

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL
CURSO DE MESTRADO EM DIREITO**

NÁDIA BEATRIZ FARIAS DA SILVA MAGGIONI

**ANÁLISE DO REGIME JURÍDICO BRASILEIRO DESTINADO ÀS PESSOAS COM
TRANSTORNOS MENTAIS EM CONFLITO COM A LEI, SOB A ÓTICA DOS
DIREITOS FUNDAMENTAIS**

CAMPO GRANDE

2021

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL
CURSO DE MESTRADO EM DIREITO**

NÁDIA BEATRIZ FARIAS DA SILVA MAGGIONI

**ANÁLISE DO REGIME JURÍDICO BRASILEIRO DESTINADO ÀS PESSOAS COM
TRANSTORNOS MENTAIS EM CONFLITO COM A LEI, SOB A ÓTICA DOS
DIREITOS FUNDAMENTAIS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Direitos Humanos da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Direito.

Área de concentração: Direitos Humanos.

Orientadora: Profa. Dra. Luciani Coimbra de Carvalho.

CAMPO GRANDE

2021

Nome: Nádia Beatriz Farias da Silva Maggioni

Título: Análise do regime jurídico brasileiro destinado às pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei, sob a ótica dos direitos fundamentais.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Direitos Humanos da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS) como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Direitos Humanos.

Aprovada em: ____/____/____

Banca Examinadora

Orientadora: Profa. Dra. Luciani Coimbra de Carvalho – PPG/DH-UFMS

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

AGRADECIMENTOS

Os meus sinceros agradecimentos a Deus e a todos os que contribuíram, direta ou indiretamente, para o desenvolvimento desta dissertação.

À Professora Luciani Coimbra de Carvalho, pelos ensinamentos, apoio e valiosas orientações nesta dissertação. Sinto-me extremamente honrada em ser sua orientanda, e agradeço imensamente a confiança em mim depositada. O sentimento é de elevada gratidão por tudo.

A todos os professores do Mestrado em Direito da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul de quem tive a oportunidade de ser aluna, e ao servidor Marcelo; o aprendizado desse período tem sido intenso e extremamente valioso.

Sinto-me honrada de poder mais uma vez sentar nos bancos escolares desta Faculdade de Direito. Desde minha graduação, terminada em 2010, pude observar o pujante desenvolvimento dessa nobre instituição, claramente decorrente da árdua e admirável dedicação de seus docentes.

Aos meus pais, José e Zuely, pelo apoio e incentivo constantes e incondicionais, essenciais em todos os passos de minha caminhada.

Ao meu esposo, Lucas, pelo apoio incondicional, pelo companheirismo e pela constante presença.

“Jamais me esqueço da história de uma mulher que foi presa em uma cela forte em um hospício e lá foi esquecida, a tal ponto que faleceu, de fome e frio! Tamanho era o descaso que, somente muitos anos depois, seu corpo foi encontrado, já petrificado. A silhueta mumificada indicava o tanto de sofrimento naquela mulher em posição fetal, em completo abandono. Seu crime era ser louca! Curiosamente a marca da silhueta não saiu com nenhum produto de limpeza, nem mesmo com ácidos. Ficou ali como denúncia e grito de dor. Quando a direção soube que a notícia estava correndo para fora do hospício, mandou arrancar o piso.”

(Paulo Amarante)

RESUMO

MAGGIONI, Nádia B. F. S. **Análise do regime jurídico brasileiro destinado às pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei, sob a ótica dos direitos fundamentais.** 2021. 163 f. Dissertação (Mestrado em Direito) – Faculdade de Direito, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande.

