

UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO
FACULDADE DE DIREITO

Paula Prada Caus

CRÍTICAS ÀS MEDIDAS DE SEGURANÇA NO BRASIL: A
INEFETIVIDADE DA LEI E DAS POLÍTICAS
ANTIMANICOMIAIS

Casca
2013

Paula Prada Caus

CRÍTICAS ÀS MEDIDAS DE SEGURANÇA NO BRASIL: A
INEFETIVIDADE DA LEI E DAS POLÍTICAS
ANTIMANICOMIAIS

Monografia apresentada ao Curso de Direito, da Faculdade de Direito, da Universidade de Passo Fundo, como requisito parcial à obtenção do grau de Bacharel em Ciências Jurídicas e Sociais, sob a orientação da professora Me. Priscila Formigheri Feldens.

Casca
2013

Aos meus, com toda forma de amor.

A Deus, pelo dom da vida e por me permitir o recomeço a cada amanhecer.

À minha excêntrica família, em especial, meu pai Minero e minha mãe Mirtes, pelo exemplo de garra, fé e apoio incondicional.

À minha avó Zulema, pelo cuidado, amor, dedicação, incentivo e companhia durante toda a minha vida, e ao meu avô Tété, que enquanto pôde, nunca mediu esforços para que os meus sonhos se realizassem.

Ao meu namorado Bruno, a pessoa mais paciente que eu conheço, por ter suportado “firme e forte” todas as variações ocorridas com o meu humor durante a realização deste trabalho. Obrigada pelo ser, pelo estar e pelo amar!

À minha tia Fernanda e ao Leonel, meus amadinhos, por todos os instantes de descontração e felicidade que me proporcionaram nas horas de desânimo e cansaço.

Aos meus amigos de sempre, Gabriel, Jorgeana, Gisele e Bárbara, que fazem minha vida mais leve e mais alegre, pela cumplicidade e confiança demonstradas em todas as circunstâncias.

Aos meus amigos-colegas, Cátia, Gésica, Laiana e Flávio, a quem aprendi a amar e construir laços eternos, por todos os momentos que vivemos juntos e, principalmente, pela mão que sempre se estendeu quando eu precisei.

À professora orientadora, Me. Priscila Formigheri Feldens, por ter acreditado em mim e no meu trabalho, me dando forças para continuar, até mesmo quando eu não mais as tinha.

“A minha única diferença em relação a um homem louco, é que eu não sou louco!”

Salvador Dalí

RESUMO

O presente estudo parte de uma análise da teoria do delito, mais precisamente a teoria da culpabilidade e as causas que podem excluí-la da conduta do agente. Agregando a isto a existência da imputabilidade do indivíduo e a possível aplicação de uma medida de segurança se verificada a periculosidade do agente e a existência de alterações psíquicas que dificultaram o entendimento da realidade no momento da prática do ato. Passando assim, pelo estudo mais aprofundado sobre as doenças mentais e as graduações de desenvolvimento mental incompleto mais cotidianamente verificados nas pessoas que praticam delitos, sem a consciência do ato que praticou, bem como a forma como as mesmas são constatadas por psiquiatra através de perícia e os itens indispensáveis que devem estar presentes no laudo médico emitido. A partir disso, analisa-se, através do método bibliográfico, a realidade dos locais e dos pacientes que são submetidos a medida, quer seja de internação ou de tratamento ambulatorial, antes e depois do surgimento da política antimanicomial, em diversos estados do país, e o que se pode verificar é a ineficácia dessa medida quanto ao alcance de seus objetivos, devendo haver assim, modificações desde a base desse sistema para que se possa atingir o plano da eficácia.

Palavras chave: Centro de Atenção Psicossocial. Hospital de custódia e tratamento psiquiátrico. Ineficácia social. Medida de segurança. Política antimanicomial.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	7
1 A CULPABILIDADE E A TEORIA DO DELITO.....	9
1.1 O delito e seus elementos identificadores.....	9
1.2 Teoria da culpabilidade	14
1.3 Causas de exclusão da culpabilidade.....	20
2 MOLÉSTIAS MENTAIS CAUSADORAS DA INIMPUTABILIDADE E A MEDIDA DE SEGURANÇA	25
2.1 As medidas de segurança no ordenamento jurídico brasileiro	25
2.2 Moléstias mentais como causa de inimputabilidade e exames psiquiátricos.. ..	32
3 CRÍTICAS ÀS MEDIDAS DE SEGURANÇA NO BRASIL: A INEFETIVIDADE DA LEI E DAS POLÍTICAS ANTIMANICOMIAIS	40
3.1 A internação e a política antimanicomial	40
3.2 Da criação dos CAPS (Centros de Atenção Psicossocial) e sua inefetividade.....	48
CONCLUSÃO.....	55
REFERÊNCIAS	60

INTRODUÇÃO

O presente trabalho analisa a eficácia da lei e das políticas antimanicomiais no ordenamento jurídico brasileiro, durante o cumprimento das medidas de segurança, seja ela detentiva na forma de internação ou restritiva na forma de tratamento ambulatorial, bem como a situação em que se encontram os hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico e os Centros de Atenção Psicossocial de todo o país, abrangendo desde a situação em que se encontram tais locais, até a forma como são tratados os pacientes e a falta de materiais para atender as necessidades básicas da demanda.

Justifica-se o estudo proposto tendo em vista que o cumprimento de medida de segurança, nas duas formas em que a mesma se apresenta, é a realidade de milhares de pessoas em todo o Brasil, que passam anos enclausuradas em um hospital sem contato com o mundo, muitas vezes abandonados por seus próprios familiares, em estabelecimentos sem qualquer estrutura para sua finalidade que é a cura, a cessação de periculosidade do agente, ou cumprindo um tratamento ambulatorial, que nem sempre possui qualidade suficiente para atingir seus fins.

Objetiva-se, dessa forma, compreender o que ocorre na prática durante a execução dessa medida, abrangendo todos os movimentos e outras formas de mobilização que buscaram modificar o sistema, as quais foram surgindo gradativamente durante um longo período de tempo, e o fato pelo qual a teoria, ainda nos dias atuais, encontra-se tão distante da realidade.

Nesse diapasão, devem ser analisados minuciosamente todos os fatos coligados direta ou indiretamente com o tema com o intuito de aprofundar cada vez mais um assunto não tanto discutido mas imprescindível para que a Justiça alcance a todos. Entende-se de suma importância e relevância tal estudo para que se possa garantir às pessoas submetidas ao cumprimento da medida de segurança uma vida mais digna, visto que são mentalmente doentes, necessitando assim de cuidados especiais, e que jamais poderiam ser vítimas do descaso de autoridades por se tratarem de cidadãos como quaisquer outros, sempre devendo ser observado que essa medida não é uma pena, mas também compreende-se como uma forma de sanção penal, sendo assim, aplicáveis a ela todos os quesitos previstos em lei para qualquer outro instituto penal.

O estudo está dividido em três capítulos, tratando sobre: a culpabilidade e a teoria do delito; o delito e seus elementos identificadores, a teoria da culpabilidade e as causas que podem excluí-la da conduta do agente. Assim, analisa-se a teoria do delito de forma geral em seus quatro aspectos: conduta, tipicidade, antijuridicidade e culpabilidade, explicando de forma específica este último elemento. Na sequência, são analisadas todas as causas excludentes da culpabilidade do indivíduo, tanto as que o absolvem de uma possível punição como as que dão ensejo ao cumprimento de uma sanção diversa da pena.

Em um segundo momento, fomenta-se o estudo da medida em específico, abrangendo a exposição do histórico das medidas de segurança no ordenamento jurídico brasileiro, as doenças causadoras de insanidade mental e a forma como as mesmas podem interferir na capacidade de discernimento do agente, analisando os sintomas mais frequentes presentes nos que são acometidos por essas moléstias mentais que podem levar à inimputabilidade. Dá-se ênfase àquelas mais cotidianamente verificadas no meio em que se vive, a realização de perícia psiquiátrica por profissional habilitado, meio pelo qual as mesmas são constatadas e os requisitos que devem estar presentes no laudo fornecido.

O terceiro capítulo busca realizar uma análise crítica acerca das medidas de segurança, com enfoque à eficácia ou não da lei e das políticas antimanicômias durante o seu cumprimento. Utilizou-se para tanto, apenas o método de pesquisa bibliográfico, visto que foram inúmeras as tentativas de visitar os locais destinados ao cumprimento dessa medida no estado do Rio Grande do Sul a fim de coletar dados para o trabalho, porém os órgãos responsáveis dificultaram tanto o acesso, ao ponto de torná-lo impossível. Dessa forma, num primeiro momento se discorre sobre a internação e a influência da política que prevê a extinção dos manicômios no decorrer da execução e posteriormente, a criação dos Centros de Atenção Psicossocial, os quais são órgãos da saúde pública para onde são direcionados os indivíduos que necessitam cumprir medida na forma de tratamento ambulatorial.

Assim, cabe ressaltar que o presente estudo não tem como intuito esgotar o assunto, visto que o tema exige maior aprofundamento pelo fato de que é deveras importante para que se garanta a segurança de todos os cidadãos, porém deve-se primar, sempre, pela não violação da dignidade daqueles que são submetidos ao sistema penal, lutando para que haja harmonia entre ambos os lados. Por fim, busca-se incentivar a realização de outros estudos sobre a matéria em análise, para que seja vista sob outros olhos críticos e cada vez mais possa alcançar resultados positivos.

1 A CULPABILIDADE E A TEORIA DO DELITO

A fim de que se possa compreender quaisquer fatos relevantes acerca da prática de um ilícito penal, anteriormente se faz necessário o entendimento de toda a teoria do delito de uma forma geral, bem como de uma forma menos ampla, abrangendo o conceito do delito e seus elementos identificadores, explanando toda a teoria da culpabilidade e todos os quesitos que podem excluí-la da conduta do agente.

1.1 O delito e seus elementos identificadores

O delito em si, possui algumas conceituações distintas, sendo primeiramente necessário compreendê-las, para posteriormente analisar os elementos necessários para sua caracterização e assim construir a base necessária para a análise de quaisquer fatos ou institutos pertencentes ao Direito Penal.

O conceito formal abrange o fato de que para que se configure a ocorrência de um delito, se faz necessário que o agente pratique alguma conduta prevista na lei, violando assim uma norma penal. Este conceito está ligado ao Princípio da Legalidade, previsto tanto no artigo 5º XXXIX da Constituição Federal¹ quanto no artigo 1º do Código Penal². (GOMES, 2007, p.164).

O delito, segundo o conceito legal, prevê que a conduta só será considerada punível quando houver, expressamente, uma pena que deverá ser imposta a quem praticar tal ato. Este conceito encontra sua fundamentação no artigo 1º da Lei de Introdução ao Código Penal³. (GOMES, 2007, p.165). Nesse caso, não tão relevante, porém nítida diferença entre o crime e a contravenção penal, em que esta somente será punida com pena de prisão simples ou multa

¹ Artigo 5º XXXIX da Constituição Federal: “não há crime sem lei anterior que o defina, nem pena sem prévia cominação legal.”

² Artigo 1º do Código Penal traz igual disposição do artigo 5º XXXIX da Constituição Federal.

³ Artigo 1º da Lei de Introdução ao Código Penal: “Considera-se crime a infração penal a que a lei comina pena de reclusão ou detenção, quer isoladamente, quer alternativa ou cumulativamente com a pena de multa; contravenção, a infração a que a lei a comina, isoladamente, pena de prisão simples ou de multa, ou ambas, alternativa ou cumulativamente.”

e aquele é verificado quando a punição consistir em pena de reclusão ou detenção. (MASSON, 2010, p. 158-159).

O terceiro conceito do delito é denominado material e segundo ele, o crime além de estar previsto na lei, deve ter um resultado, o fato deve atingir ou ameaçar bens jurídicos extremamente relevantes e protegidos. (GOMES, 2007, p.166). Inclusive, essa ação ou omissão praticada pelo agente deve ser exteriorizada de forma consciente e voluntária, livre de quaisquer vícios, havendo assim, a intenção de praticá-lo e a consciência de que o ato é considerado ilícito. (ESTEFAM, 2010, p. 157-158).

Há ainda o conceito analítico, considerado relevante para grande parte da doutrina brasileira, podendo este ser fracionado em três conceituações distintas. Para alguns doutrinadores, como Basileu Garcia e Battaglini, o delito deve se tratar de um fato típico, antijurídico, culpável e punível, embora a punibilidade seja uma mera possibilidade de aplicação de uma sanção penal. (ISHIDA, 2010, p. 65). Há maior divergência entre os doutrinadores brasileiros quanto ao conceito analítico podendo ser analisado pela teoria bipartida, em que o delito é apenas um fato típico e antijurídico ou pela teoria tripartida, majoritariamente aceita no ordenamento jurídico brasileiro, segundo a qual o delito é um fato típico, antijurídico e culpável. (ESTEFAM, 2010, p. 158).

Verifica-se dessa forma que no Brasil o conceito mais abrangente do delito é o derivado da teoria tripartida, existindo assim, elementos essenciais para sua configuração, a tipicidade, a antijuridicidade e a culpabilidade, analisados todos sob o prisma da conduta, da ação que foi praticada pelo agente, podendo ela ser uma conduta comissiva ou omissiva.

No que tange à conduta, pode ser ela tanto uma ação quanto uma omissão, sendo revelada de forma dolosa ou culposa, conforme haja ou não intenção de praticá-la, apenas cogitar praticar o fato não basta, é necessário que ele ocorra. (GRECO, 2013, p. 149-150).

Diversas foram as teorias que surgiram ao longo do tempo, acerca da conduta, até o momento em que pode se chegar a um conceito bastante definido e abrangente atualmente utilizado. Iniciou-se nos meados do século XIX com a Teoria Causalista da Ação, como grandes estudiosos acerca dessa doutrina pode-se citar Franz von Liszt e Ernst von Beling, para eles a ação deveria ser um movimento corporal realizado de forma voluntária e que causasse alguma modificação no mundo exterior. (BRANDÃO, 2010, p. 136-138).

Adentrando ao século XX, surgiu a Teoria Finalista da Ação, criada por Hans Welzel, em que a ação visa apenas ao final, quaisquer atos realizados pelo agente visam um fim,

buscam um resultado. No ano de 1932 surgiu a Teoria Social da Ação, através de Eberhard Schmidt, a qual se trata de um misto entre a causalista e a finalista, prevendo que a conduta é todo o comportamento que tenha alguma relevância no meio social. (BRANDÃO, 2010, p. 138-143).

Quanto à ação, ou seja, a conduta comissiva, atualmente, um conceito bastante completo é sustentado por Cezar Roberto Bitencourt:

Ação é o comportamento humano voluntário coincidentemente dirigido a um fim. A ação compõe-se de um comportamento exterior, de conteúdo psicológico, que é a vontade dirigida a um fim, da representação ou antecipação mental do resultado pretendido, da escolha dos meios e a consideração dos efeitos concomitantes ou necessários e o movimento corporal dirigido ao fim proposto. O resultado não pertence a ação, mas ao tipo, naqueles crimes que o exigem (crimes materiais). (2011, p. 259).

A omissão trata-se de uma conduta negativa e pode ser verificada quando algo deveria ser feito, porém não o foi. Esta conduta pode ser tanto considerada própria quando no tipo penal, existe um dever genérico de proteção, algo que teria de ser realizado diante de determinada situação, porém o agente não realiza, não sendo necessária a ocorrência de resultado proveniente de tal omissão de conduta, e imprópria no caso previsto no parágrafo 2º do artigo 13 do Código Penal⁴, existindo assim o denominado dever especial de proteção, pois o omissor tem obrigações de cuidado para com a vítima e permite que algo ocorra com ela. (GRECO, 2013, p. 152-153).

Quanto ao elemento identificador denominado tipicidade, deve ser analisada primeiramente a diferenciação entre esta e o tipo. Tipo trata-se de uma norma contida na lei que prevê uma conduta proibida. (ZAFARONI; PIERANGELI, 2011, p. 388). Para que um fato possa ser considerado típico se faz necessária a existência de uma conduta, um resultado que se amolde a um modelo legal e que haja nexos causal entre esses dois elementos. (NUCCI, 2012, p. 198).

⁴ Parágrafo 2º do artigo 13 do Código Penal: “A omissão é penalmente relevante quando o omissor devia e podia agir para evitar o resultado. O dever de agir incumbe a quem: a) tenha por lei obrigação de cuidado, proteção ou vigilância; b) de outra forma, assumiu a responsabilidade de impedir o resultado; c) com seu comportamento anterior criou o risco da ocorrência do resultado.”

A adequação típica pode ocorrer tanto de forma imediata como mediata. A imediata é regra e pode ser constatada quando a conduta enquadrar-se imediata e diretamente a uma norma penal, sem concorrer com qualquer outra norma. A mediata é a exceção e se verifica quando se faz necessário o uso de mais de uma norma para que o fato possa ser enquadrado como típico, um clássico exemplo é o da tentativa, onde há a adequação tanto na tentativa, quanto na espécie do crime que foi tentado. (BITENCOURT, 2011, p. 306).

A tipicidade pode ser excluída da conduta, perante a doutrina majoritariamente aceita no ordenamento jurídico vigente, pela adequação social, em que pode se verificar que as condutas moralmente aceitas na sociedade, mesmo sendo integrantes de um tipo penal, não constituem um fato típico, inclusive as condutas abrangidas pelo princípio da insignificância, quando a conduta causa lesões insignificantes aos bens jurídicos tutelados, enquadra-se nessa exclusão. (SANTOS, 2002, p. 32-33).

No campo da antijuridicidade, trata-se da qualidade de o fato estar em desconformidade, ser contrário a ordem jurídica vigente. (PRADO, 2006, p. 379-383). O termo antijuridicidade é sinônimo de ilicitude e geralmente, um fato típico é também ilícito, caso não haja as justificantes previstas no artigo 23 do Código Penal⁵, caso houver alguma o fato deverá ser considerado lícito. (ISHIDA, 2010, p. 119).

A antijuridicidade pode ser considerada formal (corrente minoritariamente aceita) quando o agente teria, segundo uma norma jurídica, o dever de atuar ou omitir-se de um ato e não o faz estando assim, em desconformidade com a lei. Em seu âmbito material tem-se por base a lesão que foi causada a determinado bem jurídico pela prática ou não de uma atitude esperada pelo agente, e esta deverá ser contrária a norma, consistindo em um comportamento socialmente danoso. (BITENCOURT, 2011, p. 348).

A mais comum dentre as causas que excluem a ilicitude, é a legítima defesa e ocorre quando em determinadas situações o sujeito pode agir em sua própria defesa, possui fundamentação legal no artigo 25 do Código Penal⁶ e nele encontram-se prescritos todos os requisitos para que se verifique tal excludente. Um dos requisitos da legítima defesa é a existência de uma agressão, ocorre um ataque humano que lesa ou expõe ao perigo algum bem jurídico tutelado, podendo esta conduta tanto ser ativa como omissiva. (ESTEFAM, 2010, p. 250).

⁵ Artigo 23 do Código Penal: “Não há crime quando o agente pratica o fato: I - em estado de necessidade; II – em legítima defesa; III – em estrito cumprimento de dever legal ou no exercício regular de direito.”

⁶ Artigo 25 do Código Penal: “Entende-se em legítima defesa quem, usando moderadamente dos meios necessários, repele injusta agressão, atual ou iminente, a direito seu ou de outrem.”

