se aplica aos dispositivos e políticas de atenção em saúde mental deflagrados pela Reforma psiquiátrica e consagrados pela Lei 10.216/2001, ao modelo exitoso e alternativo de programas e projetos de atenção integral aos pacientes judiciários (PAI-PJ /MG) e atenção integral ao 'louco infrator' (PAI-LI/GO), ambos estabelecidos pelo Tribunal de Justiça de seus respectivos estados, hoje reconhecidos e recomendados pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ).

Com o movimento da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial muitas dificuldades foram encontradas até que fosse promulgada a Lei da Reforma Psiquiátrica, conhecida também como Lei da Luta Antimanicomial.¹⁶

Sobre a Lei, ensina Macedo¹⁷:

O doente mental passou a ter direito ao melhor tratamento, realizado com humanidade e respeito, tendo assegurados a proteção contra qualquer forma de exploração e o direito a receber informações a respeito de sua doença. O tratamento deveria ser feito, de preferência, em serviços comunitários de saúde mental, nos moldes do hospital-dia, tais como o CAPS (Centro de Atenção Psicossocial). Estes são proporcionados pelo setor público, retirando o monopólio que durante quase todo o século XX fora exercido pela iniciativa privada, na forma de hospitais psiquiátricos particulares, os quais, não raro, negligenciavam o tratamento adequado fim de receber mais recursos vindos do Estado, inclusive na forma de internamentos desnecessários.

Diversos estados após a promulgação da referida Lei passaram a adotar melhorias para os estabelecimentos e a proteger os direitos inerentes aos portadores de transtornos mentais, mas mudanças estas foram feitas somente no âmbito teórico. (FRANÇA, 2013, p. 160)

Houve a mudança da nomenclatura manicômios judiciários para Hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico, pois o tratamento precário e ineficaz para com aqueles que possuem transtornos mentais ainda são praticados por aqueles que dizer exercer o papel do Estado. (FRANÇA, 2013, p. 160)

O tratamento com os infratores portadores de doenças mentais é realizado de forma ineficaz, não tratando destes com o respeito e dedicação que estes merecem, visto que estão doentes e carecem de tratamento adequado para que

¹⁶ <<http://jus.com.br/revista/texto/8246/a-evolucao-das-politicasde-saude-mental-e-da-legislacao-psiquiatica-no-brasil>>

¹⁷ Idem

possam se ressocializar, questão esta que deve ser resolvida o mais breve possível, pois estes não merecem padecer por causa daqueles que agem conforme preceitua o ordenamento jurídico. (PRADO, 2010, p. 220)

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho teve como objetivo explicar sobre a ineficácia da aplicação do instituto da medida de segurança, que é aquela direcionada aos infratores portadores de transtornos mentais.

A priori, a finalidade da aplicabilidade da medida de segurança é proporcionar ao infrator portador de doença mental o retorno ao convívio social e familiar, sendo cessada toda sua periculosidade não voltando assim cometer novos delitos.

A cessação da periculosidade é comprovada através de uma perícia médica, que verifica as reais condições do infrator e assim, é elaborado um relatório descrevendo se este pode retornar ao convívio social.

Apesar da medida de segurança ser bem definida, esta se abstém apenas na teoria, pois na prática a realidade é bastante desumanas, para com aqueles que carecem de tratamentos especiais.

A medida de segurança não tem mais a essência da sua finalidade, esta se tornou uma privação de liberdade sem qualquer possibilidade de ser preventiva e de oferecer o tratamento adequado para os indivíduos que dela carecem.

Privação de liberdade que não tem prazo definido para seu término e nem a possibilidade de progressão da pena, pois os infratores portadores de transtornos mentais estão vinculados a perícia médica e somente através do laudo podem ter a sua liberdade decretada.

Muitas são as indagações em relação a aplicação da medida de segurança, mas o Estado se mantém de forma incoerente com o que é definido em lei, visto que não realiza as melhorias necessárias em prol daqueles que carecem de um tratamento diferenciado.

REFERÊNCIAS

BITENCOURT, Cezar Roberto. **Tratado de Direito Penal: parte especial: dos crimes contra a pessoa**. Ed. 7^o. São Paulo: Saraiva, 2012.

BRASIL. **Código Penal** (1940). Código Penal. In: ANGHER, Anne Joyce. *Vade mecum universitário de direito RIDEEL*. São Paulo: RIDEEL, 2013.

_____. **Constituição** (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado, 1988.

_____. **Lei de 16 de dezembro de 1830**. Manda executar o Código Criminal. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lim/lim-16-12-1830.htm>. Acesso em: 12 out. 2015.

_____. **Decreto n. 847, de 11 de outubro de 1890**. Manda executar o Código Criminal. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=66049>>. Acesso em: 12 out 2015.

_____. **Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984**. Institui a Lei de Execução Penal. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/leis/2002/L10406.htm>>. Acesso em: 11 out 2015.