A presente dissertação trata sobre os transtornos mentais, sobre os direitos humanos fundamentais dos indivíduos que os detêm, e sua relação com o Direito Penal Brasileiro, com a finalidade de analisar o tratamento das pessoas com transtornos mentais encarceradas, sob o ponto de vista da dignidade humana preconizada pelo sistema brasileiro. O problema consiste em examinar se o regime jurídico criminal brasileiro atual de tratamento dos inimputáveis é compatível com os direitos humanos fundamentais a eles aplicáveis, garantindo-lhes condições mínimas de existência digna. O objetivo geral é analisar o tratamento jurídico brasileiro às pessoas com transtornos mentais que praticam crimes, sua incompatibilidade com os direitos humanos fundamentais que tutelam esses indivíduos, e trazer propostas e críticas doutrinárias de tratamento jurídico com fundamento na dignidade humana. O estudo do tema se justifica pela ampla vulnerabilidade dessa parcela populacional, usualmente submetida a diversas violações de direitos humanos, aliado à inefetividade dos instrumentos normativos atuais de cumprirem o principal fim a que se destinam, a saber, o tratamento. Utilizou-se o método bibliográfico, com técnica descritiva, qualitativa e dedutiva, possibilitando análise dos dados colhidos em artigos e documentos, como legislação e pesquisas com dados estatísticos, já publicados em bases científicas, fundamentados por autores que dissertaram sobre a matéria, com apoio na legislação pertinente. Como resultados alcançados, observou-se que houve uma mudança de paradigma no tratamento da pessoa com deficiência, incluída a pessoa com transtorno mental, que deixou de ser vista como um objeto a ser curado para ser vista como um sujeito de direitos, com lugar de voz e poder de decisão; não mais se busca a cura, mas sim sua inserção social. Além disso, os movimentos de reforma psiquiátrica do final do século XX, e que resultaram, no Brasil, na Lei n. 10.216/2001, alteraram a regra do tratamento com internações de longo prazo em manicômios, e estabeleceram que as internações psiquiátricas devem ser temporárias e excepcionais, e a regra passa a ser o tratamento ambulatorial em meio aberto, transformando a legislação penal e processual penal acerca do inimputável, com a revogação tácita de diversos dispositivos. Há também a proposta de aplicação do regime jurídico penal e processual penal ao inimputável, a fim que este possa usufruir de vários dos benefícios legais destinados ao imputável, existindo, ainda, análises de propostas intermediárias de responsabilização penal do inimputável, sendo o transtorno mental uma causa de diminuição de pena. Por fim, apresentam-se programas de alguns Estados brasileiros que tem alcançado grande êxito na inserção social dos inimputáveis (PAI-PJ, PAILI e PCIPP).

Palavras-chave: Transtornos mentais. Inimputáveis. Direitos Fundamentais. Reforma Psiquiátrica.

ABSTRACT

MAGGIONI, Nádia B. F. S. **Analysis of the Brazilian legal regime for people with mental disorders in conflict with the law, from the perspective of human rights.** 2021. 163 f. Dissertação (Mestrado em Direito) – Faculdade de Direito, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande.

This dissertation deals with mental disorders, the fundamental human rights of the individuals who detain them, and their relationship with Brazilian Criminal Law, in order to analyze the treatment of people with incarcerated mental disorders, from the point of view of dignity human rights advocated by the Brazilian system. The problem consists in examining whether the current Brazilian criminal legal regime for the treatment of unimputable persons is compatible with the fundamental human rights applicable to them, guaranteeing them minimum conditions of dignified existence. The general objective is to analyze the Brazilian legal treatment of people with mental disorders who commit crimes, their incompatibility with the fundamental human rights that protect these individuals, and to bring doctrinal proposals and criticisms of legal treatment based on human dignity. The study of the theme is justified by the wide vulnerability of this population, which is usually subjected to several human rights violations, combined with the ineffectiveness of current normative instruments to fulfill the main purpose for which they are intended, which is treatment. The bibliographic method was used, with a descriptive, qualitative and deductive technique, allowing analysis of data collected in articles and documents, such as legislation and research with statistical data, already published in scientific bases, supported by authors who lectured on the subject and supported by relevant legislation. As results achieved, it was observed that there was a paradigm shift in the treatment of people with disabilities, including people with mental disorders, who ceased to be seen as an object to be cured to be seen as a subject of rights, with a place voice and decision-making power; the cure is no longer sought, but its social insertion. In addition, the psychiatric reform movements of the end of the 20th century, which resulted in Law no. 10.216 / 2001, changed the rule of treatment with long-term hospitalizations in asylums, and established that psychiatric hospitalizations must be temporary and exceptional, and the rule becomes outpatient treatment in an open environment, transforming the penal and procedural legislation about of the incomputable, with the tacit revocation of several devices. There is also a proposal to apply the penal and procedural penal regime to the unimputable, so that it can enjoy several of the legal benefits intended for the imputable, and there are also analyzes of intermediate proposals for criminal liability of the unimputable, with mental disorder being a cause of decreased sentence. Finally, there are programs from some Brazilian states that have achieved great success in the social insertion of the incomputable (PAI-PJ, PAILI and PCIPP).