A agressão de que trata a legítima defesa, deve ser considerada injusta, quando tal conduta é contrária ao direito; atual, quando a ocorrência verifica-se no momento presente; ou iminente, que está próxima a acontecer. Outro requisito encontra-se no fato de que tal agressão possa ser tanto contra um direito próprio como a um direito de terceiros e para a defesa de tais direitos deve-se utilizar apenas os meios necessários, meios estes que causem o menor dano possível ao agressor apenas com o intuito de repelir tal agressão e de forma moderada, em que exista proporção entre o ataque e a defesa, caso seja constatado excesso, o agente será punido por ele. (NUCCI, 2012, p. 269-279).

Ademais, a antijuridicidade pode ser excluída pelo estado de necessidade, que segundo a lei penal brasileira é considerado uma causa de justificação. (SANTOS, 2002, p. 146). Previstos no artigo 24 do Código Penal⁷, os elementos que definem esse estado, o qual compreende a existência de um perigo que possa lesar um bem jurídico penalmente tutelado; a atualidade ou iminência desse perigo, o qual necessita de uma proteção imediata; ser este involuntário, jamais provocado de forma intencional pelo autor; que seja inevitável outro modo de ação, em que o perigo não pode ser sanado sem lesão a um bem jurídico; o qual esteja violando direito próprio ou de terceira pessoa; que inexistam os requisitos previstos no artigo 13 do Código Penal; que esta ação ocorra de forma razoável e que o agente tenha consciência de que age amparado por essa excludente. (ISHIDA, 2010, p. 120-122).

Também é devido abordar o estrito cumprimento de dever legal, o qual é geralmente dirigido a agentes públicos e baseado numa norma que prevê que esse agente tem o dever de realizar uma conduta típica, sem ser punido por isso, visto se tratar de causa excludente de antijuridicidade. (BRANDÃO, 2010, p. 217-218). O exercício regular de direito ocorre quando o ordenamento jurídico vigente autoriza determinada ação típica, porém cabe a ele optar por exercer ou não tal direito, pode-se encontrá-lo em leis, regulamentos, e para alguns doutrinadores, até mesmo nos costumes. (MASSON, 2010, p. 406).

Há ainda, o consentimento do ofendido que, conforme o caso afasta a tipicidade ou exclui a ilicitude do fato e possui três requisitos fundamentais para sua aceitação como uma das hipóteses anteriormente elencadas, que se trata de o ofendido possuir capacidade para consentir (ter 18 anos completos e estar em perfeito estado de saúde mental), que o bem sobre o qual recai a conduta seja disponível e que o consentimento tenha sido dado em momento

⁷ Artigo 24 do Código Penal: "Considera-se em estado de necessidade quem pratica o fato para salvar de perigo atual, que não provocou por sua vontade, nem podia de outro modo evitar, direito próprio ou alheio, cujo sacrifício, nas circunstâncias, não era razoável exigir-se. § 1º - Não pode alegar estado de necessidade quem tinha o dever legal de enfrentar o perigo. § 2º - Embora seja razoável exigir-se o sacrifício do direito ameaçado, a pena poderá ser reduzida de um a dois terços."

anterior ou simultâneo a conduta do agente caso seja posterior não afastará o caráter típico. (GRECO, 2013, p. 368-371). De uma forma geral, cabem essas excludentes nos delitos contra bens patrimoniais, a integridade física, a honra, e a liberdade individual. (PIERANGELI, 2001, p. 98)

O último elemento identificador da teoria tripartida do delito é a culpabilidade que liga o crime à pena concreta cominada a ele, tendo em vista o fato de que o agente poderia ter agido em conformidade com o Direito e evitado uma possível punição, porém não o fez (GOMES, 2007, p. 542- 544). Trata-se a culpabilidade de um juízo acerca do autor do fato, sendo considerada por muitos, o elemento mais importante do delito. (BRANDÃO, 2010, p. 223).

Dessa forma, observa-se que são muitas as considerações pertinentes sobre um fato para que seja considerado um delito e ao agente praticante seja imposta uma sanção, nada mais justo visto que se trata da liberdade do ser humano, afinal: “ninguém será privado da liberdade ou de seus bens sem o devido processo legal”⁸.

1.2 Teoria da culpabilidade

A culpabilidade além de se tratar de um elemento da teoria do delito está intimamente ligada com a aplicação de pena ou qualquer outra forma de sanção à pessoa que já se enquadrara nos demais quesitos necessários à configuração de um delito, trata-se do último passo antes da imposição ou não de uma punição a tal agente. Se o sujeito possuía completo discernimento no momento da prática do ato, cumprirá pena, se não o possuía ou estava reduzido, cumprirá uma medida de segurança.

Primeiramente, a culpabilidade é considerada um dos princípios norteadores do Direito Penal, e vista como princípio leva em conta a reprovabilidade que se faz sobre uma conduta considerada típica e ilícita que foi praticada pelo agente, e se nas situações em que se encontrava poderia ter agido de forma diferente. O princípio da culpabilidade possui três sentidos considerados essenciais, podendo ser vista como elemento integrante do conceito

⁸ Artigo 5º inciso LIV da Constituição Federal.

analítico de crime, como um princípio medidor de pena e como um princípio impedor da responsabilidade penal sem culpa. (GRECO, 2013, p. 89-92).

Vista a culpabilidade como elemento integrante do conceito analítico de crime consiste no fato de ser vedada a aplicação de qualquer forma de pena a um indivíduo sem que haja culpabilidade, ou seja, sem que sejam verificados os requisitos da culpabilidade na sua conduta. Como princípio medidor da pena, abrange o fato de que a pena sempre deverá ser proporcional ao fato que foi cometido pelo agente. No sentido de ser um princípio impedor da responsabilidade penal sem culpa, nunca poderá o agente ser responsabilizado por uma conduta sem que nela exista dolo ou culpa. (ESTEFAM, 2010, p. 117).

Foi somente em meados do Século XIX que começou a ser sistematizado um conceito de culpabilidade e a partir de então foram surgindo diversas teorias bastante distintas quanto ao tema. (BITENCOURT, 2011, p. 395). Desde então, a teoria do delito tem evoluído gradativamente, aos poucos foram sendo estudados os elementos fundamentais do delito, os quais iniciaram no Direito Romano e se tornaram mais definidos através da doutrina alemã. (GRECO, 2013, p. 375-376). Na evolução do quesito culpabilidade, surgiram diversas teorias: a psicológica, a psicológica-normativa, a normativa pura, a limitada e a funcional. (MASSON, 2010, p. 421-427).

O Direito Penal Romano, foi bastante influenciado pelo direito grego, visto ambos considerarem o direito penal uma função do Estado. O direito romano teve duração de aproximadamente mil anos, evoluindo muito durante o passar desse tempo. Os romanos consideravam que o direito penal possuía um caráter público, a doutrina da imputabilidade foi por eles definida através de interpretação de leis, definiram o dolo como uma vontade coligada com a consciência de que ela era contra a moral. (BRANDÃO, 2010, p. 226-228).

A teoria psicológica refletia a situação da Alemanha por volta do ano de 1900 e teve como precursor Von Lizst, conceituando que a culpabilidade é um vínculo psicológico existente entre a conduta, que no caso não possui qualquer valor e só teria função de causar um resultado, quer com dolo ou com culpa. Assim, o único elemento exigido para a punição do sujeito era a imputabilidade, sendo analisada de acordo com o dolo ou com a culpa. (CAPEZ, 2011, p. 175). Essa teoria também denominada de causalista ou causal, não considera no estudo da culpabilidade, a inexigibilidade de conduta diversa, e, nesse caso, mesmo que o sujeito estivesse agindo sob coação moral irresistível, se considerado imputável e verificado dolo em sua conduta, seria considerado culpável. (NUCCI, 2012, p. 303-304).

No início do século XX surgiu a teoria psicológico-normativa em que dolo e culpa passam a ser elementos da culpabilidade, e essa não se trata mais de um vínculo entre o agente e o fato, mas sim de um juízo de valoração que tem o agente como seu objeto havendo uma censura que recai sobre a conduta típica e ilícita, tudo isso condicionado a presença de certos elementos como a imputabilidade, o dolo e a culpa e a exigibilidade de uma conduta diversa. (BITENCOURT, 2011, p. 400-401). Revelada tal teoria por Frank, previa a culpabilidade como um juízo de reprovação, visto que o agente teria o dever de não violar regras jurídicas e mesmo assim o faz, sendo considerada reprovável sua conduta, que poderia ter sido evitada. (BARROS, 2011, p. 371-373).

Outra teoria acerca da culpabilidade foi denominada como normativa pura ou finalista a qual foi considerada um dos marcos mais importantes da teoria do delito. Nela o dolo e a culpa passam a integrar a tipicidade e a consciência da ilicitude, que trata da possibilidade de o agente notar ser sua conduta um ato ilícito, passa a integrar a culpabilidade. (PRADO, 2006, p. 414-417). Surgida por volta do ano de 1931 na Alemanha, a partir da obra de Hans Welzel denominada “Causalidade e Ação”, previa que toda a ação humana possui uma finalidade, seja ela lícita ou ilícita, sendo a imputabilidade, a potencial consciência da ilicitude e a exigibilidade de conduta diversa, os três elementos identificadores da culpabilidade. (GRECO, 2013, p. 380-383).

Na teoria limitada da culpabilidade, os elementos são os mesmos adotados pela teoria normativa pura, baseando-se nas hipóteses de erro previstas no artigo 20⁹ e artigo 21¹⁰ do Código Penal, em que o erro pode ser considerado de tipo, se ocorrer de o agente não verificar o fato que pratica ser ilícito, como ocorre no §1º do artigo 20, e pode também ser considerado um erro de proibição, no momento em que ocorre erro quanto ao desconhecimento da lei. Exatamente esta teoria é que mais possui nexos, com base na análise dos artigos anteriormente citados, pois distingue o erro sobre um fato de um erro sobre uma norma permissiva. (MASSON, 2010, p. 425-426).

⁹ Artigo 20 do Código Penal: “O erro sobre elemento constitutivo do tipo legal de crime exclui o dolo, mas permite a punição por crime culposo, se previsto em lei. § 1º - É isento de pena quem, por erro plenamente justificado pelas circunstâncias, supõe situação de fato que, se existisse, tornaria a ação legítima. Não há isenção de pena quando o erro deriva de culpa e o fato é punível como crime culposo. § 2º - Responde pelo crime o terceiro que determina o erro. § 3º - O erro quanto à pessoa contra a qual o crime é praticado não isenta de pena. Não se consideram, neste caso, as condições ou qualidades da vítima, senão as da pessoa contra quem o agente queria praticar o crime.”

¹⁰ Artigo 21 do Código Penal: “O desconhecimento da lei é inescusável. O erro sobre a ilicitude do fato, se inevitável, isenta de pena; se evitável, poderá diminuí-la de um sexto a um terço. Parágrafo único - Considera-se evitável o erro se o agente atua ou se omite sem a consciência da ilicitude do fato, quando lhe era possível, nas circunstâncias, ter ou atingir essa consciência.”

Segundo Jakobs, a culpabilidade pode possuir um conceito funcional, em que deve-se verificar se a pena que será imposta ao agente é a necessária para garantir a vigência de uma norma penal. Na visão de tal doutrinador para que possa ser aferida a culpabilidade do agente, não necessitam ser analisadas as circunstâncias ligadas à pessoa do agente, apenas que houvesse uma punição suficiente para que os indivíduos possuíssem confiança na vigência da norma, havendo dessa forma uma prevenção geral ao cometimento de delitos. (ESTEFAM, 2010, p. 260).

A culpabilidade ainda pode ser definida como formal e material. A formal é o grau de censurabilidade merecido ao autor de um fato típico e antijurídico, se houver os elementos essenciais da culpabilidade, tem utilidade no auxílio ao legislador para que o mesmo possa verificar os limites mínimo e máximo da pena cominada a tal delito construindo dessa forma, um tipo penal. Materialmente tem a função de fundamentação da pena por parte do juiz, afim de que se atinja um limite concreto, nesse sentido, leva-se em conta a censura sobre o fato e sobre quem o praticou. (NUCCI, 2012, p. 307-308).

Em todos os delitos, além do autor do fato, a sociedade também possui uma parcela de responsabilidade, visto ser ela considerada desigual, não havendo distribuição de riquezas e muitos indivíduos passando por necessidades cada vez maiores conforme o passar dos dias, por falta de a sociedade dar-lhes uma oportunidade e retirá-los da situação em que se encontram. A partir dessa visão, surgiu a teoria da coculpabilidade, em que conforme o caso, a sociedade também deverá ser responsável pela prática de tal ilícito, cabendo ao agente, ter sua pena atenuada com fundamentação no artigo 66 do Código Penal,¹¹ em virtude de tal situação. (GRECO, 2013, p. 414-415).

Verifica-se dessa forma, os aspectos históricos relacionados com o elemento da teoria do delito denominado culpabilidade, o qual é inclusive um princípio do direito penal previsto implicitamente na Constituição Federal, abrangendo toda a sua evolução ao longo dos tempos, bem como as teorias que foram surgindo acerca de tal tema, as diversas utilidades desse elemento, e as formas como pode se apresentar e explicitada a teoria da coculpabilidade, cabe ressaltar os quesitos essenciais para a constatação da culpabilidade do agente, os quais já foram anteriormente citados e merecem maior destaque, afim de que se compreenda a culpabilidade em sua totalidade.

¹¹ Artigo 66 do Código Penal: “A pena poderá ser ainda atenuada em razão de circunstância relevante, anterior ou posterior ao crime, embora não prevista expressamente em lei.”

Quanto à imputabilidade, consiste na capacidade que o sujeito deve ter de entender a ilicitude do ato (aspecto cognoscitivo) e da mesma forma querer praticá-lo (aspecto volitivo). Caso venha a ocorrer da parte do agente a incapacidade de compreender a ilicitude do fato somada a uma anomalia mental, ocorrerá a inimputabilidade. (PRADO, 2006, p. 421-422). Caso haja capacidade de compreensão, porém encontre-se diminuída no momento do ato, reduzindo assim a capacidade de culpabilidade, esse agente será denominado semi-imputável. (BITENCOURT, 2011, p. 419).

Diversos são os critérios existentes afim de que se verifique a imputabilidade ou não do agente. O sistema biológico pressupõe que qualquer indivíduo que possua uma anomalia psíquica será considerado inimputável. Para o sistema psicológico, não se faz necessária a existência de uma anomalia, mas sim, verificar quais eram as condições psíquicas do autor no momento do fato. O sistema biopsicológico exige que o agente possua uma anomalia psíquica, não seja capaz de entender o caráter ilícito do fato e de determinar se a sua conduta acorda ou não com o mesmo. Presentes os três requisitos, o mesmo é inimputável, esse é o critério adotado pelo Código Penal, presente no artigo 26¹² da referida legislação. (ISHIDA, 2010, p. 135).

A imputabilidade possui fundamento no fato de que toda a pessoa imputável possui responsabilidade pelos atos que pratica, visto ser um indivíduo completamente são mentalmente, uma pessoa que possui inteligência e liberdade para decidir o que quer fazer, e realizar essa sua vontade da forma como planejou, devendo assim, entender e querer praticar tal ato, mesmo tendo consciência de que sua conduta violará o ordenamento jurídico. Deve a imputabilidade existir no momento em que for realizada a ação, caso contrário incidirá o agente nas causas de exclusão de imputabilidade. (JESUS, 2011, p. 514-515).

No que tange ao elemento potencial consciência da ilicitude, para que a conduta seja reprovável ao autor, se faz necessário que o agente conheça ser o fato considerado ilícito e vedado por lei. (ANDREUCCI, 2011, p. 576). Pode ser analisada por dois ângulos distintos, a existência na consciência do indivíduo, que, ao ocorrer, torna reprovável a conduta no âmbito da culpabilidade ou ausente na mente do indivíduo, dando assim origem ao erro de proibição. (BRANDÃO, 2010, p. 235-236).

¹² Artigo 26 do Código Penal: “É isento de pena o agente que, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento. Parágrafo único - A pena pode ser reduzida de um a dois terços, se o agente, em virtude de perturbação de saúde mental ou por desenvolvimento mental incompleto ou retardado não era inteiramente capaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.”

Somente será submetido à análise da potencial consciência da ilicitude, o agente que não possuir qualquer distúrbio mental, essa consciência é constatada de forma presumida e somente afastará a culpabilidade se além de o sujeito não conhecer ser o fato proibido, ele não tiver capacidade de adquirir o entendimento sobre isso, ocorre sobre o erro de proibição (se incide erro sobre a norma penal incriminadora), podendo nesse caso excluir a pena ou diminuí-la conforme o erro for considerado inescusável ou escusável. (ESTEFAM, 2010, p. 268-271).

Há três critérios para determinação do objeto da consciência da ilicitude. O critério formal, em que o agente deve ter conhecimento sobre a violação da norma penal. O material, deve ter conhecimento de que se está violando um interesse alheio, e que possui maior aceitação é denominado intermediário em que o agente deve reconhecer apenas o caráter ilícito do modo que está agindo. (MASSON, 2010, p. 460-461).

A potencial consciência não pode ser confundida com a real consciência, visto que nessa o agente deveria saber que a conduta era ilícita e naquela basta a possibilidade de que o agente, diante de determinado caso, possuía de alcançar o conhecimento sobre isso. O erro sobre o conhecimento do fato se for vencível afasta a conduta dolosa, porém o agente é punido culposamente sendo diminuída assim, a sua pena e, se for invencível, elimina tanto o dolo quanto a culpa, dessa forma sendo excluída a punição do agente. (GRECO, 2013, p. 400-404).

O erro de proibição possui espécies distintas. É considerado direto quando o sujeito age pensando sua conduta não ser ilícita; é indireto quando o agente sabe sua conduta ser ilícita, mas considera que sobre ela incide uma excludente de ilicitude; e pode ser mandamental nos casos de omissão, em que o agente não faz algo pensando que não deveria agir de tal modo. (ESTEFAM, 2010, p. 270-271).

A exigibilidade de conduta diversa trata do fato de que somente serão puníveis as condutas que poderiam ter sido realizadas de outra forma pelo sujeito, de acordo com as normas, porém o mesmo não o fez, sendo assim sua conduta considerada culpável. (ANDREUCCI, 2011, p. 577). Em determinada situação, em que se percebe que o agente poderia ter agido de forma diversa, em que seria exigível outro comportamento e o mesmo não o fez, ele será culpável por isso, se em determinado momento se percebe que a prática do fato ilícito seria a única atitude esperada pelo agente, ocorre a inexigibilidade de conduta diversa, a qual retira a culpabilidade de tal fato. (ISHIDA, 2010, p. 144).

Então o atual conceito de culpabilidade prevê que o sujeito ao praticar o ato deveria ter-se motivado na norma, ter agido dentro dos seus limites, caso contrário há a prática de um injusto e se aquele tivesse capacidade de refletir e agir em conformidade com as leis, deveria ser punido por aquilo que praticou. (ZAFARONI; PIERANGELI, 2011, p. 522).

Assim, percebe-se que foram necessários muitos anos para se chegar a um conceito de culpabilidade e diversas teorias foram adotadas até os dias atuais, todos os estudos para que esse último elemento, anterior a uma punição, fosse mais estruturado evitando assim quaisquer consequências provenientes de um erro na aplicação de uma sanção. Porém, cabe ressaltar, que existem algumas situações que podem excluir a culpabilidade do agente, dessa forma, isentando-o de pena.

1.3 Causas de exclusão da culpabilidade

As excludentes da culpabilidade estão presentes quando houver qualquer defeito, por assim dizer, na capacidade do indivíduo de compreender os elementos da culpabilidade no momento da prática de determinado ato; caso seja constatada que por algum motivo o agente não poderia considerar o fato típico, antijurídico e culpável, esse estará sujeito a um tratamento diferenciado, visto que em determinados casos a pessoa não tem culpabilidade já em outros ela está diminuída.