_____. **Supremo Tribunal Federal**. 1^a Turma. Habeas Corpus. Impetração suscitando a cessação da aplicação da medida de segurança. Disponível em: <http://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/763647/habeas-corpus-hc-84219-sp-stf>. Acesso em: 13 out 2015.

_____. **Tribunal de Justiça do Distrito Federal**. 2^a Turma Criminal. Apelação Criminal: 20100710369572. Penal e Processual Penal. Disponível em: <<http://tj-df.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/121181977/apelacao-criminal-apr-20100710369572>>. Acesso em: 23 out. 2015

_____. **Tribunal de Justiça de Minas Gerais**. 2^a Câmara Criminal. Apelação Criminal nº 10026110045700001. Dosimetria- Inexistência de circunstância judiciais desfavoráveis. Relatora: Beatriz Pinheiro Caires. Disponível em:

<<http://tj-mg.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/114774990/apelacao-criminal-apr-10026110045700001-mg/inteiro-teor-114775039>>. Acesso em: 23 out. 2015

_____. **Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul**. 4ª Câmara Criminal. Apelação Criminal nº 70052712510. Uso de documento. Relator: Gaspar Marques Batista. Disponível em: <http://tj-rs.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/112878944/apelacao-crime-acr-70052712510-rs>. Acesso em: 23 out. 2015

BUSARELLO, Camila Spillere. **Transtornos mentais**. Disponível em: <http://www.portalvенеza.com.br/psicologia.php?news_id=100621&start=0&category_id=100014&parent_id=0&arcyear=&arcmonth=>. Acesso em: 10 out 2015.

CAPEZ, Fernando. **Curso de direito penal: parte geral**. 15. ed. São Paulo: Saraiva, 2011.

_____. Fernando. **Direito Penal**. Disponível em: <<http://www.ebah.com.br/content/ABAAABnZ0AB/5-direito-penal-fernando-capez?part=6>>. Acesso em: 22 out. 2015

CARRARA, Sérgio. **Crime e loucura: o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século**. Rio de Janeiro: EdUERJ; São Paulo: EdUSP, 1998. (Coleção Saúde & Sociedade).

Conselho Federal de Psicologia. **18 de maio: Dia da Luta Antimanicomial**. Disponível em: <<http://site.cfp.org.br/18-de-maio-dia-da-luta-antimanicomial/>>. Acesso em: 19 out 2015.

CUNHA, Giane Alves de Melo e Assis; MACIEL, Silmara Cristina. **Saúde Mental - Luta Antimanicomial, Reforma Psiquiátrica e CERSAMs: Campo de Atuação das Políticas Públicas**. Disponível em: <http://www.webartigos.com/artigos/saude-mentalluta-antimanicomial-reforma-psiquiatica-e-cersams/11430/>. Acesso em: 01 out 2015.

Direito Net, **Imputabilidade**. Disponível em: ¹ <<http://www.direitonet.com.br/dicionario/exibir/1000/Imputabilidade>>. Acesso em: 22 out. 2015

FIORELLI, José Osmir; MANGINI, Rosana Cathya Ragazzoni. **Psicologia Jurídica**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2011.

FRANÇA, Genival Veloso de. **Medicina Legal**. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

GOMES, Hélio. **Medicina Legal**. 32. ed. Rio de Janeiro: Freitas Bastos, 1997.

GRECO, Rogério. **Curso de direito penal: parte geral**. 9. ed. Rio de Janeiro: Impetus, 2011.

MACEDO, Camila Freire. **A evolução das políticas de saúde mental e da legislação psiquiátrica no Brasil.** Disponível em: <<http://jus.com.br/revista/texto/8246/a-evolucao-das-politicas-de-saudemental-e-da-legislacao-psiquiatrica-no-brasil>>. Acesso em: 19 out 2015.

MALCHER, Farah de Sousa. **A questão da inimputabilidade por doença mental e a aplicação das medidas de segurança no ordenamento jurídico atual.** Disponível em: <http://jus.com.br/artigos/12564/a-questao-da-inimputabilidade-por-doenca-mental-e-a-aplicacao-das-medidas-de-seguranca-no-ordenamento-juridico-atual/4>. Acesso em: 12 out. 2015.

MIRABETE, Júlio Fabbrini. **Manual de direito penal: parte geral.** Vol. I. 29.ed. São Paulo: Atlas, 2013.

NUCCI, Guilherme de Souza. **Manual de direito penal: parte geral e parte especial.** 7.ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2011.

PRADO, Luiz Regis. **Curso de Direito Penal Brasileiro: Parte Geral – Arts. 1º a 120.** São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2010.

ZAFFARONI, Eugenio Raúl; PIERANGELI, José Henrique. **Manual de direito penal brasileiro/volume 1, parte geral.** 10 ed. rev., atual. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2013.