Keywords: Mental disorders. Unimputable. Fundamental rights. Psychiatric Reform.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|---------|---|
| AAIDD | Associação Americana de Deficiência Intelectual e Desenvolvimento |
| ACSS | Administração Central do Sistema de Saúde |
| Agepen | Agência Estadual de Administração do Sistema Penitenciário |
| art. | Artigo |
| CAPS | Centros De Atenção Psicossocial |
| CE | Ceará |
| CID | Código Internacional de Doenças |
| CNDH | Conselho Nacional dos Direitos Humanos |
| CNJ | Conselho Nacional de Justiça |
| CNS | Conselho Nacional de Saúde |
| CONDEGE | Conselho Nacional de Defensores Públicos Gerais |
| COVID | <i>Corona Virus Disease</i> |
| CP | Código Penal |
| DSM | <i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i> |
| EUA | Estados Unidos da América |
| HCR-20 | <i>The Historical, Clinical and Risk Management - 20</i> |
| ICD-10 | <i>International Statistic Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision</i> |
| IDC | <i>Internacional Disability Caucus</i> |
| MG | Minas Gerais |
| n. | Número |
| OEA | Organização dos Estados Americanos |
| OIT | Organização Internacional do Trabalho |
| OMS | Organização Mundial de Saúde |
| ONU | Organização das Nações Unidas |
| OPAS | Organização Pan-americana de Saúde |
| PAILI | Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator |
| PAI-PJ | Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário Portador de Sofrimento Mental |
| PCIPP | Programa de Cuidado Integral ao Paciente Psiquiátrico |
| PI | Piauí |

| | |
|---------|--|
| PNAISP | Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional |
| RAPS | Rede de Atenção Psicossocial |
| RAS | Rede de Atenção à Saúde |
| REMS | <i>Residenza Esecuzione Misura Sicurezza</i> |
| RSB | Reforma Sanitária Brasileira |
| SEJUSP | Secretaria de Estado de Justiça e Segurança Pública |
| SP | São Paulo |
| STJ | Superior Tribunal de Justiça |
| SUAS | Sistema Único de Assistência Social |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| TBS | <i>Terbeschikkingstelling</i> |
| TPAS | Transtorno de personalidade antissocial |
| TSO | <i>Trattamento Sanitario Obbligatorio</i> |
| UNIFESP | Universidade Federal de São Paulo |
| USP | Unidades de Saúde Prisionais |

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| INTRODUÇÃO | 11 |
| 1 TUTELA JURÍDICA DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA E DA PESSOA COM TRANSTORNOS MENTAIS | 14 |
| 1.1 SISTEMA INTERNACIONAL E INTERAMERICANO DE TUTELA DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA | 15 |
| 1.2 A INCLUSÃO DAS PESSOAS COM TRANSTORNOS MENTAIS NO CONCEITO DE PESSOA COM DEFICIÊNCIA | 28 |
| 1.3 SISTEMA BRASILEIRO DE TUTELA DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA E DA PESSOA COM TRANSTORNOS MENTAIS..... | 32 |
| 1.4 DEFINIÇÕES ACERCA DE TRANSTORNO MENTAL, TRANSTORNOS PSICÓTICOS E TRANSTORNOS DE PERSONALIDADE..... | 39 |
| 1.4.1 Espécies de transtornos psicóticos: esquizofrenia, transtornos delirantes persistentes, transtornos psicóticos agudos e transitórios, transtorno delirante induzido, transtorno bipolar, transtorno afetivo bipolar | 44 |
| 1.4.2 Transtorno de personalidade paranoide | 49 |
| 1.4.3 Transtorno de personalidade esquizoide..... | 50 |
| 1.4.4 Transtorno de personalidade esquizotípica | 52 |
| 1.4.5 Transtorno de personalidade borderline | 53 |
| 1.4.6 Transtorno de personalidade antissocial | 54 |
| 2 A PESSOA COM TRANSTORNOS MENTAIS EM CONFLITO COM A LEI NO BRASIL | 57 |
| 2.1 SISTEMA INTERNACIONAL DE PROTEÇÃO DAS PESSOAS ENCARCERADAS COM TRANSTORNOS MENTAIS | 58 |
| 2.2 A LEI PENAL E PROCESSUAL PENAL BRASILEIRA REFERENTE À PESSOA COM TRANSTORNOS MENTAIS EM CONFLITO COM A LEI | 65 |
| 2.2.1 A evolução da atuação estatal na saúde mental do encarcerado e o Serviço de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP)..... | 72 |
| 2.3 O FUNDAMENTO DA PERICULOSIDADE NAS MEDIDAS DE SEGURANÇA...77 | |
| 2.4 ANÁLISE COMPARADA DA LEGISLAÇÃO CRIMINAL BRASILEIRA COM O TRATAMENTO JURÍDICO DA PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL EM CONFLITO COM A LEI NA EUROPA E NOS ESTADOS UNIDOS | 82 |