Dentre os defeitos concernentes à imputabilidade, ou seja, as causas legais de exclusão dessa, estão elencados quatro; são eles: a doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado (artigo 26 do Código Penal¹³), a embriaguez acidental completa (§1º do artigo 28 do Código Penal¹⁴), a menoridade (artigo 27 do Código Penal¹⁵ e artigo 228 da

¹³ Artigo 26 do Código Penal: “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.”

¹⁴ §1º do Artigo 28 do Código Penal: “É isento de pena o agente que, por embriaguez completa, proveniente de caso fortuito ou força maior, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.”

¹⁵ Artigo 27 do Código Penal: “Art. 27 - Os menores de 18 (dezoito) anos são penalmente inimputáveis, ficando sujeitos às normas estabelecidas na legislação especial.”

Constituição Federal¹⁶) e a dependência ou intoxicação involuntária decorrente do consumo de drogas ilícitas (caput do artigo 45 da Lei n. 11.343/06¹⁷). (ESTEFAM, 2010, p. 261-262).

A doença mental é tida como uma moléstia que tem a capacidade de modificar a saúde mental do agente fazendo com que o mesmo não possa compreender o caráter ilícito do fato que está praticando, e por consequência, não teria capacidade de determinar-se de forma diversa no momento da prática do ato. Para constatação da doença deverá o mesmo ser submetido a um exame médico-legal e caso for verificada a sua ocorrência, o agente não será submetido à pena, mas sim a medida de segurança. (ANDREUCCI, 2011, p. 131). São exemplos de doenças mentais: a esquizofrenia, psicose maníaco-depressiva, melancolia, demência, senilidade, entre outras. (NUCCI, 2012, p. 311-312).

O desenvolvimento mental incompleto abarca os menores, os surdos-mudos que não receberam educação adequada e os silvícolas, que são os habitantes da selva ainda não adaptados, caso essas situações causem incapacidade mental. (BITENCOURT, 2011, p. 418). A culpabilidade dos silvícolas inadaptados à sociedade é bastante discutida, pois nem sempre serão considerados inimputáveis, isso depende do resultado de uma exame pericial, onde serão considerados imputáveis se já estiverem integrados à vida em sociedade, serão semi-imputáveis se estiver dividido o convívio com a tribo e com a sociedade e por fim, considerados inimputáveis se o indivíduo é completamente incapaz de conviver em sociedade, desconhecendo quaisquer regras que são inerentes a ela. (MASSON, 2010, p. 438).

Por sua vez, o desenvolvimento mental retardado consiste em um atraso mental que abarca defeitos da inteligência, a chamada oligofrenia, são exemplos, a idiotia, a imbecilidade e a debilidade mental. (PRADO, 2006, p. 423). Para sua constatação se faz necessária a perícia, confirmando ou não haver uma paralisação do desenvolvimento mental, o coeficiente de inteligência normal encontra-se entre 90 e 110, os débeis-mentais o possuem de 50 a 90, os imbecis de 25 a 49 e os idiotas de 00 a 24. Dessa forma, se constatado na perícia o coeficiente de inteligência entre 65 a 89, o sujeito terá sua culpabilidade diminuída, se entre 00 e 64, sua culpabilidade será excluída. (ISHIDA, 2010, p. 137).

A embriaguez acidental completa provém de caso fortuito (onde a pessoa desconhece os efeitos da substância que está ingerindo) ou de força maior (quando a pessoa não ingere a

¹⁶ Artigo 228 da Constituição Federal: “São penalmente inimputáveis os menores de dezoito anos, sujeitos às normas da legislação especial.”

¹⁷ Caput do artigo 45 da Lei n. 11.343/06: “É isento de pena o agente que, em razão da dependência, ou sob o efeito, proveniente de caso fortuito ou força maior, de droga, era, ao tempo da ação ou da omissão, qualquer que tenha sido a infração penal praticada, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.”

substância por conta própria, é forçada a isso), perdendo assim a capacidade de discernimento, tornando-se inimputável. (ANDREUCCI, 2011, p. 134). A embriaguez possui três fases, a de excitação, a da depressão e a do sono, considerada completa nas duas últimas e incompleta na primeira. Quando preordenada, em que a pessoa ingere propositadamente bebidas alcoólicas a fim de cometer um crime, este será considerado culpável. (JESUS, 2011, p. 553-554).

A menoridade abrange os menores de 18 anos que para a legislação, em virtude da idade, não possuem capacidade de compreender a ilicitude do fato e nem de querer praticá-lo. (GOMES, 2007, p. 582). Visto que nenhum critério pode aferir o exato momento em que o indivíduo é considerado completamente desenvolvido mentalmente, é absolutamente presumida a inimputabilidade aos menores. Contra eles, não se instaura nem mesmo o inquérito policial e todas as suas atitudes contrárias a lei estão sujeitas às regras do Estatuto da Criança e do Adolescente, mesmo que emancipado civilmente, não poderá responder por seus atos na esfera penal. (BARROS, 2011, p. 381-382).

A dependência ou intoxicação involuntária decorrente do consumo de drogas ilícitas, geralmente é proveniente de caso fortuito ou força maior, se o consumo for completamente involuntário, será o caso de absolvição própria, não sendo imposta ao agente nenhuma forma de sanção penal, se for o caso de o agente ser dependente das drogas, ocorre a absolvição imprópria, impondo dessa forma ao agente uma medida de segurança como forma de tratamento ao seu vício. (ESTEFAM, 2010, p. 266).

Ainda no que concerne a inimputabilidade, existe a teoria da *actio libera in causa* (ação livre na sua origem), e ocorre quando o agente se embriaga ou utiliza drogas propositadamente a fim de encorajar-se a praticar um ilícito, assim, não se pode irresponsabilizar penalmente todos os que se encontram embriagados ou drogados no momento da prática do ilícito, visto que alguns agem dolosamente no momento anterior a prática do ato, havendo uma impunidade, por se privilegiar o injusto. (NUCCI, 2012, p. 322-323).

Quanto à potencial consciência da ilicitude, discorre Luiz Regis Prado que “ a ausência desse elemento – *potencial consciência da ilicitude* – dá lugar ao erro de proibição (art. 21 CP)¹⁸ que, quando inevitável, é causa excludente da culpabilidade”. (2006, p. 426).

¹⁸ Artigo 21 do Código Penal: “O desconhecimento da lei é inescusável. O erro sobre a ilicitude do fato, se inevitável, isenta de pena; se evitável poderá diminuí-la de um sexto a um terço. Parágrafo único - considera-se evitável o erro se o agente atua ou se omite sem a consciência da ilicitude do fato, quando lhe era possível nas circunstâncias ter ou atingir essa consciência.”

Diversos são os tipos de erro presentes no direito penal, como, o erro de tipo e o erro de direito, porém o erro de proibição ocorre exatamente sobre a antijuridicidade do fato, ou seja, sobre o caráter proibido do fato. (BRANDÃO, 2010, p. 275-276). Difere do desconhecimento da lei, que está previsto na primeira parte do artigo 21 do Código Penal¹⁹ e ninguém pode alegar desconhecimento da lei em sua defesa, pois a mesma torna-se conhecida por todos desde que entra em vigor. (ISHIDA, 2010, p. 141).

No erro de proibição, o agente equivocadamente considera ser lícito, permitido por lei, um fato que na verdade é reprovável. (BITENCOURT, 2011, p. 448). Este erro de proibição pode ser escusável (ou invencível), quando o sujeito de forma alguma poderia ter consciência da ilicitude da conduta que estaria praticando, isentando-o assim de pena; e inescusável (ou vencível) quando o sujeito teria condições de verificar a ilicitude do fato, porém isso não ocorreu, sendo a culpabilidade atenuada e a pena diminuída de um terço a um sexto. (GOMES, 2001, p. 143).

A exigibilidade de conduta diversa consiste na expectativa da sociedade sobre a prática de conduta diversa daquela realizada pelo autor, na situação em que o mesmo se encontrava. (ESTEFAM, 2010, p. 271-272). Estão previstas no artigo 22 do Código Penal²⁰ as duas causas que excluem a culpabilidade pela falta do requisito exigibilidade de conduta diversa, são elas a coação moral irresistível e a obediência hierárquica, caso seja constatado que ocorreu alguma delas no momento do ato, o agente estará isento de punição. (NAHUM, 2001, p. 83). Há ainda as causas supralegais que excluem esse elemento da culpabilidade, ou seja, que não estão previstas na legislação. (GRECO, 2013, p. 410).

Na coação moral irresistível, ocorre que o executor (quem pratica o delito) é ameaçado por uma outra pessoa denominada coator, esta o obriga a praticar o crime mediante ameaça de um mal grave e iminente a ele próprio ou a uma pessoa de suas relações afetivas, que se concretizará caso não aconteça o que deseja. (BITENCOURT, 2011, p. 421-422). A coação pode tanto ser física, quando ocorre o emprego de força bruta, como moral, quando existe uma grave ameaça, porém se for resistível, apenas atenuará a pena e se o agente realiza o ato amparado nessa excludente que ocorre de forma irresistível, a punição passa para a pessoa do coator, ficando ele isento de qualquer punição. (JESUS, 2011, p. 537-538).

¹⁹ Primeira parte do artigo 21 do Código Penal: “O desconhecimento da lei é inescusável.”

²⁰ Artigo 22 do Código Penal: “Se o fato é cometido mediante coação irresistível ou em estrita obediência a ordem, não manifestamente ilegal, de superior hierárquico, só é punível o autor da coação ou da ordem.”

A obediência hierárquica trata do fato de que um sujeito subordinado, obedecendo ordens de seu superior hierárquico, sem conhecer ser o fato realizado um ilícito, pratica um delito, se agiu respeitando essa ordem sua culpabilidade será excluída e responderá o superior pela prática do ato. Caso o sujeito tivesse condições de verificar ser a conduta ilícita e mesmo assim a executasse, responderia pelo delito juntamente com seu superior. (PRADO, 2006, p. 428-429). O subordinado possui dever de obediência ao seu superior e, dessa forma, não poderá ser censurado por ter agido de forma ilícita. (BRANDÃO, 2010, p. 260).

Para que seja constatada a relação de obediência hierárquica se faz necessária a presença de alguns requisitos identificadores dessa situação. Deve haver uma relação de direito público entre o subordinado e o seu superior; a ordem deve ser não manifestamente ilegal, ou seja, que haja dúvida por parte do subordinado acerca da legalidade do ato; existência de três partes envolvidas: subordinado, superior e vítima; que a ordem seja emanada de uma autoridade competente; e o estrito cumprimento da ordem, em que o subordinado age exatamente dentro da ordem que lhe foi dada. (NUCCI, 2012, p. 320).

Há ainda as causas supralegais de exigibilidade de conduta diversa, as quais não estão previstas em lei, porém possuem fundamentação no fato de que a exigibilidade de conduta diversa é um princípio da culpabilidade, estando sempre a ela ligada, e nunca será admitida a responsabilidade penal do agente por comportamentos considerados inevitáveis e a aceitação dessas causas supralegais na regra do *nullum crime sine culpa*, em que somente são punidos os agentes que praticam um ato ilícito e típico, de forma reprovável. (MASSON, 2010, p. 470-471).

Dessa forma, após explanados todas as excludentes da culpabilidade, pode-se notar que essas consistem em situações corriqueiras, verificadas constantemente no meio social, que podem fazer com que um sujeito não responda por um ato que cometeu, ou porque não tinha condições de verificar a ilicitude desse fato, ou porque em determinado momento não se esperava que agisse de forma diversa ou ainda porque sua sanidade mental estava de alguma forma afetada. Cabe ao agente, assim, o cumprimento de uma medida de segurança na forma de internação ou tratamento ambulatorial, conforme o caso e a doença que prejudica sua capacidade de compreensão, será recolhido a um manicômio judiciário, ou se submerá a tratamento.

2 MOLÉSTIAS MENTAIS CAUSADORAS DA INIMPUTABILIDADE E A MEDIDA DE SEGURANÇA

No diapasão do presente estudo, cabe abordar neste tópico as medidas de segurança, a sua evolução, as formas de cumprimento e outros aspectos relevantes, tais como os incidentes ocorridos na sua execução (desinternação, conversão de tratamento ambulatorial em internação, conversão da pena em medida de segurança) e as garantias constitucionais aplicáveis a ela, bem como as moléstias mentais que acometem os que estão sujeitos a esta medida e a forma como estas são constatadas através da perícia psiquiátrica.

2.1 As medidas de segurança no ordenamento jurídico brasileiro

As medidas de segurança possuem um título próprio no Código Penal, porém bastante sucinto por tratar de um tema de grande relevância no ordenamento jurídico vigente. Abarcam desde a cogitação da prática de determinado fato, analisando toda a teoria do delito de uma forma geral até uma análise da saúde mental do agente, anteriormente a uma condenação, que se estiver afetada o isentará de pena, mas que poderá privar sua liberdade de outra forma.

No Brasil, por volta do século XVIII, as pessoas denominadas loucas, assim o eram pelo fato de que estavam possuídas por alguma divindade ou por algum poder satânico, eram tratados em seu próprio domicílio ou até mesmo enviados a algum país estrangeiro para tratamento. O Código Penal de 1890 incluía nesse patamar, os capoeiras (considerados vadios) e os dependentes de tóxicos. (ANDRADE, 2008, p.71-74).

Alguns anos antes do Código Penal de 1940, pelo ano de 1830, já haviam sido reconhecidas algumas medidas preventivas e curativas, estas previam tratamento diferenciado aos que praticassem crimes em estado de loucura já considerados isentos de culpabilidade, os quais deveriam ser entregues às famílias ou internados em hospitais quando oferecessem riscos a segurança do público em geral. Com o Código de 1940 já estava prevista a capacidade do agente de verificar a ilicitude do fato e se determinar de acordo com isso, a

medida era aplicada em conjunto com a pena. Em 1969 com o anteprojeto do Código Penal praticamente não houve modificações e em 1984 já estava prevista a medida de segurança também aos semi-imputáveis. (PRADO, 2006, p. 688-689).

Atualmente as medidas de segurança possuem tanto caráter preventivo quanto curativo, prevenindo que o agente pratique outro delito e ao mesmo tempo o curando de alguma moléstia mental da qual está acometido através de tratamento adequado, seja ele inimputável ou semi-imputável. É majoritariamente aceito no Brasil o posicionamento de que estas são consideradas formas de sanção penal, pois de uma forma ou outra estariam privando o agente de sua liberdade, de outra forma, para a minoria, teriam apenas caráter assistencial ou curativo, mesmo que restringindo sua liberdade. (NUCCI, 2010, p. 531). Regem-se pelo sistema vicariante que prevê, ou aplicação de medida de segurança ou a de pena, jamais as duas cumulativas ou sucessivamente. (PRADO, 2006, p. 691).

Tem-se essa medida como uma forma de sanção penal aplicada pelo Estado, a um agente desprovido de culpabilidade, que praticou um fato típico e antijurídico e que possui um acentuado grau de periculosidade, tornando perigoso seu convívio em sociedade. (TRIGUEIROS NETO, 2012, p. 115). Aos que são submetidos a essa medida, se aplica o princípio constitucional da legalidade previsto no art. 5º inciso XXXIX da Constituição Federal²¹, devendo ser tratados como os que cumprem pena, e antes disso deve ser comprovada a prática da ação ou omissão ilícita e antijurídica. (DELMANTO, et. al., 2010, p. 360).

Para que a um agente seja aplicada a medida de segurança se faz necessária a presença de três pressupostos. A prática de um fato típico e punível prevê que deve obrigatoriamente existir a prática de um ato ilícito e típico pela parte do sujeito. A periculosidade do agente traz o fato de que o mesmo é uma pessoa perigosa para a convivência em sociedade. A ausência de imputabilidade plena em que o agente deve não ter capacidade de compreender a ilicitude do fato praticado, ou que esta se encontre diminuída por algum motivo, sendo estes considerados inimputáveis ou semi-imputáveis. (BITENCOURT, 2011, p. 782-783).

O primeiro pressuposto que trata da prática de um fato típico e antijurídico pode ser aferido observando alguns requisitos, se realmente há a comprovação da autoria por parte do indivíduo, se há provas da existência do fato objeto do processo, não pode estar presente nenhuma forma de exclusão da ilicitude (legítima defesa, estado de necessidade, estrito

²¹ Artigo 5º XXXIX da Constituição Federal: “Não há crime sem lei anterior que o defina, nem pena sem prévia cominação legal.”

cumprimento de dever legal ou exercício regular de direito), não ser um caso de crime impossível e nem existir alguma causa que possa extinguir a punibilidade do agente (artigo 107 do Código Penal²²). No âmbito da periculosidade, deve-se analisar o fato de que o agente é portador de alguma doença mental, não possuindo noção das atitudes que toma, devendo ser afastado da sociedade até sua cura pelo fato de que há grandes chances de que volte a praticar delitos. A inimputabilidade se constata a partir de um laudo médico (periculosidade presumida), já a semi-imputabilidade, além do laudo, ao juiz caberá verificar se trata-se de um caso ao qual se aplique a pena ou a medida de segurança (periculosidade real). (BONFIM; CAPEZ, 2004, p. 754).

As medidas de segurança diferem-se da pena pelo fato de que essa tem como fundamento a culpabilidade do autor, se limita pela gravidade do delito praticado, se aplica aos imputáveis e semi-imputáveis e tem objetivo tanto de prevenção geral quanto de prevenção especial. A medida de segurança baseia-se na periculosidade do agente, se limita conforme a intensidade dessa periculosidade é aplicável aos inimputáveis e aos semi-imputáveis que necessitam de alguma forma de tratamento curativo e tem como objetivo apenas a prevenção especial. (PRADO, 2006, p. 690-691).

Pelo exposto, indispensável referir que o Código Penal adotou o sistema vicariante, não sendo possível aplicar essas duas formas de punição de forma cumulativa, tal como ocorria no sistema duplo binário, somente pode ser aplicada uma por vez. Ainda, o Supremo Tribunal Federal em sua Súmula 525: “a medida de segurança não será aplicada em segunda instância, quando só o réu tenha recorrido”, veda a *reformatio in pejus*, nunca podendo piorar a situação em que se encontra o réu se somente ele recorreu. (TRIGUEIROS NETO, 2012, p. 117).

A medida de segurança se apresenta de duas formas distintas, são elas: a internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico e o tratamento ambulatorial. A internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico está prevista no artigo 96 inciso I do Código Penal²³ e o tratamento ambulatorial, nesse caso não ocorre a internação, apenas o tratamento do sujeito com um profissional adequado, nada impedindo que este se converta em internação caso se faça necessário. (PRADO, 2006, p. 694-695).

²² Artigo 107 do Código Penal: “Extingue-se a punibilidade: I - pela morte do agente; II - pela anistia, graça ou indulto; III- pela retroatividade de lei que não mais considera o fato como criminoso; IV - pela prescrição, decadência ou perempção; V - pela renúncia do direito de queixa ou pelo perdão aceito, nos crimes de ação privada; VI - pela retratação do agente, nos casos em que a lei a admite; VII- revogado; VIII- revogado; IX - pelo perdão judicial, nos casos previstos em lei.”

²³ Artigo 96 do Código Penal: “As medidas de segurança são: I- internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou, à falta, em outro estabelecimento adequado.”

Até pouco tempo atrás, essa medida era vinculada a pena cominada ao agente pela prática do delito, se o fato praticado fosse punido com reclusão, ele seria internado, se fosse de detenção apenas estaria sujeito ao tratamento ambulatorial. Pelo fato de considerar isso sem sentido pois ocorreriam injustiças com esse sistema, o Supremo Tribunal Federal, a partir do ano de 2002, tem desvinculado essa aplicação, conforme se nota nas decisões proferidas por essa Corte, devendo ser analisado o quão avançada está a doença do agente e o estado que ele se encontra aplicando assim a forma mais justa e mais eficaz de proporcionar sua cura. (FYSCHINGER; PANTA, 2010, p. 11).

A internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico é a mais rigorosa, ela se assemelha ao regime fechado da pena e na falta desse hospital, também denominado manicômio judicial, o agente será submetido à internação em outro estabelecimento similar adequado. No tratamento ambulatorial, equivale a uma pena restritiva de direitos e nesse caso, fica o indivíduo submetido ao comparecimento periódico em consultório médico adequado ao tratamento. (TRIGUEIROS NETO, 2012, p. 117).

Após constatação da autoria e materialidade de um delito e detectado através de exame médico que o agente está acometido por doença mental ou possui seu desenvolvimento mental incompleto ou retardado, sendo incapaz de compreender a ilicitude do fato que praticou, será aplicada a ele uma medida de segurança, bem como expedida a guia de internamento ou de tratamento ambulatorial (conforme artigo 171²⁴ e 172²⁵ da Lei n. 7.210/84), a qual conterà todos os requisitos previstos no artigo 173 da Lei n. 7.210/84²⁶, para que se proceda a execução. (NUNES, 2012, p. 215). Dessa forma, se inicia o tratamento de acordo com a periculosidade e a patologia apresentada pelo agente. (MESQUITA JÚNIOR, 2007, p. 305).

O prazo mínimo da duração dessas sanções é de um a três anos conforme dispõe o parágrafo 1º do artigo 97 do Código Penal²⁷, após decorrido esse período fixado pelo juiz da

²⁴ Artigo 171 da Lei n. 7.210/84: “Transitada em julgado a sentença que aplicar medida de segurança, será ordenada a expedição de guia para a execução.”

²⁵ Artigo 172 da Lei n. 7.210/84: “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.”

²⁶ Artigo 173 da Lei n. 7.210/84: “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 conterà: 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.”

²⁷ Artigo 97 do Código Penal: “Se o agente for inimputável, o juiz determinará sua internação. 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.”

execução, o agente se submeterá a uma perícia médica para verificar se cessou ou não sua periculosidade, de acordo com o parágrafo 2º desse mesmo artigo²⁸, devendo esta ser repetida uma vez por ano ou quando julgar necessário o juiz da execução. Como regra, o prazo máximo de sua duração, é indeterminado, pois depende do momento em que o mesmo pode retornar ao convívio em sociedade sem que isso seja perigoso aos demais cidadãos. (ANDREUCCI, 2009, p. 118).

O exame para verificar a cessação da periculosidade do agente será realizado quando findo o prazo mínimo para a execução da medida e segue determinadas regras, as quais estão dispostas no artigo 175 da Lei n. 7.210/84²⁹, mas também poderá ser realizada quando se julgar necessário, mediante requerimento do Ministério Público³⁰. (MARCÃO, 2008, p. 262-265).

Se após a realização desse exame, se constatar que não mais persiste a periculosidade, será a medida considerada extinta, observando o artigo 179 da Lei de Execução Penal³¹, sendo decretada a desinternação ou a liberação conforme o caso. A desinternação e a liberação serão sempre condicionadas, podendo ser reimposto o estado anterior, se for verificada a persistência da periculosidade nos termos do parágrafo 3º do artigo 97 do Código Penal³². (MESQUITA JÚNIOR, 2007, p. 306-307).

Se, a partir do resultado da perícia médica for detectada a persistência da periculosidade no agente internado, porém que ela se encontre atenuada, não se mostrando mais necessária a internação, mas sim outra forma de cuidados médicos, poderá ocorrer a desinternação para tratamento ambulatorial, instituto que não está previsto na lei, porém é aceito na prática. No caso de se verificar, no curso do tratamento ambulatorial, que não há

²⁸ Parágrafo 2º do artigo 97 do Código Penal: “A perícia médica realizar-se-á ao termo do prazo mínimo fixado e deverá ser repetida de ano em ano, ou a qualquer tempo, se o determinar o juiz da execução.”

²⁹ Artigo 175 da Lei n. 7.210/84: “A cessação da periculosidade será averiguada no fim do prazo mínimo de duração da medida de segurança, pelo exame das condições pessoais do agente, observando-se o seguinte: I - a autoridade administrativa, até 1 (um) mês antes de expirar o prazo de duração mínima da medida, remeterá ao Juiz minucioso relatório que o habilite a resolver sobre a revogação ou permanência da medida; II - o relatório será instruído com o laudo psiquiátrico; III - juntado aos autos o relatório ou realizadas as diligências, serão ouvidos, sucessivamente, o Ministério Público e o curador ou defensor, no prazo de 3 (três) dias para cada um; IV - o Juiz nomeará curador ou defensor para o agente que não o tiver; V - o Juiz, de ofício ou a requerimento de qualquer das partes, poderá determinar novas diligências, ainda que expirado o prazo de duração mínima da medida de segurança; VI - ouvidas as partes ou realizadas as diligências a que se refere o inciso anterior, o Juiz proferirá a sua decisão, no prazo de 5 (cinco) dias.”

³⁰ Artigo 176 da Lei n. 7.210/84: “Em qualquer tempo, ainda no decorrer do prazo mínimo de duração da medida de segurança, poderá o Juiz da execução, diante de requerimento fundamentado do Ministério Público ou do interessado, seu procurador ou defensor, ordenar o exame para que se verifique a cessação da periculosidade, procedendo-se nos termos do artigo anterior.”

³¹ Artigo 179 da Lei de Execução Penal: “Transitada em julgado a sentença, o Juiz expedirá ordem para a desinternação ou a liberação.”

³² Parágrafo 3º do artigo 97 do Código Penal: “A desinternação, ou a liberação, será sempre condicional devendo ser restabelecida a situação anterior se o agente, antes do decurso de 1 (um) ano, pratica fato indicativo de persistência de sua periculosidade.”

compatibilidade do indivíduo com essa medida, poderá ser convertida em medida de internação, de acordo com a permissão disposta no parágrafo 4º do artigo 97 do Código Penal³³ e do artigo 184 da Lei de Execução Penal³⁴. (MASSON, 2010, p. 798-799).

Ainda, autoriza o artigo 183 da Lei de Execução Penal³⁵, que se no curso do cumprimento de uma pena se constatar que o agente está acometido por uma doença mental ou por qualquer outra perturbação da sua sanidade mental permanentemente, poderá esta ser convertida em uma medida de segurança. Se esta doença for transitória, quando curado, o mesmo retornará ao estabelecimento prisional. (ISHIDA, 2010, p. 427).

Cabe ressaltar, que o Direito Penal possui grande relação com o Direito Constitucional, pelo fato de que esse último se baseia na Carta Maior do nosso Estado, a Constituição Federal, e nenhum código ou lei pode estar em desacordo com ela. No artigo 5º da Carta Magna, o qual prevê as garantias fundamentais de todos os cidadãos, existem diversos incisos que tratam de aspectos bastante relevantes para o Direito Penal, tais como, a personalidade da pena (inciso XLV³⁶), anterioridade da lei penal (inciso XXXIX³⁷), dentre outros princípios, ainda há outros artigos esparsos que normatizam detalhes aliados à prática delitiva. (MIRABETE, 2000, p. 28).

Todos os direitos e garantias constitucionalmente previstos visam um único objetivo, o respeito à dignidade humana independentemente do local e das condições em que o indivíduo se encontre. Se compreende como dignidade todas as condições mínimas que o sujeito necessita para uma vida honrada, abrangendo assim, o fato de que deve ser protegido contra abusos do poder do poder do Estado, garantindo uma condição de igualdade entre todos os cidadãos. (MORAES, 2007, p. 46).

No âmbito do cumprimento das medidas de segurança, algumas garantias previstas na Constituição Federal são imprescindíveis, tais como os princípios da legalidade, pessoalidade e o da individualização da pena ou proporcionalidade, além da análise do princípio da humanidade que prevê as espécies de penas que são proibidas no direito brasileiro, sempre

³³ Parágrafo 4º do artigo 97 do Código Penal: “§ 4º - Em qualquer fase do tratamento ambulatorial, poderá o juiz determinar a internação do agente, se essa providência for necessária para fins curativos.”

³⁴ Artigo 184 da Lei de Execução Penal: “O tratamento ambulatorial poderá ser convertido em internação se o agente revelar incompatibilidade com a medida. Parágrafo único. Nesta hipótese, o prazo mínimo de internação será de 1 (um) ano.”

³⁵ Artigo 183 da Lei de Execução Penal: “Quando, no curso da execução da pena privativa de liberdade, sobrevier doença mental ou perturbação da saúde mental, o juiz, de ofício, a requerimento do Ministério Público, da Defensoria Pública ou da autoridade administrativa, poderá determinar a substituição da pena por medida de segurança.”

³⁶ Inciso XLV do artigo 5º da Constituição Federal: “nenhuma pena passará da pessoa do condenado, podendo a obrigação de reparar o dano e a decretação do perdimento de bens ser, nos termos da lei, estendidas aos sucessores e contra eles executadas, até o limite do valor do patrimônio transferido.”

³⁷ Inciso XXXIX do artigo 5º da Constituição Federal: “não há crime sem lei anterior que o defina, nem pena sem prévia cominação legal.”

primando pela proteção da dignidade da pessoa humana, fundamento basilar do Estado Democrático de Direito.

O princípio da legalidade se subdivide em três categorias: a reserva legal, a determinação taxativa e a irretroatividade. A reserva legal prevista no inciso XXXIX³⁸, do artigo 5º da Constituição Federal, define exatamente os limites do delito e da pena, em que somente o que for previsto em lei como punível, assim o será, e a punição aplicável ao caso concreto também deverá estar nos limites do que for mencionado na legislação, nada além disso. A determinação taxativa prevê que todas as leis penais devem ser claras, certas e precisas, para que não haja dúvidas no momento de sua aplicação. Já a irretroatividade abarca o fato de que a lei somente abrange os delitos cometidos no âmbito de sua vigência, podendo esta retroagir somente no caso de beneficiar o réu. (LUISI, 2003, p. 17-30).

O inciso XLV do artigo 5º da Carta Magna³⁹, prevê o princípio da pessoalidade, em que nenhuma espécie de pena poderá passar da pessoa do condenado, assim, somente quem praticou o delito responderá por ele, caso ocorra sua morte será declarada extinta a punibilidade. (MORAES, 2007, p. 239-241). O princípio da individualização ou proporcionalidade da pena, previsto no artigo 5º, inciso XLVI da Carta Maior⁴⁰, exige que haja correspondência entre a conduta e a punição, analisando a relevância do bem jurídico afetado e a personalidade do indivíduo que o violou, com o objetivo de que a sanção atinja suas finalidades, tais como a prevenção de novos delitos detendo quem os praticou. (BARROS, 2011, p. 451).

O princípio da humanidade refere que, o delinquente é um ser humano e não pode ter sua dignidade violada de forma alguma, sendo proibidas dessa forma, pelo inciso XLVII⁴¹, do artigo das garantias fundamentais, a vedação de determinadas espécies de penas, são elas: a de morte, a de caráter perpétuo, a de trabalhos forçados, a de banimento e as cruéis. (LUISI, 2003, p. 48). A pena de morte, somente poderá existir em caso de guerra declarada. A pena de caráter perpétuo é vedada pelo fato de que as penas são limitadas e nunca poderão se prolongar por tempo indefinido, pois atingiriam a liberdade e a dignidade do ser humano. Os

³⁸ Inciso XXXIX do artigo 5º da Constituição Federal: “não há crime sem lei anterior que o defina, nem pena sem prévia cominação legal.”

³⁹ Inciso XLV do artigo 5º da Constituição Federal: “nenhuma pena passará da pessoa do condenado, podendo a obrigação de reparar o dano e a decretação do perdimento de bens ser, nos termos da lei, estendidas aos sucessores e contra eles executadas, até o limite do valor do patrimônio transferido.”

⁴⁰ Inciso XLVI do artigo 5º da Constituição Federal: “a lei regulará a individualização da pena e adotará, entre outras, as seguintes: a) privação ou restrição da liberdade; b) perda de bens; c) multa; d) prestação social alternativa; e) suspensão ou interdição de direitos.”

⁴¹ Inciso XLVII do artigo 5º da Constituição Federal: “não haverá penas: a) de morte, salvo em caso de guerra declarada, nos termos do art. 84, XIX; b) de caráter perpétuo; c) de trabalhos forçados; d) de banimento; e) cruéis.”

trabalhos forçados que são proibidos, não compreendem aqueles realizados no curso de uma execução, com o intuito da remição, mas sim as formas de trabalho desnecessárias. A pena de banimento é aquela onde um indivíduo é retirado de seu país pela prática de um ilícito. Por fim, nas penas cruéis estão abarcadas a tortura e o tratamento desumano e degradante, previstos no art. 5º, inciso III⁴², da Constituição Federal, além de todas as outras formas de punição que se apresentam de forma excessiva. (MORAES, 2007, p. 240-247).

Destarte, pode-se analisar que são inúmeros os fatos e detalhes atinentes à medida de segurança, todos esses fatos devendo ser observados tendo em vista a melhora de uma pessoa considerada doente mental, doença esta constatada através de um exame realizado por profissional habilitado e o possível prejuízo que isso pode causar a segurança dos demais cidadãos, que certamente estaria afetada caso esse sujeito estivesse sem o adequado tratamento, atingindo seus propósitos sem afetar de forma alguma a dignidade da pessoa humana e adequando seu cumprimento a todos os princípios constitucionais que com ela possuem ligação. Cabe ressaltar que o que promove a cura é o adequado tratamento, não uma pena mascarada de medida de segurança, sem nenhum cuidado para com o paciente.

2.2 Moléstias mentais como causa de inimputabilidade e exames psiquiátricos

Geralmente, quando alguém está acometido por uma doença mental, há a extinção ou a diminuição da sua capacidade de verificar o que é certo e o que é errado dentro das regras sociais, além do mais para que estas sejam constatadas toda a pessoa deverá se submeter a um exame realizado por profissional adequado, pelo fato de que na maioria das vezes, o indivíduo não tem noção de que está doente, tratando tais alterações no comportamento com descaso, julgando fazerem estas, parte da rotina.

De antemão a verificação da existência de uma moléstia, se faz necessária a distinção entre o que é considerado normal ou anormal de acordo com a psiquiatria forense. É considerado normal, todo o indivíduo cujas atitudes e comportamentos não se relacionem com nenhuma doença mental e além do mais que possua uma tranquila vida em sociedade, sem

⁴² Inciso III do artigo 5º da Constituição Federal: “ninguém será submetido a tortura nem a tratamento desumano ou degradante.”

quaisquer sinais de descontrole. Anormal é o indivíduo que se mantém, na maioria das vezes isolado e não possui noção das regras que são impostas pela sociedade, estando portanto acometido de algum mal que lhe impeça ter noção da realidade em que vive. (CROCE; CROCE JÚNIOR, 2004, p. 599).

De acordo com o artigo 26 do Código Penal, são causas de inimputabilidade a doença mental e o desenvolvimento mental incompleto ou retardado. Tem-se por doença mental, toda a alteração, seja ela mental ou psíquica, que retira do ser humano a capacidade de entendimento sobre os fatos ocorridos no mundo que o rodeia, podendo ser tanto de origem patológica ou toxicológica. O desenvolvimento mental incompleto não compreende nenhuma forma de doença, já o retardado pode ser aferido quando não há compatibilidade ente a idade mental do indivíduo e a idade real que ele possui, sendo esta bem superior àquela. (MASSON, 2013, p. 184-185).

No âmbito das consideradas doenças mentais que podem modificar ou tolher a capacidade de discernimento do agente, tornando-os inimputáveis conforme o caso, há um rol taxativo e bastante numeroso aprovado pelo V Congresso Brasileiro de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal, ocorrido no ano de 1946⁴³, até hoje utilizado nos exames de sanidade mental, dentre as mais triviais estão todas as formas de psicoses, a esquizofrenia, a epilepsia, a psicopatia e as neuroses. (CROCE; CROCE JÚNIOR, 2004, p. 599).

No desenvolvimento mental retardado tem-se a oligofrenia que se trata de uma imaturidade psíquica do agente devido a alguma alteração na sua saúde mental, a qual possui três formas distintas, podendo estas ser aferidas de acordo com a idade mental do sujeito, são denominadas suas espécies de idiotia, imbecilidade e debilidade mental, todas elas interferindo na capacidade de discernimento e noção da realidade. (BITENCOURT, 2012, p. 470-471).

⁴³ Classificação das doenças mentais aprovadas pelo V Congresso Brasileiro de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal (1946): "I – Psicoses por infecções e infestações, 1A – desordens agudas, 1B – estados mentais consecutivos. II – Psicoses devidas à sífilis, 2A – paralisia geral, 2B – outras formas. III – Psicoses exotóxicas, 3A – alcoolismo, 3B – toxicomanias, 3C – profissionais, 3D – acidentais. IV – psicoses endotóxicas, 4A – por desvios funcionais e viscerais, 4B – por desvios do metabolismo, 4C – por desvios do endocrinismo, 4D – outras formas. V – Psicoses por lesões cerebrais, 5A – demência senil, 5B – arteriosclerose cerebral, 5C – traumatismo craniano, 5D – no curso de tumores cranianos, 5E – outras formas (doença de Alzheimer, de Pick, Coreia de Huntington, etc.). VI – Oligofrenias, 6A – debilidade mental, 6B – imbecilidade, 6C – idiotia. VII – Epilepsia, 7A – psicoses epiléticas, 7B – outras formas. VIII – Esquizofrenias, 8A – forma simples, hebefrênica e catatônica, 8B – formas paranoides e parafrênicas, 8C – paranoia. IX – Psicose maníaco-depressiva, 9A – formas maníacas, 9B – formas melancólicas, 9C - formas mistas, 9D – outras formas (marginais, etc.). X – psicoses mistas e associadas. XI – Psicoses psicogênicas (psicoses de situação, de reação e desenvolvimento psicopatológicos). XII – Neuroses, 12A – estados histéricos de conversão, 12B – estados ansiosos, 12C – estados fóbicos, 12D – estados compulsivos, 12E – estados naeurastênicos, 12F – organoneuroses, 12G – neurose traumática. XIII – Personalidades psicopáticas." (CROCE; CROCE JÚNIOR, 2004, p. 606-607).

Dentre as várias espécies de psicoses, as derivadas do uso de álcool e outras drogas em geral são as mais comuns. A dependência do álcool aumenta a agressividade do agente, perturba o seu juízo, atrapalha o raciocínio e afeta suas escolhas. (MOLINA; GOMES, 2002, p. 273-279). O álcool age diretamente sobre o sistema nervoso e pode causar quase todos os sintomas que caracterizam uma doença mental. Durante sua ação e conforme a quantidade ingerida, ele apresenta três fases distintas: no período de excitação o indivíduo mostra-se desinibido e animado; no período de confusão há alterações nas funções intelectuais, abalo da memória e distúrbios de atenção; e no período de sonolência, inicialmente se caracteriza pelo sono, e conforme o caso, o coma. (BENFICA; VAZ, 2003, p. 105).