| | |
|--|------------|
| 3 POSSÍVEIS TRATAMENTOS JURÍDICOS DAS PESSOAS COM TRANSTORNOS MENTAIS EM CONFLITO COM A LEI NO BRASIL, COM FUNDAMENTO NA DIGNIDADE HUMANA | 96 |
| 3.1 A REALIDADE DOS HOSPITAIS DE CUSTÓDIA E ESTABELECIMENTOS SIMILIARES NO BRASIL E O PERFIL DAS PESSOAS INTERNADAS..... | 97 |
| 3.2 CRÍTICAS DOCTRINÁRIAS À CONTINUIDADE DA APLICAÇÃO DO REGIME JURÍDICO PENAL E PROCESSUAL PENAL DA INIMPUTABILIDADE | 108 |
| 3.3 O POSICIONAMENTO DE GUARESCHI E WEIGERT | 124 |
| 3.4 OS PROJETOS PAI-PJ, PAILI E PCIPP | 134 |
| CONCLUSÃO..... | 142 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 146 |

INTRODUÇÃO

Historicamente, as pessoas com transtornos mentais enfrentam grande dificuldade de inserção social; os sintomas das doenças mentais amedrontaram a sociedade por séculos, e, a partir do século XVIII, na Europa, passou-se a defender que essas pessoas deveriam ficar reclusas em ambientes exclusivamente a elas destinados, pois, se defendia que, ali, poderiam ser livres. Assim, a inauguração de diversos manicômios, por muito tempo, foi vista como uma conquista social, pois se tratava de uma forma de defender a sociedade dessas pessoas, ao tempo em que as tratava.

Também no âmbito criminal, criaram-se, na Europa, institutos jurídicos de punição para aqueles que possuíam transtornos mentais e que cometiam crimes, com a finalidade de tratá-los com internações em manicômios judiciários. No Brasil, o instituto da medida de segurança como resposta estatal àquele que é considerado inimputável foi incluído pelo Código Penal de 1940, tendo sido criados diversos hospitais de custódia pelo País, com o intuito de abrigar essas pessoas por prazo indeterminado, enquanto fossem consideradas perigosas.

Entretanto, a ciência psiquiátrica avançou no tratamento dessas pessoas, notadamente, após o advento dos psicofármacos, e a internação em manicômios por longos períodos passou a ser questionada na Europa e, posteriormente, no Brasil, com diversas denúncias de violências, abusos e torturas praticados nesses locais. Na área da saúde, a internação passou a ser uma medida temporária de exceção, e o tratamento ambulatorial em meio aberto passou a ser regra; essas alterações foram consagradas internacionalmente e, no Brasil, especialmente, pela Lei n. 10.216/2001.

Apesar da principal finalidade prevista em lei para a sanção da medida de segurança ser o tratamento do inimputável, o que ocorre, na realidade, é que a internação em Hospitais de Custódia e alas psiquiátricas de presídios pouco contribui no tratamento de saúde dessa população: ao contrário, acaba por cronificar a doença. Além disso, trata-se de locais usualmente precários, superlotados, insalubres, com pouca estrutura de assistência à saúde e social.

No âmbito criminal, no entanto, a internação dos que detêm transtornos psíquicos e cometem crimes continua a ser a regra. A legislação brasileira prevê que a medida de internação é cabível sempre que o considerado inimputável cometer crime punido com reclusão, independentemente da pena prevista para o delito.

Assim, a problemática desta dissertação consiste em examinar se o regime jurídico criminal atual de tratamento dos inimputáveis é compatível com os direitos humanos

fundamentais aplicáveis às pessoas com transtornos mentais as quais cometem crimes, garantindo-lhes condições mínimas de existência digna.

Este trabalho tem como objetivo geral analisar o tratamento jurídico criminal concedido pelo sistema brasileiro às pessoas com transtornos mentais que praticam crimes, sua incompatibilidade com os direitos fundamentais que tutelam esses indivíduos, apresentar a comum situação de violação de direitos humanos fundamentais que os acomete, buscar críticas e propostas doutrinárias de tratamento jurídico com fundamento na dignidade humana, e apresentar os programas existentes no Brasil que têm buscado alterar o tratamento a esse grupo.

Busca-se analisar especialmente o grupo das pessoas com transtornos mentais que cometem crimes, e que por isso são considerados inimputáveis e sancionados à medida de segurança de internação.

O que justifica o estudo do regime jurídico de tratamento da pessoa com transtornos mentais no País é a ampla vulnerabilidade dessa parcela populacional – usualmente submetida a diversas violações de direitos – aliado à inefetividade dos instrumentos normativos atuais para cumprirem o principal fim a que se destinam, que é o tratamento. Além das diversas mazelas decorrentes do encarceramento, que retira dessas pessoas diversos direitos mínimos de existência digna, tal grupo é submetido às violações decorrentes do transtorno mental. A legislação penal e processual penal brasileira, apesar de adotar o discurso de que a principal finalidade das medidas de segurança é o tratamento, não tem alcançado êxito nesse intuito, pois ainda se pauta em premissas discriminatórias e segregacionistas de defesa social e periculosidade, que já foram superadas pela ciência da saúde.

No que se refere à metodologia utilizada, a presente dissertação usou o método bibliográfico, com técnica descritiva, qualitativa e dedutiva, possibilitando análise dos dados colhidos em artigos e documentos, como legislação e pesquisas com dados estatísticos, já publicados em bases científicas, fundamentados por autores que dissertaram sobre o tema, com apoio da legislação pertinente. A técnica usada foi a qualitativa, por analisar e discutir conteúdo de artigos e legislação publicada sobre o tema, fundamentados com textos de autores e pesquisas relacionadas ao assunto em questão.

No primeiro capítulo, apresenta-se a tutela jurídica da pessoa com transtornos mentais. Inicialmente, analisa-se a evolução da tutela da pessoa com deficiência, os documentos do sistema global e regional de direitos humanos que regem o assunto, e busca-se contextualizar a inserção da pessoa com transtornos mentais no conceito de pessoa com deficiência. Analisa-se, também, a legislação pátria, notadamente, a Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei n. 10.216/2001)

e o Estatuto da Pessoa com Deficiência (Lei n. 13.146/2015). Busca-se, ademais, apresentar a definição dos transtornos mentais que costumam ter relação com o cometimento de crimes.

No segundo capítulo, busca-se apresentar a tutela jurídica das pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei. Analisam-se, inicialmente, os documentos do sistema global de direitos humanos relativos às pessoas encarceradas, as regras voltadas à saúde mental e às pessoas com transtornos mentais. Expõe-se, também, a legislação brasileira que rege o inimputável, tanto no âmbito penal como processual penal, e se realiza uma análise comparada da legislação criminal brasileira com o tratamento jurídico da pessoa com transtorno mental em conflito com a lei em países europeus e nos Estados Unidos. Trazem-se, ainda, críticas doutrinárias ao conceito de periculosidade, o qual fundamenta as medidas de segurança.

No terceiro capítulo, apresenta-se um panorama da realidade dos Hospitais de Custódia e alas psiquiátricas no Brasil e o perfil das pessoas internadas, e se busca expor as críticas doutrinárias à continuidade da aplicação do regime jurídico penal e processual penal da inimputabilidade, assim como as sugestões desses autores acerca de possíveis vias de tratamento jurídico das pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei no Brasil, com fundamento na dignidade humana. Analisam-se, além disso, os programas que têm obtido resultados na inserção social dos inimputáveis no País, quais sejam, PAI-PJ, PAILI e PCIPP.

1 TUTELA JURÍDICA DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA E DA PESSOA COM TRANSTORNOS MENTAIS

No presente capítulo, apresenta-se a tutela jurídica da pessoa com transtornos mentais graves, a evolução da tutela da pessoa com deficiência e analisam-se os documentos do sistema global e regional de direitos humanos que regem o assunto, a legislação pátria, notadamente, a Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei n. 10.216/2001) e o Estatuto da Pessoa com Deficiência (Lei n. 13.146/2015).

Especialmente após as duas grandes guerras mundiais, passaram a surgir leis nacionais de tutela da pessoa com deficiência, destinados a proteger, em específico, os sobreviventes de guerra que voltavam mutilados. Passaram a surgir documentos internacionais de tutela das pessoas com deficiência, em sistemas global e regionais de direitos humanos. Esses primeiros documentos de proteção tinham um claro viés biomédico de tratamento da pessoa com deficiência, e buscavam, de forma prioritária, a sua cura; no âmbito do sistema regional de direitos humanos, o documento com maior destaque acerca da deficiência foi a Convenção da Guatemala, de 1999.

A partir do final do século XX, passam a haver movimentos sociais que defendem a mudança no paradigma de tratamento das pessoas com deficiência, e criticam o modelo biomédico. Passa-se a defender o modelo social, que preceitua que a prioridade no tratamento dessas pessoas deve ser a sua inclusão social, e a derrubada das barreiras sociais necessárias à sua ampla participação.