No caso das psicoses derivadas do uso de outras drogas, há diversos tipos de transtorno, conforme o organismo de quem a ingeriu, a quantidade e a espécie, mas quando em crises de abstinência, o sujeito pode causar sérios danos tanto ao patrimônio como as pessoas para conseguir o entorpecente e satisfazer suas vontades. (MOLINA; GOMES, 2002, p. 273-279). Essas drogas dividem-se em duas espécies: os entorpecentes e os psicotrópicos, e sua ação pode ocorrer tanto sobre o sistema nervoso como sobre o organismo. Os entorpecentes são derivados de produtos sintéticos, tais como a maconha e a cocaína, e causam dormência, perturbações mentais e em alguns casos, podem até mesmo eliminar as atividades físicas e mentais. Os psicotrópicos agem somente sobre o sistema nervoso central e desordenam as funções mentais, podendo assim inibir a atividade da mente, estimulá-la e até mesmo causar alucinações e despersonalização do indivíduo. (BENFICA; VAZ, 2003, p. 115).

Outra forma de psicose bastante comum é a maníaco-depressiva, atualmente denominada de transtorno bipolar, é uma doença mental que altera períodos de depressão, de melancolia com períodos de grande felicidade ou euforia. A pessoa vive num ritmo acelerado e muda repentinamente o modo de ver, de pensar, de agir e de sentir sem que haja justificativas para que isso aconteça, tem como características o fato de proferir ameaças graves contra os outros e contra si mesmo, tem acessos de raiva ou fúria prolongados, comumente causam danos a bens patrimoniais, mentem e não cumprem regras, porém possuem a criatividade e a intuição afloradas. (GENTIL FILHO, s.d.).

Cabe ressaltar que cerca de 0,7% da população mundial sofre de esquizofrenia, doença que altera o funcionamento do cérebro, com isso, o indivíduo sente e percebe todos os acontecimentos do dia-a-dia de forma diferente, o que acaba por interferir na sua relação consigo mesmo, com os familiares e demais pessoas de seu convívio. Um dos indícios dessa

doença são as alterações do pensamento, em que o sujeito tem certeza de que as outras pessoas podem controlar, ver ou até mesmo roubar seus pensamentos, isso causa confusão e faz com que o esquizofrênico fale coisas sem cabimento, nem sentido. Geralmente, ocorre na pessoa a perda de vontade para realizar atividades cotidianas e, além disso, acontecem alterações no afeto, o que faz com que não consigam demonstrar sentimentos e emoções, ficando alheias ao mundo exterior. (ABRE, s. d.).

Também é devido asseverar que pessoas que sofrem de esquizofrenia perdem o contato com a realidade, produzindo assim sintomas produtivos, que compreendem as alucinações e os delírios e os sintomas negativos que diminuem os impulsos e a vontade dos indivíduos, impossibilitando-os de reagirem a estímulos exteriores, como sentirem-se tristes ou alegres com o que ocorre a sua volta. Nos delírios ocorre a distorção da realidade, já nas alucinações, o sujeito nota coisas que na realidade não existem, como ouvir e ver pessoas que são fruto de sua imaginação (GATTAZ, s. d.).

Ademais, há a epilepsia, uma doença mental cujo principal sintoma é a ocorrência de convulsões, e diversos são os modos como ela pode se apresentar no indivíduo, podendo ocorrer convulsões muito violentas, perda de consciência ou alterações emocionais. De regra essa doença advém de algum outro problema cerebral, como um acidente vascular cerebral ou alguma outra doença que afete o cérebro, porém pode existir até mesmo antes do nascimento do sujeito. (MARTINI, s. d.).

As crises de epilepsia podem ocorrer de várias formas e com sintomas completamente distintos, conforme as funções dos neurônios afetados quando ocorre uma descarga elétrica anormal (momento da crise). As crises generalizadas afetam todo o cérebro e as parciais somente parte dele. As generalizadas subdividem-se nas de grande mal, em que o paciente perde o conhecimento, o corpo enrijece e ocorrem convulsões, e as de pequeno mal quando há uma breve interrupção da consciência, quedas súbitas sem perda do conhecimento ou contrações musculares dos nervos. Já as crises parciais subdividem-se em simples e complexas. Nas simples, há alterações na consciência, convulsões de um membro e até mesmo percepção de gostos ou cheiros esquisitos e algumas outras alterações auditivas e visuais; nas complexas altera-se o estado de consciência, apresentando o doente sintomas de confusão e fazendo gestos automáticos, tal como vivenciasse uma alucinação. (CILAG, s. d.).

E como aspecto proeminente, parcela dos seres humanos possuem psicopatia, também denominada de transtorno de personalidade antissocial. Atinge cerca de 4% da população brasileira, nessas pessoas a atividade do cérebro no segmento responsável pelas emoções é

ineficaz, tornando-os assim, desprovidos de sentimentos. As mentes psicopáticas tomam atitudes com o intuito de alcançar um objetivo, porém para elas não importa o que terá que ser feito para que ele seja atingido. Perante os demais, são indivíduos charmosos, simpáticos, inteligentes, sempre prestativos e de agradável convivência. (FRUTUOSO, 2008, p. 80-84).

Os psicopatas estão infiltrados em todos os locais e são extremamente perigosos pelo fato de que se veem como o centro do universo, acreditam ser superiores aos demais, não possuem sentimento de culpa, desrespeitam sentimentos alheios, mentem e manipulam sem serem notados pois o fazem com facilidade, agem por impulso, não possuem autocontrole, são irresponsáveis e capazes de realizar as maiores atrocidades possíveis com o intuito de se beneficiarem de alguma forma. (SILVA, 2008, p.65-93).

No âmbito das neuroses, encontram-se os estados ansiosos, os estados compulsivos e a neurose traumática. O estado ansioso é detectado quando o indivíduo sempre pensa que o pior vai acontecer, notando apenas o lado ruim de qualquer notícia que lhe é contada, é praticamente impossível relaxar, estando sempre tenso e irritado, sofre de insônia, possui grandes dificuldades para memorizar e não consegue se concentrar na prática de nenhuma atividade. No estado compulsivo, o sujeito cria um ritual e sempre o realiza quando ocorre determinada situação, geralmente os que são afetados por essa neurose, não são pessoas generosas, porém são rígidas e intolerantes e se envolvem em conflitos tanto no âmbito familiar como fora dele. (FIORELLI; MANGINI, 2010, p. 115-118).

A neurose traumática ocorre sempre após algum acontecimento bastante relevante na vida do indivíduo, um trauma. A partir disso, sempre que o sujeito verificar uma situação, que diante da sua percepção é perigosa e pode novamente ocasionar algum prejuízo, o mesmo irá reagir afim de bloquear esse perigo iminente, usando todas as suas forças e meios de defesa que se façam necessários para evitar a ocorrência de outro fato traumático. (CHENIAUX, 2011, p. 146).

No tocante às gradações da oligofrenia, cabe ressaltar que uma pessoa normal possui o coeficiente de inteligência em um valor superior a 90. Na idiotia, a pessoa tem o coeficiente inferior a 25, e sua idade mental é abaixo de três anos, esse indivíduo não consegue se cuidar e nem mesmo falar, tem vida psíquica inferior a de determinados animais e geralmente tem vida curta. Na imbecilidade, o coeficiente encontra-se entre 25 e 50 e a idade mental oscila entre os três e os sete anos, esses sujeitos são capazes de aprender mediante grandes esforços, tem precocidade sexual, não se adaptam bem à família, porém adoram animais, podem em alguns casos, até mesmo prover a própria subsistência. Na debilidade mental a pessoa tem o

coeficiente superior a 50 e idade mental de sete a doze anos, não igual as pessoas normais mas podem se bastar em circunstâncias favoráveis. (CROCE; CROCE JÚNIOR, 2012, p. 631-632).

Apesar da existência de todas essas doenças mentais, e o aprofundamento em alguma delas em específico, pode-se notar que nem todo doente mental que pratica delitos deve ser considerado inimputável. Por esse motivo e para que não haja injustiças, o juiz solicita o auxílio de profissionais habilitados para que procedam a uma avaliação da mente humana, podendo eles ser psiquiatras ou psicólogos. (GUIMARÃES, 2007, p. 39-40).

Existe um instituto específico que realiza o estudo da sanidade mental dos sujeitos nos aspectos relevantes ao direito, este é denominado psiquiatria forense. Discorre Hélio Gomes, explicitando sua coligação com o direito penal:

[...] a Psiquiatria informa sobre a sanidade mental do agente, sobre seu desenvolvimento mental, retardado ou tolhido, sobre sua periculosidade, estado de embriaguez, simulação da loucura, medidas de segurança a lhe serem aplicadas, assistência aos doentes mentais e criminosos e aos criminosos que enlouquecem. (2004, p. 529).

O profissional habilitado a esse estudo e a fornecer um possível laudo médico chama-se psiquiatra (ou juspsiquiatra), ele analisa todo o funcionamento do cérebro do agente em busca de alguma perturbação, alguma moléstia que explique o delito que praticou. (GOMES, 2004, p. 529).

Sempre que o juiz julgar duvidosa a sanidade mental do sujeito é necessário que se submeta a um exame psiquiátrico (também chamado de exame de sanidade mental), o qual se trata de uma modalidade de exame pericial podendo ocorrer tanto no inquérito policial mediante representação do delegado ou do juiz competente e tanto na ação penal, regendo-se neste caso pelo artigo 149 do Código de Processo Penal⁴⁴. Tem por objetivo verificar a sanidade mental do réu e a capacidade que possuía ao tempo da ação, de compreender o

⁴⁴ Artigo 149 do Código de Processo Penal: “Quando houver dúvida sobre a integridade mental do acusado, o juiz ordenará, de ofício, ou a requerimento do Ministério Público, do defensor, do curador, do ascendente, do descendente, irmão ou cônjuge do acusado, seja este submetido a exame médico-legal.”

caráter ilícito do fato e determinar-se de acordo com esse entendimento. (CROCE; CROCE JÚNIOR, 2004, p. 608-609).

Durante esse exame, o profissional habilitado deverá analisar diversos itens coligados com a vida do agente, para uma posterior conclusão sobre sua sanidade mental, esses itens dividem-se em dois grupos: os psicoevolutivos e os jurídico-penais. Os psicoevolutivos compreendem quesitos que visam verificar toda a vida pregressa do agente desde seu nascimento até a prática do delito, são exemplos a análise da falta de escolarização, fugas do lar quando criança ou adolescente e as perturbações psíquicas pelas quais já foi acometido. Nos jurídico-penais, são analisados todos os detalhes relacionados com o delito que praticou, tendo como exemplo a verificação do início da criminalidade em sua vida, se já respondeu processos e a natureza do delito praticado. Além do mais, se o profissional julgar necessário poderá ser realizado um eletroencefalograma para verificar algum distúrbio neurológico. (FERNANDES, N.; FERNANDES, V., 2002, p. 255-257).

No âmbito da verificação de cessação da periculosidade, todos os aspectos de personalidade supracitados devem ser analisados através de diversos exames. Por primeiro há o exame morfológico, em que se analisa o sentimento de inferioridade do indivíduo em relação à sociedade. O exame clínico tem o intuito de revelar doenças que acometam a mente do sujeito e que possam alterar a sua convivência social. O exame psiquiátrico em si verifica a insanidade mental no momento da prática do fato delituoso. O exame psicológico, busca subsídios para a compreensão da conduta humana realizada, verificando ainda a presença ou não do sentimento de culpa. Por fim, o exame de vida pregressa, em que se averigua as reações da pessoa, desde a infância, diante de determinadas situações. (ALMEIDA JÚNIOR; COSTA JÚNIOR, 1996, p. 601-603).

Enfim, a análise deve compreender, de uma forma geral, todo o comportamento do entrevistado devendo incluir a existência de alguma forma de dependência a substância psicoativa, se há a presença de doença mental ou desenvolvimento mental retardado, a imputabilidade e a integridade mental, e são de extrema importância pois o seu parecer servirá de provas para o julgamento do juiz e decisão do futuro do indivíduo. (FIORELLI; MANGINI, 2010, p. 138-143).

O laudo psiquiátrico deverá ser apresentado de forma precisa e inteligível, e deverá conter obrigatoriamente, os seguintes requisitos: identificação do paciente, se possível, juntar fotografia recente ou a impressão digital; as condições em que o exame foi realizado; os históricos e antecedentes, tanto da sua vida particular como da sua saúde mental; exame físico

e mental, com dados da entrevista realizada com o paciente, bem como o relato do que foi constatado em tal exame; exames complementares, até mesmo laboratoriais, se necessário; o diagnóstico; conclusões médico-legais, que se trata de uma comunicação escrita do perito ao juiz e por fim as respostas dos quesitos formulados pelo magistrado. (BALLONE, 2005).

Portanto, verifica-se o quão amplo e complexo é o instituto da Psiquiatria Forense, merecendo destaque especial às doenças mentais cotidianamente mais presentes e ao exame de sanidade mental, passo que decide toda a fundamentação do juiz sobre a aplicação de pena ou de medida de segurança. Se provas o conduzirem a decidir por mais justa uma medida de segurança, se faz necessário uma adequação dessa sanção com o caso do paciente, visando a cura e uma futura libertação, visto que a mesma jamais poderá ter caráter de perpétua, nem poderá ser degradante. Porém, na prática pode-se notar que são várias as irregularidades concernentes ao cumprimento da medida de segurança tanto na forma de internação, como na forma de tratamento ambulatorial, o que acaba por desvirtuá-la.

3 CRÍTICAS ÀS MEDIDAS DE SEGURANÇA NO BRASIL: A INEFETIVIDADE DA LEI E DAS POLÍTICAS ANTIMANICOMIAIS

Devido ao fato de que o cumprimento de medida de segurança, tanto na modalidade detentiva (internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico), como na modalidade restritiva (tratamento ambulatorial), realidade de milhares de pessoas em todo o Brasil, é de suma importância analisar as condições dessas formas de execução penal, durante o passar dos anos. Inúmeros são os fatores relevantes nesse tópico, dentre eles os relativos às situações desumanas em que se encontram aqueles que se submetem a essas sanções, o tempo limite para cumprimento das mesmas, o fato de que na prática não há distinções com a pena, o surgimento e objetivos do “Movimento da Luta Antimanicomial”, bem como a criação dos Centros de Atenção Psicossocial, local de cumprimento do tratamento ambulatorial, seu funcionamento, estrutura, objetivos, a realidade desses locais e demais fatores relativos a essa espécie de medida.

3.1 A internação e a política antimanicomial

Segundo o artigo 99 da Lei n. 7.210/1984⁴⁵, a Lei de Execução Penal, o local adequado para a internação dos inimputáveis e semi-imputáveis referidos no artigo 26 do Código Penal⁴⁶, será um hospital de custódia e tratamento psiquiátrico. Além do mais, o artigo 88⁴⁷ da referida lei prevê que o condenado deverá estar alojado em cela individual e com certas condições básicas indispensáveis à sobrevivência, porém na prática não é que

⁴⁵ Artigo 99 da Lei n. 7.210/1984: “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.”

⁴⁶ Artigo 26 do Código Penal: “É isento de pena o agente que, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento. Parágrafo único – a pena pode ser reduzida de um a dois terços, se o agente, em virtude de perturbação de saúde mental ou por desenvolvimento mental incompleto ou retardado não era inteiramente capaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.”

⁴⁷ Artigo 88 da Lei n. 7.210/1984: “O condenado será alojado em cela individual que conterà dormitório, aparelho sanitário e lavatório. Parágrafo único – são requisitos básicos da unidade celular: a) salubridade do ambiente pela concorrência dos fatores de aeração, insolação e condicionamento térmico adequado à existência humana; b) área mínima de 6 m² (seis metros quadrados).”

acontece, o que acabou por gerar críticas quanto a esse sistema de tratamento e uma luta por mais direitos e melhores condições.

No ano de 2001, com o advento da Lei n. 10.216, os doentes mentais passaram a ter assegurada a proteção e determinados direitos, essa Lei também redireciona o modelo assistencial em saúde mental independente da situação em que os doentes se encontrem, todos são iguais, com as mesmas condições previstas na lei, sem qualquer forma de discriminação. O artigo 2º dessa Lei⁴⁸ trata em específico, dos direitos da pessoa portadora de transtorno mental, o que também se aplica aos inimputáveis em cumprimento de medida de segurança. (CROCE; CROCE JÚNIOR, 2004, p. 598).

Um documentário intitulado “Em Nome da Razão” revela a realidade manicomial em Barbacena, no estado de Minas Gerais, por volta do ano de 1979, e segundo o diretor, a situação dentro do hospital era revoltante, o local não possuía nenhuma condição de salubridade e nos corredores, podiam ser ouvidos gritos e gemidos de desespero, porém o que mais marcou o diretor foi o cheiro, algo que segundo seu relato, é indefinível e péssimo. Os pacientes tocavam sem parar as pessoas que lá faziam as gravações, como se buscassem uma forma de expressar tudo o que sentiam e com certeza em meio a isso pode ser notada a lucidez de muitos deles. (RATTON, 2011).

No ano de 2000, a Comissão de Direitos Humanos da Câmara dos Deputados, elaborou um projeto denominado “Caravanas Nacionais de Direitos Humanos”, afim de que fossem visitados os locais do país em que mais havia violação desses direitos, criando assim uma maior ligação entre os políticos e os anseios da população. Na I Caravana Nacional de Direitos Humanos, foram visitadas clínicas psiquiátricas de sete estados e alguns hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico. Dessa visita, foram extraídos alguns dados importantes sobre a realidade desses locais. (ROLIM, 2000).

O primeiro manicômio judiciário visitado pela Caravana foi no Estado do Amazonas, nesse hospital não foram encontrados profissionais habilitados, a maioria dos pacientes está lá provisoriamente esperando julgamento, a situação no local é desumana e os quartos (celas)

⁴⁸ Artigo 2º da Lei n.10.216/2001: “Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo. Parágrafo único – são direitos da pessoa portadora de transtorno mental: I – ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades; II – ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade; III – ser protegida contra qualquer forma de abuso ou exploração; IV – ter garantia de sigilo nas informações prestadas; V – ter direito a presença média, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária; VI – ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis; VII – receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento; VIII – ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis; IX – ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.”

são impossíveis de serem utilizados, porém há várias pessoas que os ocupam. O segundo foi no estado de Pernambuco, na cidade de Itamaracá, onde foi verificada superlotação, além de que os pacientes não estavam sob tratamento, as celas eram imundas, não havia leitos e eles eram obrigados a ficarem nus por recomendação médica. Ainda, dois outros hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico foram visitados no estado de São Paulo, e a realidade encontrada não foi diferente, porém em um deles verificou-se um fato bastante interessante, pois todos os internos realizavam algum tipo de trabalho, tanto na manutenção do estabelecimento, como em inúmeras outras atividades. (ROLIM, 2000).

A partir de todos os dados apurados através dessas visitas, a Comissão de Direitos Humanos passou a defender os interesses dos internados, buscando desse modo, uma reforma psiquiátrica a fim de conquistar condições dignas a todos os doentes mentais, bem como um implícito apoio ao ideal da gradativa extinção dos manicômios. Há uma organização que trata especificamente esses ideais, denominada “Movimento da Luta Antimanicomial”. (ROLIM, 2000).

Em meados do ano de 2009, foi gravado no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Salvador, capital da Bahia, o documentário A Casa dos Mortos, o qual mostra a realidade da vida dos internos. Tal documentário é dividido em três partes, ou seja, três possíveis caminhos a serem seguidos por aqueles que são internados, o primeiro é o suicídio, o segundo um ciclo de internações que não tem fim e o terceiro o fato de submeterem-se a uma prisão perpétua. Todos esses três fins ocorrem pelo fato de que os internos não são submetidos a um tratamento adequado e como consequência não podem ser desinternados, pois não foi constatada melhora. Além do mais, pode-se notar no decorrer do documentário, o descaso dos funcionários com as atitudes e os assuntos dos pacientes, os quais são motivos de deboche. O nome desse documentário se deve a uma poesia⁴⁹ escrita por um interno durante as gravações. (VAY; MAURÍCIO, 2012, p. 1-22).