O documento internacional que efetivamente alterou o paradigma de tratamento da deficiência foi a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, de 2007. Essa Convenção foi ratificada pelo Brasil em agosto de 2008, e inspirou a edição do Estatuto da Pessoa com Deficiência.

Apesar dessa Convenção não ter incluído, expressamente, o termo “psicossocial” em seu conceito de deficiência, como foi sugerido pelas organizações sociais que compunham as comissões que debatiam o texto do documento internacional, este permitiu que as pessoas com transtorno mental ou psicossocial pudessem ser incluídas a partir da interpretação desse conceito, a depender da análise de cada país que o aderisse.

Apesar disso, as pessoas que detêm transtornos mentais, ou seja, que apesar de possuírem a capacidade cognitiva plena, possuem alterações de percepção da realidade, total ou parcial, também devem ser consideradas pessoas com deficiência, como defenderam as organizações sociais de pessoas com deficiência que participaram do debate do texto da

Convenção da ONU. Nesse sentido, a Corte Interamericana de Direitos Humanos, ao julgar o Brasil, no Caso Damião Ximenes Lopes, também entendeu serem os detentores de transtornos mentais pessoas com deficiência.

Por outro lado, a luta pelos direitos da pessoa com transtornos mentais passou, na segunda metade do século XX, por movimentos sociais de reforma psiquiátrica na Europa, que denunciavam os abusos acontecidos em manicômios e pregavam o tratamento em meios abertos, com o uso de psicofármacos. No Brasil, tais movimentos redundaram na edição da Lei n. 10.216/2001, também conhecida como “Lei Paulo Delgado” ou “Lei da Reforma Psiquiátrica”. Essa lei, em síntese, previu que a internação psiquiátrica deve ser excepcional e temporária, sendo vedada a internação em estabelecimentos com características asilares.

Abordam-se, outrossim, nesta dissertação, os principais transtornos capazes de afetar a cognição, a ponto de uma pessoa ser considerada inimputável ou semi-imputável. Os transtornos psicóticos são aqueles que, em regra, levam à declaração de inimputabilidade pelas principais características que os marcam, como a presença de delírios e alucinações. Os transtornos de personalidade, por sua vez, são os que, geralmente, podem abalar parcialmente a capacidade de autodeterminação do indivíduo.

1.1 SISTEMA INTERNACIONAL E INTERAMERICANO DE TUTELA DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

O desenvolvimento da tutela dos direitos humanos ocorrido, especialmente, após a Segunda Guerra Mundial, com sua positivação e fortalecimento como resposta aos vários horrores ocorridos, criou diversos sistemas de proteção aos direitos humanos a níveis global e regional e em cada país.

A construção dos direitos humanos foi um processo construído a partir de reivindicações de direitos. Nesse ponto, a partir de quando o homem deixa de ser um súdito para ser um sujeito de direitos, as relações internacionais mudam de perspectiva, pois deixam de ser entendidas apenas sob a ótica do Estado soberano e passam a serem compreendidas do ponto de vista da pessoa humana¹.

A construção dos direitos humanos ocorreu em várias áreas, sendo que os sistemas de tutela se desenvolveram de forma múltipla, em âmbito global, regional e doméstico; apesar disso, o relacionamento entre os diversos sistemas de proteção é complementar, e não

¹ BOBBIO, Norberto. **A era dos direitos**. Tradução de Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004. pp. 07-08.

excludente. Devido ao frequente diálogo e à crescente interação entre juízes nacionais e internacionais, pode-se falar não apenas de sistemas de proteção regionais e internacionais, mas, ainda, de modelos de tutela em vários níveis, cujo sucesso depende da articulação do Direito Constitucional com o Direito Internacional dos direitos humanos².

Conci³ afirma que o inter-relacionamento entre normas nacionais e internacionais se dá mediante uma análise prevalentemente substancial, na qual a norma de direitos humanos mais favorável ao indivíduo deve prevalecer, de modo que se dê primazia à dignidade da pessoa humana, sem análise de hierarquia.

Deve-se aplicar, assim, o princípio *pro homine*, segundo o qual a norma mais protetiva ao indivíduo, se a nacional ou a internacional, deve prevalecer, independentemente do status hierárquico interno que adquirem tratados internacionais de direitos humanos⁴.