⁴⁹ Poesia escrita pelo interno João Pereira e Oliveira Junior, vulgo Bubu: “A casa dos mortos das mortes sem batidas de sino. – Cena 1 deste filme-documentário do mesmo destino de sempre; é que aqui é a casa dos mortos! A casa dos mortos das overdoses usuais e ditas legais. – Cena 2 deste filme-documentário do mesmo destino de sempre; é que aqui é a casa dos mortos! A casa dos mortos das vidas sem câmbios lá fora. – Cena 3 deste filme –documentário do mesmo destino de sempre; é que aqui é a casa dos mortos! Prá começo de conversa, são 3 cenas, são 3 cenas anteriores e posteriores às minhas 12 passagens pelas casas dos mortos, que são os manicômios; – tenho – digamos assim ! - surtos de loucura existencial brejihótica, relativos à minha cidade natal, Oliveira dos Brejinhos – Bahia – Brasil; voltando às cenas: ... cenas que, por si sós, deveriam envergonhar os ditames legais das processualísticas penais e manicomiais; mas, aqui é a realidade manicomial! Pois, bem: são 3 cenas, são três cenas repetidas e repetitivas de um ritual satânico-sacro com poucos equivalentes comparados de terror, cujo estoque self-made in world é o medicamentoso entupir de remédios, o qual se esquece de que A Era Prozac das pílulas da felicidade não produz A Era da Felicidade da nossa almática essência de liberdade; mas, aqui é a realidade manicomial! E, ainda sobre as 3 cenas: são 3 cenas de um mesmo filme-documentário: Cena 1, das mortes sem batidas de sino; Cena 2, das overdoses usuais e ditas legais; Cena 3, das vidas sem câmbios lá fora – que se reescrevam, então, Os Infernos de Dante Alighieri; mas, aqui é a realidade manicomial! Reporto-me às palavras

Em fevereiro do ano de 2013, o programa Fantástico da Rede Globo, fez uma visita a alguns manicômios judiciários e revelou que conforme o censo, realizado pelo IBGE no ano de 2011, haviam 3 989 pessoas cumprindo medidas de segurança nessas instituições, e desse número, no mínimo 741 já deveriam estar em liberdade. O maior problema é que depois de estar lá, a maior parte dessas pessoas, são esquecidas por seus familiares, passando vários anos presas sem contato com o mundo exterior, tal como um senhor que colaborou com a reportagem, o qual havia permanecido 53 anos internado. (BASSAN, 2013).

No estado do Rio Grande do Sul, o órgão da SUSEPE – Superintendência de Serviços Penitenciários, responsável pela internação dos sujeitos à medida de segurança, é o Instituto Psiquiátrico Forense Dr. Maurício Cardoso, situado na cidade de Porto Alegre.

No ano de 1924, o governador Borges de Medeiros assinou um decreto que regulava a assistência aos doentes mentais do estado. Com um novo decreto, no ano de 1925 criou o Manicômio Judiciário, que passou a funcionar no mês de outubro do mesmo ano, até então os doentes mentais que cometiam crimes eram presos em uma chamada Casa de Correção. Esse manicômio foi o segundo instaurado no Brasil e funcionava nas dependências do Hospital São Pedro na capital do estado. Outro decreto do ano de 1937 mudou o funcionamento do manicômio e os doentes mentais passaram a ser tratados como reclusos. Após isso foi escrito na fachada o nome de um médico legista estudioso da medicina forense, Maurício Cardoso. Enfim, no ano de 1964 passou a chamar-se Instituto Psiquiátrico Forense Dr. Maurício Cardoso, e até hoje é um órgão do Departamento de Estabelecimentos Penais. (RIO GRANDE DO SUL, 2005).

A triste realidade é que durante a internação, já nos primeiros dias vivendo no manicômio, os pacientes são menosprezados, humilhados e tratados como pessoas sem nenhum valor. Aos poucos vão perdendo todas as características pessoais, pois no ato da internação lhe são retirados praticamente todos os seus pertences, sendo os mesmos obrigados a utilizar os utensílios padrão do local, além do mais devido aos maus tratos e as péssimas

de um douto incontestes, um doutor que rompeu o silêncio, o jornalista Jânio de Freitas, do jornal A Folha de São Paulo: "A psiquiatria é a mais atrasada das ciências" – Parafrazeio Jânio de Freitas porque a casa dos mortos, que é a metáfora arquitetônica pela qual designo a psiquiatria, pede que se fale contra si mesma! E, por falar, também, em lucidez, sou lúcido e translúcido: a colunista-articulista Danuza Leão, no jornal baiano A Tarde, explica: "Lucidez é reconhecer a sua própria realidade, mesmo que isso lhe traga sofrimentos." Mas, qual, ó Bubu!: isto aqui é a casa dos mortos, e, na casa dos mortos, quem tem um olho é rei, porque esta é a máxima e a práxis da casa dos mortos. Hospital São Vicente de Paulo / Taguatinga – Distrito Federal – Brasil, abril de 1995: o laudo a meu respeito (eu Bubu) é categórico e afirma sinteticamente: "O senhor Bubu é perfeita e plenamente lúcido!". Mas, é que lá a psiquiatria é Psiquiatria Federal, com P maiúsculo, de propriedade patenteada e de panteão da civilização; enquanto que, aqui na Bahia, a psiquiatria é psiquiatria estadual, com p minúsculo, de pôrra-louquice e de prostíbulo do conceito clínico, não custa nada afirmar: eu Bubu fui absolvido pela Psiquiatria Federal, e eu Bubu fui condenado pela psiquiatria estadual – eis o mote da minha história! Isto é um veredicto! – tomara que fosse um ultimatum à casa dos mortos!" (VAY; MAURÍCIO, 2012, p. 21-22).

condições do ambiente, o internado sofre com as mudanças no seu corpo provenientes desses fatores. Ficam isolados do mundo, muitas vezes esquecidos até mesmo pelos familiares e talvez por esses e tantos outros fatores degradantes notados no âmbito do manicômio, seja praticamente impossível a reinserção do desinternado no convívio social. (GOFFMAN, 2008, p. 23-69).

Segundo dados colhidos pelo Mutirão Carcerário 2013 do Conselho Nacional de Justiça em sua visita no Instituto Psiquiátrico Forense Dr. Maurício Cardoso, foi constatado que há 438 pessoas cumprindo medida de segurança, desses, 53 já estão liberados, porém não tem para onde ir. Não foi constatada superlotação, um problema bastante corriqueiro em todas as casas prisionais do país, mas o cenário não é muito diferente das cadeias comuns, o odor de urina e fezes é insuportável, o prédio encontra-se em péssimas condições, as paredes rachadas, a fiação elétrica exposta, há bastante umidade e faltam colchões e cobertores, ficando assim os internados obrigados a dormir no chão, além de que não há nenhuma privacidade entre os pacientes. Há apenas 10 servidores no local, como pode-se notar, um número insuficiente para tantos internados que necessitam de cuidados. Um caso bastante interessante, porém triste encontrado no local é de um senhor de 51 anos que está cumprindo medida de segurança de internação há 26 anos pelo assassinato do pai, quase o dobro do tempo que ficaria preso se lhe tivesse sido imposta uma pena. (ROSA, 2013).

Torna-se assim, bastante evidente que na prática, não existe diferenças entre a pena e a internação, pois em ambos os casos a sanção imposta tem caráter punitivo. As leis penais são demasiadamente vagas em relação ao cumprimento da medida de segurança e isso faz com que os direitos e garantias básicas dos cidadãos não sejam respeitados durante a sua execução, o que causa maiores danos psicológicos ao agente que a ela está submetido, tanto pela sua indeterminação temporal, pois não há definição quanto ao tempo máximo da sanção quanto pelo descaso para com os internados, o que acaba por agravar a situação da doença mental, delongando assim o momento da sua desinternação. (CARVALHO, 2013, p. 506-514).

Com base nesses dados, resta claro que a medida de segurança, na maioria das vezes, não cumpre sua função de cura e conseqüentemente, não atinge a cessação da periculosidade do agente. É muito difícil que algum indivíduo vivendo por inúmeros anos em um local completamente fechado, que é o seu mundo, aquilo e nada mais, vendo todos os dias as mesmas coisas, convivendo com as mesmas pessoas, sendo muitas vezes maltratado e vivendo sem nenhuma condição de salubridade, poderá ter melhoras ao ponto de receber um atestado de cessação de periculosidade e extinguir o cumprimento da sanção. São fatos

determinantes para que internações se prolonguem, a falta de infraestrutura do local e a precariedade dos cuidados médicos ao internado.

Face a todas as injustiças praticadas com os doentes mentais, o povo não se manteve inerte. No ano de 1987, na cidade de Bauru-São Paulo, aconteceu o Encontro Nacional de Trabalhadores da Saúde Mental, o qual tinha como tema principal de debate “Uma sociedade sem manicômios”, lutando assim, pelo fim da violação dos direitos humanos e condições mais dignas a todos os dependentes do sistema de saúde mental, após os temas levantados, surgiu no Brasil o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial. (MOVIMENTO NACIONAL DE LUTA ANTIMANICOMIAL, 2012).

Esse movimento não tem apenas o intuito de retirar o doente mental do manicômio e pô-lo em liberdade, sabendo que ele não possui nenhuma condição de viver sem o adequado tratamento e a consequente cura desse transtorno, mas sim, reinseri-lo na sociedade, buscando um tratamento de qualidade que atenda as necessidades do doente, propondo novas opções terapêuticas, lutando para que não sejam excluídos pelos demais e possam ter novas oportunidades, tanto no âmbito do labor como na vida social. (PAULA, s. d.).

O maior desafio dessa luta é no quesito dos recursos humanos, no caso de profissionais na área da saúde mental, que tratem os doentes com respeito e de forma nenhuma os excluam, pois essencial para a melhora é a atenção e o carinho que os mesmos precisam receber. Assim, é de suma importância, que doentes, funcionários da rede de saúde e familiares, lutem por uma reforma psiquiátrica e colaborem para que o tratamento ao doente mental possa ser cada vez mais de qualidade, sem abusos e tenha como principal objetivo a cura. (BARBOSA; COSTA; MORENO, 2012, p. 5-6). Objetivando, dessa forma, transformações e aprendizados de todas as partes envolvidas, primando pela cidadania dos doentes mentais e se possível, por fim aos manicômios, buscando novas alternativas. (RIOS, 2007).

Ainda, cabe ressaltar que há muita divergência na doutrina e na jurisprudência quanto ao tempo máximo na execução das medidas de segurança, pelo fato de que a legislação é omissa nesse ponto. Discute-se, com o intuito de preencher esse espaço que se encontra vago, porém sempre primando pelo que for melhor ao cidadão que se submete a legislação penal, que qualquer privação de liberdade que seja indeterminada tende a ferir diversos dispositivos constitucionais. Porém, ainda não é pacífica a questão nesse quesito, o que faz com que a maioria dos que são submetidos a medida de segurança de internação, as cumpram por tempo superior ao que seria admissível como pena ao delito que praticou.

Dentre os inúmeros e conceituados doutrinadores na área penal, não se consegue ter uma posição unânime quanto à extinção das medidas de segurança, se obedecem o prazo máximo de trinta anos imposto as demais penas ou se é possível que perdure por tempo superior até que se constate a cessação da periculosidade do agente.

Basileu Garcia prevê que se a função principal da medida de segurança é a cessação de periculosidade para que o agente volte a ter uma vida normal em sociedade, sem que as pessoas de seu círculo de convivência estejam correndo alguma forma de perigo devido a sua insanidade mental e sua falta de noção da realidade, dessa forma aduz que não há como a medida ser limitada no tempo, pois jamais se saberá ao certo o tempo necessário para que sua função seja efetivamente cumprida. Nesse sentido:

Sem o caráter indeterminado de sua vigência, as medidas de segurança seriam inaptas para sua função essencial: anular a periculosidade. Limitá-las irremediavelmente ao tempo equivaleria a tolhê-las em inúmeros casos, de atingir sua finalidade. Representaria isso uma incongruência. E então seria melhor que ficássemos só com o instituto das penas, sem a inovação. (2008, p. 249).

No mesmo sentido, Guilherme de Souza Nucci defende que a medida de segurança não se trata de uma pena, somente está arrolada como uma forma de sanção penal, porém sua finalidade é a cura do agente, devendo permanecer internado enquanto esta não ocorrer. (2010, p. 534).

Com posicionamento diverso, Cezar Roberto Bitencourt⁵⁰ alega que por não existir na prática, quase nenhuma diferença entre a pena e a medida de segurança, uma deverá adequar-se as disposições da outra, não sendo permitido o cumprimento de pena por tempo superior a 30 anos, o mesmo será vedado a medida de segurança. Discorre que:

[...] como pena e medida de segurança não se distinguem ontologicamente, é lícito sustentar que essa previsão legal — vigência por prazo indeterminado da medida de segurança — não foi recepcionada pelo atual texto constitucional. [...] em obediência ao postulado que proíbe a prisão perpetua dever- -se-ia, necessariamente, limitar o cumprimento das medidas de segurança a prazo não superior a trinta anos,

⁵⁰ Partilham do posicionamento de Cezar Roberto Bitencourt, doutrinadores como Luiz Flávio Gomes, Zaffaroni e Pierangeli, André Copetti e Delmanto, entre outros.

que é o lapso temporal permitido de privação da liberdade do infrator (art. 75 da CP). (2012, p. 843).

Já para Amilton Bueno de Carvalho, nada mais justo que o prazo máximo da medida de segurança fosse igual a pena máxima que o agente receberia pelo delito que praticou. Assim, seria realizada a dosimetria da pena, normalmente, com todas as agravantes, atenuantes, majorantes e/ou minorantes aplicadas ao caso e o número de anos que se obtivesse seria o tempo máximo de execução da medida. (2007, P. 201-202).

O Supremo Tribunal Federal já possui jurisprudência pacificada sobre o assunto, no sentido de que a medida de segurança tem caráter de pena e seu tempo máximo não pode ultrapassar a pena máxima abstrata cominada ao delito praticado pelo agente dentro do prazo máximo para extinção de qualquer pena que é de trinta anos. Assim preceitua:

PENAL. RECURSO ORDINÁRIO EM HABEAS CORPUS. MEDIDA DE SEGURANÇA. CUMPRIMENTO DA MEDIDA EM PRAZO SUPERIOR AO DA PENA MÁXIMA COMINADA AO DELITO. PRESCRIÇÃO. INOCORRÊNCIA. INÍCIO DO CUMPRIMENTO. MARCO INTERRUPTIVO. PERICULOSIDADE DO AGENTE. CONTINUIDADE. PRAZO MÁXIMO DA MEDIDA. 30 (TRINTA) ANOS. PRECEDENTES DO STF. DESINTERNAÇÃO PROGRESSIVA. ART. 5º DA LEI 10.216/2001. APLICABILIDADE. ALTA PROGRESSIVA DA MEDIDA DE SEGURANÇA. PRAZO DE 6 (SEIS) MESES. RECURSO PROVIDO EM PARTE. 1. A prescrição da medida de segurança deve ser calculada pelo máximo da pena cominada ao delito cometido pelo agente, ocorrendo o marco interruptivo do prazo pelo início do cumprimento daquela, sendo certo que deve perdurar enquanto não haja cessado a periculosidade do agente, limitada, contudo, ao período máximo de 30 (trinta) anos, conforme a jurisprudência pacificada do STF. Precedentes: HC 107.432/RS, Relator Min. Ricardo Lewandowski, Primeira Turma, Julgamento em 24/5/2011; HC 97.621/RS, Relator Min. Cezar Peluso, Julgamento em 2/6/2009. [...] (BRASIL. Supremo Tribunal Federal. *Habeas Corpus* n. 100.383-RS. Relator: Ministro Luiz Fux, publicado em 09 de junho de 2009).

Diante disso, pode-se notar que são bastante numerosos os relatos, críticas e divergências acerca do sistema manicomial e com isso se tem uma base para a constatação de que em praticamente todos os hospitais psiquiátricos, sejam eles no âmbito particular ou para execução das medidas de segurança, existem defeitos bastante nocivos aos pacientes. As condições de insalubridade em que vivem e esquecimento para com os internos, que

geralmente torna a medida uma espécie de “prisão perpétua”, acaba por prejudicar o convívio e a sua possível reinserção na sociedade. Nada mais justo que uma política que surtisse efeitos e promovesse modificações com o objetivo de lutar pela extinção dos manicômios, e buscar novas condições de vida aos doentes mentais.

3.2 Da criação dos CAPS (Centros de Atenção Psicossocial) e sua inefetividade

A medida de segurança detentiva, mais conhecida como tratamento ambulatorial, é realizada em locais específicos para cuidados na área da saúde mental, visto que o paciente não necessita ser privado de sua liberdade, pois sua anormalidade se apresenta de forma moderada, e pode ser controlada apenas com medicação e acompanhamento, visando sempre a sua inserção no meio social para que possa levar uma vida normal de trabalho, estudos e lazer, sem que ninguém seja prejudicado com isso. Essas atividades são realizadas nos Centros de Atenção Psicossocial, que na teoria possuem função de cura e adaptação do indivíduo ao convívio em sociedade, porém na prática nem sempre o objetivo é alcançado.

No final da década de 70, começou a surgir no Brasil tendências da reforma psiquiátrica, baseadas em ideias advindas de outros países, essa organização que lutava por melhores condições no âmbito da saúde mental passou por três fases distintas. Durante a trajetória alternativa, em meados de 1976, surgiram movimentos que passaram a denunciar a ineficácia e descaso do sistema psiquiátrico brasileiro, visto que naquela época a psiquiatria era vista como uma forma de controle social.

Na trajetória sanitária, no início da década de 80, surge a ideia de que toda a área de saúde deve ser bem organizada e administrada para que possa surtir efeitos, na área mental, foram criados ambulatórios para tratamentos alternativos à internação, porém sem nenhuma eficácia na prática. Na segunda metade da década de 80 surgiu um novo rumo a ser seguido, denominado Trajetória da Desconstitucionalização, em que foram realizadas diversas conferências e chegou-se a um consenso acerca do fato de que toda a reforma deve levar em conta tanto o local do tratamento quanto o paciente e seus familiares, buscando alternativas menos nocivas e mais eficientes a todos os interessados. (RIBEIRO, 2004).

No ano de 1986, na cidade de São Paulo, surgiu o primeiro Centro de Atenção Psicossocial do país, denominado Professor Luís da Rocha Cerqueira. Sua principal função era evitar as internações psiquiátricas, dando apoio aos doentes mentais sem submetê-los a uma completa privação de liberdade. Esse Centro bem como os demais que foram criados a partir de então tiveram como inspiração o Nicarágua, onde apesar de todas as dificuldades enfrentadas, sempre primaram por um tratamento digno às pessoas consideradas anormais, as ações compreendiam tanto a prevenção, como o tratamento e a reabilitação dos que necessitavam desses cuidados. (RIBEIRO, 2004).

Além dessa que foi a principal inspiração, o surgimento de tais locais também foi baseado em algumas ações realizadas em vários estados do Brasil durante a década de 80 que protegiam e tratavam os doentes mentais. Dessa forma a ideia se espalhou pelo país e hoje em dia, praticamente existe em todas as cidades brasileiras. (RIBEIRO, 2004).

No ano de 1990, o Brasil aderiu a Declaração de Caracas⁵¹, a qual previa uma reestruturação no tratamento psiquiátrico. Algum tempo depois, no ano de 2001, foi publicada a Lei Federal n. 10.216, com o intuito de reduzir significativamente os leitos psiquiátricos, bem como redirecionar os pacientes para que fossem tratados por meio de outras formas alternativas diversas da internação. A partir de então surgiu a Política de Saúde Mental no país, cujo objetivo era por em prática o que previa tal lei, tendo como principais metas a redução de leitos para internações longas, a retirada dos hospitais dos que já possam ser tratados de outra forma, o incentivo à internação nos casos em que essa medida for a única solução, e o apoio na criação e funcionamento de locais que possam prestar atendimento digno e eficaz aos que necessitarem, reinserindo-os no trabalho, cultura e lazer. (PROGRAMA DE VOLTA PRA CASA, s.d.)

⁵¹ DECLARAÇÃO DE CARACAS - Documento que marca as reformas na atenção à saúde mental nas Américas. As organizações, associações, autoridades de saúde, profissionais de saúde mental, legisladores e juristas reunidos na Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica dentro dos Sistemas Locais de Saúde [...] 2. Que o hospital psiquiátrico, como única modalidade assistencial, impede alcançar os objetivos já mencionados ao: a) isolar o doente do seu meio, gerando, dessa forma, maior incapacidade social; b) criar condições desfavoráveis que põem em perigo os direitos humanos e civis do enfermo; c) requerer a maior parte dos recursos humanos e financeiros destinados pelos países aos serviços de saúde mental; e d) fornecer ensino insuficientemente vinculado com as necessidades de saúde mental das populações, dos serviços de saúde e outros setores. [...] DECLARAM 1. Que a reestruturação da assistência psiquiátrica ligada ao Atendimento Primário da Saúde, no quadro dos Sistemas Locais de Saúde, permite a promoção de modelos alternativos, centrados na comunidade e dentro de suas redes sociais; 2. Que a reestruturação da assistência psiquiátrica na região implica em revisão crítica do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico na prestação de serviços; 3. Que os recursos, cuidados e tratamentos dados devem: a) salvaguardar, invariavelmente, a dignidade pessoal e os direitos humanos e civis; b) estar baseados em critérios racionais e tecnicamente adequados; c) propiciar a permanência do enfermo em seu meio comunitário; 4. Que as legislações dos países devem ajustar-se de modo que: a) assegurem o respeito aos direitos humanos e civis dos doentes mentais; b) promovam a organização de serviços comunitários de saúde mental que garantam seu cumprimento; 5. Que a capacitação dos recursos humanos em Saúde Mental e Psiquiatria deve fazer-se apontando para um modelo, cujo eixo passa pelo serviço de saúde comunitária e propicia a internação psiquiátrica nos hospitais gerais, de acordo com os princípios que regem e fundamentam essa reestruturação; [...] (BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE, s.d.).

Se, no momento da prática de um ilícito penal, o sujeito não for completamente capaz de compreender a ilicitude de sua conduta e de se determinar de acordo com isso, ele será considerado semi-imputável. Nesse caso, a pena pode ser reduzida ou poderá existir a exclusão da culpabilidade e ser o indivíduo submetido a tratamento ambulatorial, que, conforme dispõe a Lei da Reforma Psiquiátrica, em seu artigo 2º, inciso IX⁵², será preferencialmente realizado na rede pública de saúde. (CARVALHO, 2013, p. 527-531).

Tendo como base a Reforma Psiquiátrica e a Política de Saúde Mental, os Centros de Atenção Psicossocial são setores de responsabilidade da Secretaria da Saúde, que devem oferecer tratamento diário, tem como principal objetivo a realização de atividades como prestação de atendimento clínico, além de auxiliar os seus usuários na reinserção na vida familiar, profissional e em todas as formas de lazer. Todas essas atividades são substitutivas à internação em hospital psiquiátrico. (PORTAL DA SAÚDE, s. d.).

Subdividem-se estes em cinco espécies: os CAPS I são para cidades de pequeno porte, atendendo assim todos os pacientes com transtornos mentais, independente de faixa etária ou espécie de problema; os CAPS II são para cidades de médio porte e atendem somente clientela adulta; os CAPS III funcionam 24 horas por dia, atendem somente adultos e existem apenas nas grandes cidades; os CAPSi prestam atendimento a crianças e adolescentes e funcionam em cidades de médio porte somente durante o dia e por último, os CAPS AD prestam serviços somente aos dependentes do drogas e álcool. (PORTAL DA SAÚDE, s. d.).

Dispõe o Ministério da Saúde acerca dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS):

Os CAPS são instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico. Sua característica principal é buscar integrá-los a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu “território”, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares. Os CAPS constituem a principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica. (BRASIL, 2004, p. 9).

Ainda, segundo o Ministério da Saúde, cabe aos Centros de Atenção Psicossocial, o funcionamento de oficinas terapêuticas aos pacientes, como oficinas de teatro, de

⁵² Artigo 2º, inciso IX da Lei n. 10.216/01: “ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.”

alfabetização e geradoras de renda, além da função de distribuir medicamentos, realizar atividades com as famílias dos pacientes, técnicas de psicoterapia, interação com a sociedade, projetos de inserção no trabalho, visitas domiciliares, atividades culturais e desintoxicação ambulatorial aos usuários de drogas e álcool. (BRASIL, 2004, p. 21-22).

Dentre os maiores desafios, concernentes ao cumprimento da função dos Centros de Atenção Psicossocial, pode-se notar a dificuldade em conseguir alcançar com o tratamento, os que possuem doenças de forma mais grave e praticamente não são abarcados por nenhuma forma de assistência, ampliação na rede de serviços básicos na área da saúde mental, implementação de uma política que realmente surta efeitos e os baixos valores repassados pelo governo em toda a rede do Sistema Único de Saúde. O que é indispensável pelo fato de que hoje, no Brasil, cerca de 3% do total da população possui algum transtorno mental que se apresenta de forma grave, mais de 6% apresenta sérios problemas derivados do uso de drogas e álcool, 12% necessita de algum cuidado na área da saúde mental e somente 2,3 % do orçamento destinado anualmente para a rede de serviços públicos na área da saúde é revertido para a área psiquiátrica. (PORTAL DA SAÚDE, s.d.).

Contudo, apesar de tantos dispositivos legais que preveem um tratamento digno e eficaz aos portadores de transtornos mentais, na prática a situação não sofreu grandes modificações. É nítida a ineficácia dos Centros de Atenção Psicossocial, além do que os mesmos não possuem condições para que possa ser atingida a sua finalidade, devido ao fato de que em 18 anos houve significativa redução de 80 % nos leitos psiquiátricos existentes no país, porém não existiu a reestruturação dos locais em que seriam atendidas essas pessoas. (SILVA, s.d., p. 5).

Cerca de 90% dos Centros, compreendidos os de todo o país, não possuem atendimento à noite, nem em feriados e finais de semana; na maioria das cidades não existe os que realizam plantão 24hs para atender pessoas em surto; 41,3 % dos Centros não recebem todo o remédio necessário para a demanda; a maioria deles não possui atendimento integral com médico psiquiatra e somente em onze estados a cobertura de alguns desses Centros, pode ser considerada boa ou muito boa. (SILVA, s. d., p. 5-6).

O Brasil é um dos países que menos investe em saúde mental, cerca de 2% do valor destinado a saúde é revertido à área psiquiátrica, enquanto no Canadá esse percentual atinge os 11%. Outro problema grave concernente ao tratamento ambulatorial é o fato de que há somente uma espécie de órgão que se destina ao tratamento das doenças mentais em todos seus estágios e formas de apresentação, os Centros de Atenção Psicossocial, tornando

impossível um bom tratamento devido a superlotação. Antes que haja a desinternação do paciente para fins de outra forma de tratamento, é necessário que existam locais bem estruturados para recebê-los, caso contrário essa medida não surtirá os efeitos desejados. (GERALDO, 2011).

No estado do Ceará, principalmente na capital, a situação dos Centros de Atenção Psicossocial é precária, há carência de medicamentos, médicos, psicólogos, enfermeiros e farmacêuticos. Existem apenas 20 médicos para atender a demanda de 14 Centros, dessa forma, os pacientes não possuem contato direto com os profissionais, que devido a sobrecarga de serviço, somente renovam as receitas para que os medicamentos controlados possam ser retirados, quando possível, esse descaso no tratamento aumenta em muito as chances do quadro da doença mental se agravar. (LIMA, 2013).

No ano de 2011, a Associação Mato-Grossense de Usuários, Familiares e Parceiros da Saúde Mental Maria da Praça, realizou uma manifestação apresentando denúncias ao Secretário Municipal da Saúde da época, acerca do mau atendimento na área da saúde mental. Na denúncia foi abarcado o fato de que o número de Centros não é suficiente, pois são muitas as pessoas que necessitam desse serviço, expondo inclusive o descaso dos funcionários para com os pacientes, a falta de comida, a inadequação da estrutura física e a falta de manutenção do ambiente, bem como a falta de profissionais habilitados e adequados ao tratamento. (OLHAR DIREITO, 2011).

O Jornal Nacional, no ano de 2012, denunciou a deficiência em um dos Centros de Atenção Psicossocial da cidade de Campos dos Goytacazes, no estado do Rio de Janeiro. Durante uma visita ao local, munidos os repórteres de uma câmera escondida, registraram a triste situação do local, lá foram encontrados pacientes em completo estado de descuido, dormindo amontoados no chão, não há mesas, os mesmos devem realizar as refeições com o prato sobre as pernas, a água oferecida a eles não é filtrada, a dignidade sendo violada de forma nítida e nenhuma probabilidade de cura diante da situação em que se encontravam. (HERRERA; MOTTA, RODRIGUES, 2013).

No Centro de Atenção Psicossocial “João Bebe Água”, no estado do Sergipe, a situação é caótica, os vasos sanitários não funcionam como deveriam, o que faz com que tenha fezes espalhadas pelo chão do local, apesar de ter profissionais adequados aos serviços prestados, não há medicamentos suficientes a demanda e pelo fato da estrutura do local estar

quase no ponto da inutilização, se torna difícil qualquer forma de trabalho e atendimentos, existindo uma nítida afronta aos direitos humanos e violação da dignidade da pessoa humana. (SUSANNA, 2010).

No Estado de São Paulo, um Centro localizado na cidade de Piracicaba, não presta o devido atendimento aos pacientes, visto que desde o ano de 2012, aproximadamente, o local encontra-se em situação de abandono, há problemas no ambiente, como infiltração telhado, piso e bueiros quebrados, o que faz com que nos dias de chuva o lugar alague, a maioria dos chuveiros queimados, vasos danificados e a fachada principal se encontra pichada. (GLOBO, 2013).

Ainda, na cidade de São Mateus, no Maranhão, no ano de 2010, médicos e demais funcionários de um Centro de Atenção Psicossocial, passaram algum tempo sem receber a devida remuneração, o que gerou uma revolta entre os mesmos, causando uma paralização nos serviços do local, sendo prejudicados assim os pacientes que ficaram sem atendimento. (CARLOS, 2011). E na Bahia, na metade de 2013, os próprios médicos que prestavam atendimento na área da saúde mental em uma determinada cidade, apresentaram uma denúncia expondo aos responsáveis pela área da saúde pública, as péssimas condições do ambiente, o que estava impossibilitando uma boa forma de atendimento. (BN SAÚDE, 2013).

Após esses relatos, pode-se notar que não é apenas em uma cidade ou estado que os Centros de Atenção Psicossocial, não cumprem as suas devidas funções, de forma geral, esse é um problema verificado em todo o país. Hoje em dia, muitos anos após o início da Reforma Psiquiátrica, a eficiência dos Centros ainda é discutida, devido ao fato de que o objetivo principal dessa reforma é pôr fim aos manicômios, porém isso não pode ser feito sem que antes existam locais que promovam efetivamente um bom atendimento, a cura e a inserção do paciente em sociedade, isso tem causado sobrecarga nos atendimentos, tornando impossível a sua eficácia. (UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, 2006).

Assim sendo, verifica-se que apesar de existir uma Reforma Psiquiátrica e uma Política de Saúde Mental no Brasil, há muito a ser modificado, desde um maior incentivo do Governo para a área da Saúde Mental até o fato de que os funcionários dos Centros de Atenção Psicossocial sejam treinados para oferecer um tratamento de qualidade a todos pacientes submetidos a essa área, sejam eles oriundos do cumprimento de uma medida de

segurança de tratamento ambulatorial ou simplesmente pessoas com transtornos psiquiátricos que necessitam de cuidados especiais.

Com isso, torna-se evidente que não há harmonia, no que tange a aplicação da medida de segurança, entre os fundamentos: justiça, lei e dignidade. Para que determinadas providências adotadas pelo judiciário possam atingir suas metas, sempre há de ser colocada em prática com base nesses três preceitos, caso contrário, será parcialmente eficaz e acabará por violar algum direito do cidadão que a ela foi submetido. Nem sempre o que está previsto na legislação é digno e justo, dessa forma, sempre que for necessário aplicar uma medida, seja ela de punição ou prevenção, a um indivíduo que violou regras penais, devem ser ponderados tais fundamentos afim de que se alcancem metas da forma menos danosa possível ao agente.

Por fim, pode-se notar quão complexo é o tema que envolve o cumprimento das medidas de segurança no Brasil, tanto relativo àquelas que se encontram internadas em hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico, quanto as que são tratadas junto aos Centros de Atenção Psicossocial, pois o tratamento deve ser digno e igual, sem qualquer forma de distinção, a todos os seres humanos, sejam eles criminosos ou não, doentes mentais ou pessoas normais, caso contrário os Direitos Humanos e os princípios constitucionais e penais concernentes a todos os indivíduos não serão efetivamente colocados em prática, causando sérios prejuízos tanto ao sujeito que cumpre tal sanção, quanto à sociedade em geral.

CONCLUSÃO

O presente estudo averiguou se a medida de segurança tanto na forma detentiva, como na restritiva, tem atingido seus fins, possibilitando a cura do agente e a sua reinserção em sociedade, sem que isso seja perigoso aos demais no âmbito do convívio diário e nem sejam violados os direitos humanos dos sujeitos que a cumprem. Além de apurar a atual condição dos locais destinados à sua execução nos diversos estados do país.

Observa-se que a análise da teoria do delito se faz necessária sempre que alguém praticar um fato que viola alguma disposição legal, para que após seja tomada a medida mais adequada e justa ao caso concreto. São quatro os elementos que integram o conceito do delito, sendo eles a conduta, a tipicidade, a antijuridicidade e a culpabilidade, conforme exista ou não algum deles no ato praticado pelo sujeito, modifica a forma de punição aplicável.

Pode ser considerada conduta tanto uma ação como uma omissão realizada pelo indivíduo e a sua inexistência, por óbvio, desconfigura a prática de um delito, visto que inexiste o primeiro elemento da teoria, o qual é indispensável. A tipicidade é o fato de tal conduta estar prevista em alguma norma penal como um delito, já a antijuridicidade é o fato de a conduta ser considerada contrária a lei vigente, podendo essa ser excluídas da conduta do indivíduo se presentes alguns requisitos previstos na legislação.

O último elemento da teoria do delito, que dá ensejo à aplicação de uma medida de segurança ou uma pena, é a culpabilidade. Dentro da teoria atinente a esse quesito, pode-se notar que foram várias as teorias que surgiram ao longo do tempo sobre seu conceito, mas no entendimento atual esse item subdivide-se em outros três, quais sejam, a imputabilidade, em que se verifica se o indivíduo era capaz de compreender a ilicitude do seu ato e decidir que atitude seria tomada de acordo com esse entendimento; a potencial consciência da ilicitude, que consiste no conhecimento do agente sobre o fato de que tal conduta é tida pela lei como crime e a exigibilidade de conduta diversa em que o agente poderia ter agido de forma lícita porém não o fez.

Assim, pode-se notar que a culpabilidade pode ser excluída se houver alguma irregularidade em algum dos três quesitos indispensáveis a sua existência. Cabe ressaltar se comprovada essa irregularidade no que tange a imputabilidade, se considerado isento de

culpabilidade, o agente estará desobrigado ao cumprimento de pena, porém deverá se submeter à execução de uma medida de segurança.

A medida de segurança é uma forma de sanção penal distinta da pena em vários aspectos, e para que seja aplicada se faz necessária a prática de um fato considerado típico e antijurídico, porém que o agente não tenha capacidade de compreender isso por estar acometido por uma doença ou alguma forma de retardo no desenvolvimento mental e seja perigoso às demais pessoas que o mesmo permaneça livre, visto que por esses fatores pode, a qualquer momento, voltar a delinquir pois não possui noção dos seus atos.

Além disso, a mesma pode se apresentar de duas formas diversas, como internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou como tratamento ambulatorial, de acordo com a gravidade da doença e o grau de periculosidade aferidos através de exame, considerando assim o agente inimputável ou semi-imputável. Ainda, conforme alteração no quadro da doença poderá ser modificada a forma de cumprimento, sempre devendo se respeitar os direitos humanos e os princípios aplicáveis no âmbito do direito penal.

Cabe referir que inúmeras são as doenças que podem afetar a sanidade mental de uma pessoa. Uma característica comum na maioria delas é o fato de que ocorre uma distorção da realidade, agindo assim o sujeito como se a sua conduta fosse a única possível para sua defesa contra pessoas, que geralmente, só são nocivas no contexto da mente. Uma das exceções acontece nas mentes psicopáticas em que o sujeito age por impulso, mas sempre visando algo em seu favor, algum benefício em proveito próprio.

Quando o desenvolvimento mental é retardado, o psicológico da pessoa não evolui de acordo com a idade real que o mesmo possui, sendo impossível ter uma visão clara e certa da realidade, visto que alguns possuem idade mental inferior a três anos, tendo atitudes comparadas inclusive as de animais irracionais. Essas anomalias da mente podem e devem ser constatadas através de perícia psiquiátrica a ser realizada por profissional habilitado, ou seja, um psiquiatra, tanto no decorrer do processo, quanto na fase da execução.

Diante disso, a perícia psiquiátrica tem por intuito verificar a sanidade do réu, bem como a capacidade que possuía ao tempo da prática do delito, de compreender ser sua conduta ilícita e determinar-se de acordo com isso, analisando assim, tanto os aspectos relacionados com a doença como os da vida pessoal do agente desde a sua infância. A partir das constatações, é elaborado um laudo o qual conterá todos os dados adquiridos com a análise do indivíduo, o qual fundamentará a decisão do juiz sobre a existência de imputabilidade,

aplicando dessa forma, uma pena ou uma medida de segurança, e até mesmo a cessação da periculosidade, levando a liberação do cumprimento da medida.

Logo, se através da realização dessa perícia, o médico psiquiatra fizer constar no laudo que se encontram presentes os requisitos que excluem a culpabilidade da conduta do agente, e o juiz de acordo com as demais provas analisadas verificar a sua inimputabilidade, o absolverá, aplicando uma medida de segurança, pois a sentença que determina seu cumprimento é absolutória imprópria. De acordo com a evolução da doença e com os riscos que o mesmo pode causar às demais pessoas da sociedade devido a sua insanidade mental, será aplicada, se apresentá-los de forma mais intensa, cabe a espécie detentiva, internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico, se de forma mais branda, será aplicada a restritiva, consistente no tratamento ambulatorial.

No caso da internação, mesmo após o surgimento da lei, no ano de 2001, que dá assistência aos doentes mentais, os manicômios continuam existindo e inclusive alguns com superlotação, a realidade afronta diversos dispositivos legais, ferindo princípios que norteiam todo o ordenamento jurídico, algo desumano. São inúmeras as críticas concernentes a medida de segurança detentiva.