Especificamente, no caso dos direitos humanos das pessoas com deficiência, a luta e o reconhecimento de seus direitos são recentes. Historicamente, em relação às pessoas com deficiência, prevaleceu uma realidade de exclusão. Piovesan⁵, ao abordar a evolução dos direitos humanos das pessoas com deficiência, afirma que, historicamente, o tratamento destas pela sociedade pode ser dividido em quatro fases; a primeira fase é marcada pela intolerância com essas pessoas, pois a deficiência significava impureza ou castigo divino; o segundo período foi regido pela indiferença, porquanto esses sujeitos eram invisíveis, ignorados pela sociedade; na terceira fase, a sociedade passou a vê-los de forma assistencialista, com uma ótica biológica e médica, entendendo que a deficiência era uma doença a ser curada. No quarto período, houve a priorização da inclusão social da pessoa com deficiência no meio social e a busca da eliminação das barreiras da sociedade que dificultam o exercício de seus direitos.

Como regra, a sobrevivência das pessoas com deficiência, em todas as épocas e no mundo todo, tem sido uma verdadeira epopeia, uma luta quase que completamente ignorada pela sociedade e pelos governos, nas mais diversas culturas, nos muitos séculos da existência

² ALVARADO, Paola Andrea Acosta. El diálogo judicial interamericano, un camino de doble vía hacia la protección efectiva. In: MEZZETTI, Luca; CONCI, Luiz Guilherme Arcaro. **Diálogo entre cortes: a jurisprudência nacional e internacional como fator de aproximação de ordens jurídicas em um mundo cosmopolita**. Brasília: Ordem dos Advogados do Brasil, 2015. p. 501-530. Disponível em: <http://www.oab.org.br/publicacoes/pesquisa?termoPesquisa=arcaro#000000610>. Acesso em: 09 out. 2020. p. 254.

³ CONCI, Luiz Guilherme Arcaro. Controle de convencionalidade e o Diálogo entre ordens internacionais e constitucionais comunicantes - Por uma abertura crítica do Direito brasileiro ao Sistema Interamericano de proteção de direitos humanos. In: COELHO, Marcus Vinicius Furtado (org.). **Reflexões sobre a Constituição – Uma homenagem da advocacia brasileira**. 1. ed. Brasília: Leya, 2013. v. 1. p. 223.

⁴ Ibidem, p. 233.

⁵ PIOVESAN, Flávia. **Temas de Direitos Humanos**. 5. ed. São Paulo: Saraiva, 2012. p. 381.

do homem. Trata-se de uma verdadeira saga melancólica e ignorada, não por desconhecimento accidental ou por ausência de informações, mas por não se desejar sabê-la⁶.

A preocupação em tutelar os direitos das pessoas com deficiência surgiu, especialmente, a partir do século XX, após as duas grandes guerras, cujas consequências foram o surgimento de enorme número de pessoas com deficiências decorrentes do combate⁷.

Notadamente, após a Segunda Guerra Mundial, inúmeros soldados retornavam para casa com deficiências múltiplas decorrentes do combate. Esse grupo, que voltava para seus países como heróis, passou a exigir serviços de acessibilidade das cidades e reabilitação para sua integração⁸.

Os esforços para a ajuda das incontáveis pessoas mutiladas e acidentadas iniciaram após a Primeira Guerra Mundial, tendo a Inglaterra criado a Comissão Central da Grã-Bretanha para Cuidado do Deficiente. Nos Estados Unidos, por sua vez, em razão dos vários envolvimento em guerras, criou-se, em 1917, para atendimento dos militares com deficiência, a instituição denominada *Red Cross Institute for the Crippled and Disabled Men* que, posteriormente, também viria a atender civis. Também na França, a partir de 1918, desenvolveram-se programas de assistência e reabilitação, priorizando os mutilados de guerra ao acesso em cargos públicos, na obtenção de empregos, nos cuidados médicos, entre outros⁹. Como afirma Silva¹⁰, as diretrizes montadas para o tratamento de soldados influenciaram de forma direta o tratamento e a assistência das pessoas com deficiência não militares.

Em âmbito global, vários instrumentos jurídicos de tutela das pessoas com deficiência foram criados, notadamente, no âmbito da Organização das Nações Unidas. A Recomendação n. 99, que trata da Reabilitação das Pessoas Deficientes, foi editada no ano de 1955, pela Organização Internacional do Trabalho. A Assembleia Geral da ONU aprovou a Declaração dos Direitos do Deficiente Mental, em 1971, e a Declaração dos Direitos das Pessoas Deficientes, em 1975. A Convenção n. 159, que trata da Reabilitação Profissional e Emprego de Pessoas Deficientes, foi aprovada pela OIT, em 1983¹¹. Tais documentos internacionais – assim como a Convenção Interamericana para a Eliminação de Todas as Formas de

⁶ SILVA, Otto Marques. **A Epopeia Ignorada** – A Pessoa Deficiente na História do Mundo de Ontem e de Hoje. 1. ed. São Paulo: CEDAS, 1987. p. 14.