A princípio, os hospitais destinados a essa forma de execução não possuem condições adequadas a essa forma de tratamento. Na maioria deles, o prédio possui infiltrações, goteiras, os banheiros não funcionam como deveriam, os internos não possuem local adequado para descansar e nem praticam atividades de lazer, passando a maior parte do tempo encarcerados. Resta evidente que diante das situações narradas, a internação não difere da pena e por vezes é até mais nociva ao agente, que além de estar preso, muitas vezes abandonado pela família, deve se submeter a um tratamento com remédios fortes, que lhe retiram o que ainda há de sanidade, tornando-se como bonecos, sem expressão, sem ideias, sem atitudes e sem voz.

Aliado a todas essas circunstâncias, encontra-se o fato de que a medida de segurança não possui tempo máximo fixado na sentença, ficando sua liberação condicionada às melhoras apresentadas pelo paciente, o que acaba por indeterminá-la. Dessa forma, com a sobrecarga do poder judiciário, a ineficiência dos funcionários do local e o desleixo da família, o paciente acaba por permanecer internado por mais tempo que deveria, inclusive por lapso temporal superior ao que estaria submetido estivesse cumprindo pena pelo ilícito que praticou.

Situação essa que ocorre desde o surgimento dessa forma de sanção e que se busca modificar desde os anos 70, com o surgimento no país da ideia da reforma psiquiátrica e no

final da década de 80 com as primeiras mobilizações do movimento da luta antimanicomial, inclusive com a Lei n. 10.216, no ano de 2001, movimentos que visam a extinção gradativa de manicômios e redirecionamento dos pacientes à rede pública de saúde para tratamento diferenciado, tal como se somente existisse a medida na forma restritiva, de tratamento ambulatorial. Apesar da busca por esses ideais, na prática a situação continua a mesma.

No fervor dessas ideias, foram criados os Centros de Atenção Psicossocial, órgãos da rede pública de saúde, destinados ao atendimento de pacientes com doenças mentais. É nesses locais que é executado o tratamento ambulatorial e para onde são encaminhados os pacientes já liberados da internação. Porém, a realidade desses ambientes também é precária, tal qual a dos hospitais psiquiátricos.

O objetivo desses centros, além do tratamento médico é a inserção do indivíduo na sociedade, promovendo oficinas para prepará-los ao trabalho e outras atividades para que os mesmos possam construir laços com outras pessoas, metas essas não atingidas, uma vez que na maioria desses locais os pacientes são maltratados, não recebem medicamentos adequados e suficientes ao caso, não existem oficinas, apenas tratamento médico precário devido à sobrecarga de serviço, pois são muitos os pacientes e poucos os funcionários.

Percebeu-se, que a medida de segurança, em nenhuma das formas em que se apresenta, tem atingido as metas almejadas, visto que nessas condições é praticamente impossível que alguém se cure de uma doença mental e volte a ser como antes. Essa medida, no cenário atual, tem apenas o condão de retirar a dignidade do indivíduo, submetendo-o a condições de vida desumana, sem respeitar os direitos básicos atinentes a qualquer cidadão.

O fato é que a medida de segurança não é uma pena, portanto não deve ser vista como tal, ela é uma sanção aplicada após uma sentença absolutória e visa tratamento, as pessoas que a ela se submetem não são presidiárias, são doentes, logo necessitam de cuidados especiais, caso contrário não irão melhorar, necessitam de remédios adequados e doses corretas, ambientes que possibilitem a sua reabilitação, além de todo o apoio psicológico que é indispensável aos que encontram-se em fase de recuperação, tanto da doença, como da recente prática de um delito que nem mesmo o autor tem noção de como e por que o praticou.

Conforme dados colhidos durante a pesquisa, nota-se que, comparando com os demais países do mundo, o Brasil é um dos que menos investe na área psiquiátrica, assim se evidencia o porquê da precariedade do sistema nesse âmbito.

Primeiramente, a medida de segurança deve deixar de ser vista como uma pena e isso cabe aos poderes judiciário e legislativo, necessita-se de mais normas, que sejam claras ao tratar desse tema, que explicitem o caráter curativo dessa sanção, que definam marcos temporais para o seu cumprimento e a desvinculem de órgãos pertencentes ao sistema penitenciário de cada estado, pois se o autor do delito não tinha consciência do que fez, não pode ser punido por tal ato, e se o fim da medida é a cura e a consequente prevenção de novos delitos, isso cabe a área da saúde de cada estado ou município.

Ademais, todo o sistema de um país deve adequar-se as necessidades de seus cidadãos e se, a área da saúde psiquiátrica é falha, isso deve ser modificado. Mediante lei específica, programas e movimentos que visam a extinção dos manicômios, todos juntos deveriam lutar por esse ideal, mas a primeira atitude a ser tomada é qualificar os locais que irão receber os pacientes advindos da desinternação. Então, cabe ao Estado dar o primeiro passo, investindo mais recursos nessa área, qualificando tanto os ambientes como os funcionários desse setor.

No momento em que isso for bem estruturado, poder-se-á cogitar a hipótese de retirar os pacientes do manicômio e fazer com que os mesmos sejam atendidos pela rede pública de saúde, assim não haveriam mais problemas quanto à internação, pois a mesma praticamente deixaria de existir, sendo somente utilizada, por tempo ínfimo, para tratar as pessoas quando em surto, sem qualquer forma de grade ou outra situação que viole a sua dignidade. Dessa forma, não haveriam mais problemas nem quanto ao prazo máximo, visto que a internação seria uma medida extremamente excepcional.

Assim, concluiu-se com o presente estudo que há muitos anos e em todos os aspectos, as coisas são bem mais simples na teoria do que na prática. Aplicar na realidade preceitos que estão somente escritos, requer tempo, recursos financeiros e muito fôlego, mas deverá ser iniciada essa mudança desde a base, para que em um futuro, nem muito próximo, porém nem muito longe (espera-se) a medida de segurança possa realmente curar os que a cumprem, prevenindo o máximo possível a reincidência no crime desses indivíduos.

REFERÊNCIAS

ABRE. *Esquizofrenia: saiba o que é?* [s.d.] Disponível em: <<http://www.abrebrasil.org.br>>. Acesso em jul. 2013.

ALMEIDA JÚNIOR, Antonio; COSTA JÚNIOR, João Batista de Oliveira e. *Lições de Medicina Legal*. 21. ed. rev. ampl. São Paulo: Nacional, 1996.

ANDRADE, Hamilton da Costa Mitre de. A desinternação condicional na medida de segurança. *Revista do Conselho de Criminologia e Política Criminal*, Belo Horizonte, ano 15, v. 10, set./ 2008.

ANDREUCCI, Ricardo Antônio. *Manual de Direito Penal*. 7. ed. São Paulo: Saraiva, 2011.

_____. *Execução Penal*. São Paulo: Saraiva, 2009.

BALLONE, Geraldo José. *Perícia Psiquiátrica*. 2005. Disponível em: <<http://www.psiqweb.med.br>>. Acesso em: jun. 2013.

BARBOSA, Guilherme Correa; COSTA, Tatiana Garcia da; MORENO, Vânia. *Movimento da Luta Antimanicomial: trajetória, avanços e desafios*. 2012. Disponível em: <<http://www.rets.org.br>>. Acesso em: jul. 2013.

BARROS, Flávio Augusto Monteiro de. *Direito Penal: parte geral*. 9. ed. v. 1. São Paulo: Saraiva, 2011.

BASSAN, Pedro. *Esquecidos pelo mundo*. 2013. Disponível em: <<http://g1.globo.com/fantastico>>. Acesso em: jun. 2013.

BENFICA, Francisco Silveira; VAZ, Márcia. *Medicina legal aplicada ao direito*. São Leopoldo: Unissinos, 2003.

BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE. *Declaração de Caracas*. [s.d.] Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs>>. Acesso em: set. 2013.

BITENCOURT, Cezar Roberto. *Tratado de Direito Penal: parte geral*. 16. ed. v. 1. São Paulo: Saraiva, 2011.

_____. *Tratado de Direito Penal: parte geral*. 17. ed. rev. ampl. atual. v. 1. São Paulo: Saraiva, 2012.

BN SAÚDE. *Médicos denunciam condições do CAPs da Liberdade, diz sindicato*. 2013. Disponível em: <<http://www.bahianoticias.com.br/saude/noticia>>. Acesso em: set. 2013.

BONFIM, Edilson Mougnot; CAPEZ, Fernando. *Direito Penal: parte geral*. São Paulo: Saraiva, 2004.

BRANDÃO, Cláudio. *Curso de Direito Penal: parte geral*. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial*. 2004. Disponível em: < <http://www.ccs.saude.gov.br>>. Acesso em: set. 2013.

_____. Supremo Tribunal Federal. *Habeas Corpus* n. 100.383-RS. Relator: Ministro Luiz Fux. Brasília, DF, 9 de jun. de 2009. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br>>. Acesso em: 01 out. 2012.

_____. *Código Penal*. Disponível em: < <http://www.planalto.gov.br>>. Acesso em: set. 2013.

_____. *Código de Processo Penal*. Disponível em: < <http://www.planalto.gov.br>>. Acesso em: set. 2013.

_____. *Constituição da República Federativa do Brasil, de 05 de outubro de 1988*. Disponível em: < <http://www.planalto.gov.br>>. Acesso em: set. 2013.

_____. *Decreto Lei n. 3.914, de 9 de dezembro de 1941*. Lei de introdução do Código Penal e da Lei das Contravenções Penais. Disponível em: < <http://www.planalto.gov.br>>. Acesso em: abr. 2013.

_____. *Lei Federal n. 7.210, de 11 de julho de 1984*. Institui a Lei de Execução Penal. Disponível em: < <http://www.planalto.gov.br>>. Acesso em: set. 2013.

_____. *Lei Federal n. 10.216, de 6 de abril de 2001*. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: < <http://www.planalto.gov.br>>. Acesso em: set. 2013.

_____. *Lei Federal n. 11.343, de 23 de agosto de 2006*. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Disponível em: < <http://www.planalto.gov.br>>. Acesso em: mai. 2013.

CAPEZ, Fernando. *Direito Penal Simplificado: parte geral*. 7. ed. São Paulo: Saraiva, 2011.

CARLOS, Jonatas. *Mãe de paciente denuncia precariedade no CAPS de São Mateus*. 2011. Disponível em: < <http://www.saomateusemoff.com.br>>. Acesso em: set. 2013.

CARVALHO, Amilton Bueno de. *Garantismo penal aplicado à execução penal*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2007.

CARVALHO, Salo de. *Penas e medidas de segurança no Direito Penal brasileiro*. São Paulo: Saraiva, 2013.

CHENIAUX, Elie. *Manual de Psicopatologia*. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

CILAG, Jassen. *Epilepsia: o que é?* [s.d.] Disponível em: <<http://www.vivacomepilepsia.org>>. Acesso em: jul. 2013.

CROCE, Delton; CROCE JÚNIOR, Delton. *Manual de medicina legal*. 5. ed. São Paulo: Saraiva, 2004.

_____. *Manual de medicina legal*. 8. ed. São Paulo: Saraiva, 2012.

DELMANTO, Celso et. al. *Código Penal Comentado*. 8. ed. São Paulo: Saraiva, 2010.

ESTEFAM, André. *Direito Penal: parte geral*. v. 1. São Paulo: Saraiva, 2010.

FERNANDES, Newton; FERNANDES, Valter. *Criminologia integrada*. 2. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2002.

FIORELLI, José Osmir; MANGINI, Rosana Cathya Ragazzoni. *Psicologia Jurídica*. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

FRUTUOSO, Suzane. Psicopatas: eles estão entre nós. *Revista Isto É*, Cajamar, ano 31, n. 2034, out./2008.

FYSCHINGER, José Francisco de; PANTA, Thiele Zinn. Justiça (ainda que depois): STF, por fim, desvincula medida de segurança de pena privativa de liberdade. *Boletim IBCCRIM*, ano 18, n. 212, jul./2010.

GARCIA, Basileu. *Instituições de Direito Penal*. 7. ed. São Paulo: Saraiva, 2008.

GATTAZ, Wagner. *Esquizofrenia*. [s. d.] Entrevista concedida a Dráuzio Varella. Disponível em: <<http://drauziovarella.com.br/letras/e/esquizofrenia>>. Acesso em: jun. 2013.

GENTIL FILHO, Valentim. *Transtorno bipolar*. [s. d.] Entrevista concedida a Dráuzio Varella. Disponível em: <<http://drauziovarella.com.br/letras/t/transtorno-bipolar>>. Acesso em: jun. 2013.

GERALDO, Antônio. *Brasil só investe 2% dos recursos na área da saúde mental*. 2011. Disponível em: <<http://www.abp.org.br/portal>>. Acesso em: set. 2013.

GLOBO. *Usuário reclama das más condições de centro psicossocial em Piracicaba*. 2013. Disponível em: <<http://g1.globo.com/sp/piracicaba-regiao>>. Acesso em: set. 2013.

GOFFMAN, Erving. *Manicômios, prisões e conventos*. Tradução de Dante Moreira Leite. 8. ed. São Paulo: Perspectiva, 2008.

GOMES, Hélio. *Medicina legal*. 33. ed. Rio de Janeiro: Freitas Bastos, 2004.

GOMES, Luiz Flávio. *Direito Penal: parte geral*. v. 2. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2007.

_____. *Erro de tipo e erro de proibição*. 5 ed. rev. atual. ampl. v. 3. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2001.

GRECO, Rogério. *Curso de Direito Penal*. 15. ed. Rio de Janeiro: Impetus, 2013.

GUIMARÃES, Márcia. Recorra à perícia psiquiátrica. *Revista Ciência & Vida Psique*, São Paulo, ano 2, n. 13, 2007.

HERRERA, Rildo; MOTTA, Gustavo; RODRIGUES, Cléber. *Pacientes são amontoados em centro psiquiátrico em Campos, RJ*. 2013. Disponível em: <<http://g1.globo.com/rj>>. Acesso em: set. 2013.

- ISHIDA, Válter Kenji. *Curso de Direito Penal*. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2010.
- JESUS, Damásio Evangelista de. *Direito Penal: parte geral*. 32. ed. v. 1. São Paulo: Saraiva, 2011.
- LIMA, Luana. *Saúde mental em situação precária*. 2013. Disponível em: <<http://diariodonordeste.globo.com>>. Acesso em: set. 2013.
- LUIZI, Luiz. *Os Princípios Constitucionais Penais*. 2. ed. rev. ampl. Porto Alegre: Fabris, 2003.
- MARCÃO, Renato. *Curso de Execução Penal*. 6. ed. rev. atual. São Paulo: Saraiva, 2008.
- MARTINI, Daniele. *O que é epilepsia?* [s. d.] Disponível em: <<http://www.aspebrasil.org/noticia>>. Acesso em: jun. 2013.
- MASSON, Cleber. *Direito Penal esquematizado: parte geral*. 3. ed. rev. atual. ampl. v. 1. São Paulo: Método, 2010.
- _____. *Código Penal Comentado*. São Paulo: Método, 2013.
- MESQUITA JÚNIOR, Sidio Rosa de. *Execução Criminal*. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2007.
- MIRABETE, Julio Fabbrini. *Manual de Direito Penal*. 16. ed. v. 1. São Paulo: Atlas, 2000.
- MOLINA, Antonio García-Pablos de; GOMES, Luiz Flávio. *Criminologia*. 4. ed. rev. atual. ampl. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2002.
- MORAES, Alexandre de. *Direitos Humanos Fundamentais: teoria geral*. 8. ed. São Paulo: Atlas, 2007.
- MOVIMENTO NACIONAL DE LUTA ANTIMANICOMIAL. *Movimento nacional de Luta Antimanicomial*. 2012. Disponível em: <<http://movimentonacionaldelutaantimanicomial.blogspot.com.br>>. Acesso em: jul. 2013.
- NAHUM, Marco Antonio Rodrigues. *Inexigibilidade de conduta diversa: causa supralegal: excludente de culpabilidade*. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2001.
- NUCCI, Guilherme de Souza. *Código Penal Comentado*. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2010.
- _____. *Manual de Direito Penal*. 8. ed. rev. atual. ampl. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2012.
- NUNES, Adeildo. *Da Execução Penal*. 2. ed. rev. ampl. atual. Rio de Janeiro: Forense: 2012.
- OLHAR DIREITO. *Associação denuncia precariedade do atendimento em MT*. 2011. Disponível em: <<http://www.olhardireto.com.br/noticias>>. Acesso em: set. 2013.
- PAULA, Alexandre da Silva de. *Breve história da loucura e a luta antimanicomial*. [s. d.] Disponível em: <<http://www.fev.edu.br/graduacao>>. Acesso em: jul. 2013.

PIERANGELI, José Henrique. *O consentimento do ofendido na teoria do delito*. 3. ed. rev. atual. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2001.

PORTAL DA SAÚDE. *O que é Reforma Psiquiátrica?* [s. d.] Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/saude>>. Acesso em: set. 2013.

PRADO, Luiz Regis. *Curso de Direito Penal Brasileiro: parte geral*. 6. ed. v. 1. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2006.

PROGRAMA DE VOLTA PRA CASA. *A reforma psiquiátrica brasileira e a política de saúde mental*. [s. d.] Disponível em: <<http://www.ccs.saude.gov.br/vpc/reforma>>. Acesso em: set. 2013.

RATTON, Helvécio. *Ali tinha crime de lesa humanidade*. 2011. Entrevista concedida a Daniela Arbex. Disponível em: <<http://www.tribunademinas.com.br/cidade>>. Acesso em: jun. 2013.

RIBEIRO, Sérgio Luiz. A criação do Centro de Atenção Psicossocial Espaço Vivo. *Psicologia: ciência e profissão*, v. 24, n. 3, set./2004. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/scielo>>. Acesso em: set. 2013.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Segurança Pública. *Instituto Psiquiátrico Forense completa 80 anos*. 2005. Disponível em: <<http://arquivonoticias.ssp.rs.gov.br>>. Acesso em: 17 nov. 2012.

RIOS, Camila Silveira Lemos. *Luta antimanicomial e cidadania*. 2007. Disponível em: <<http://www.atacidadania.org.br>>. Acesso em: jul. 2013.

ROLIM, Marcos. *I Caravana de Direitos Humanos: realidade manicomial brasileira*. 2000. Disponível em: <<http://www.dhnet.org.br/dados/caravanas/br/icaravana>>. Acesso em: jun. 2013.

ROSA, Eduardo. *Inspeção da Justiça expõe estrutura precária do Instituto Psiquiátrico Forense*. 2013. Disponível em: <<http://zerohora.clicrbs.com.br>>. Acesso em: ago. 2013.

SANTOS, Juarez Cirino dos. *A moderna teoria do fato punível*. 2. ed. Rio de Janeiro: Revan, 2002.

SILVA, Ana Beatriz Barbosa. *Mentes Perigosas: o psicopata mora ao lado*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2008.

SILVA, Antônio Geraldo da. *Política de saúde mental no Brasil*. [s.d.] Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/comissoes>>. Acesso em: set. 2013.

SUSANNA, Katia. *CAPS: Usuários dizem que falta estrutura*. 2010. Disponível em: <<http://dignidadeerespeito.blogspot.com.br>>. Acesso em: set. 2013.

TRIGUEIROS NETO, Arthur da Motta. *Direito Penal: Parte Geral II*. São Paulo: Saraiva, 2012.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. *Mudança de modelo psiquiátrico traz precariedade*. 2006. Disponível em: <<http://abp.org.br>>. Acesso em: set. 2013.

VAY, Giancarlo Silkunas; MAURÍCIO, Milene. A casa dos mortos. 2012. *Revista Liberdades IBCCRIM*. Disponível em: <<http://www.revistaliberdades.org.br/site>>. Acesso em: jun. 2013.

ZAFARONI, Eugênio Raúl; PIERANGELI, José Henrique. *Manual de Direito Penal Brasileiro: parte geral*. 9. ed. v.1. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2011.