⁷ ARAUJO, Luiz Alberto David. **A proteção constitucional das pessoas portadoras de deficiência**. 4. ed. Brasília: CORDE, 2011. p. 08.

⁸ DAMASCENO, Luiz Rogerio da Silva. Direitos humanos e proteção dos direitos das pessoas com deficiência. Evolução dos sistemas global e regional de proteção. **Jus**, 2014. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/32710/direitos-humanos-e-protecao-dos-direitos-das-pessoas-com-deficiencia>. Acesso em: 10 set. 2019. s.p.

⁹ SILVA, O. M., op. cit., p. 214.

¹⁰ Ibidem, p. 214.

¹¹ DAMASCENO, op. cit.

Discriminação contra as Pessoas Portadoras de Deficiência, também conhecida como Convenção de Guatemala, de 28 de maio de 1999 – possuem uma perspectiva biomédica de tratamento da pessoa com deficiência, para que, dessa forma, ela possa interagir na sociedade e não sofrer preconceitos.

A Convenção da Guatemala, em síntese, define a deficiência e a discriminação negativa e positiva, estabelecendo como objetivo a prevenção e a eliminação de todas as formas de discriminação contra as pessoas com deficiência e propiciando a sua plena integração à sociedade¹².

A supracitada Convenção reafirma que as pessoas com deficiência têm os mesmos direitos humanos e liberdades fundamentais que outras pessoas, e que esses direitos – inclusive o direito de não serem discriminadas – decorrem da dignidade e da igualdade que são inerentes à pessoa humana, prevendo medidas estatais a serem tomadas para eliminar a discriminação e o preconceito com as pessoas com deficiência e, para, efetivamente, integrá-los na sociedade, promover sua autonomia, além de prevenir a deficiência e tratar e reabilitar pessoas com deficiência. Dispõe, ademais, sobre meios de acompanhamento dos compromissos assumidos na Convenção¹³.

Referido documento adotou uma definição mais ampla de tratamento da pessoa com deficiência, que passou a corresponder a qualquer restrição física, mental ou sensorial que restringe a capacidade de exercer atividades diárias, permanentes ou transitórias¹⁴.

O Brasil, como integrante do Sistema Interamericano de Direitos Humanos, optou por ratificá-la por meio do Decreto n. 3.956, de 08 de outubro de 2001, cujo documento internacional tem relevância histórica no âmbito interno, pois, além de ter antecedido a Convenção da ONU destinada a esse grupo, estabeleceu um patamar mínimo de respeito e igualdade a uma minoria historicamente violada em seus direitos mínimos.

A alteração da visão biomédica para a social de tratamento da pessoa com deficiência iniciou-se quando Paul Hunt, sociólogo e detentor de deficiência física, no Reino Unido, escreveu uma carta ao jornal *The Guardian*, em 20 de setembro de 1972, com o seguinte teor:

¹² BRASIL. **Decreto n. 3.956, de 8 de outubro de 2001**. Promulga a Convenção Interamericana para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Pessoas Portadoras de Deficiência. Brasília, DF: Presidência da República, [2020]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2001/D3956.htm. Acesso em: 25 jan. 2020.

¹³ Ibidem.

¹⁴ SILVEIRA, Vladimir Oliveira da. Direitos Humanos Fundamentais das Pessoas com Deficiência. **Revista Direito UFMS**, v. 1, n. 1, Ed. Especial, pp. 103-130, jan.-jun. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.21671/rdufms.v1i1.1235>. Acesso em: 16 fev. 2021. p. 114.

Senhor Editor, as pessoas com lesões físicas severas encontram-se isoladas em instituições sem as menores condições, onde suas ideias são ignoradas, onde estão sujeitas ao autoritarismo e, comumente, a cruéis regimes. Proponho a formação de um grupo de pessoas que leve ao Parlamento as ideias das pessoas que, hoje, vivem nessas instituições e das que potencialmente irão substituí-las. Atenciosamente, Paul Hunt¹⁵.

Tal carta, respondida por várias pessoas, revolucionou o tratamento da pessoa com deficiência e resultou na criação da primeira organização política formada por tais indivíduos, a Liga dos Lesados Físicos Contra a Segregação – UPIAS. As instituições até então existentes eram destinadas às pessoas com deficiência, mas não formadas por elas, e tinham como principal objetivo o confinamento dessas pessoas, afastá-las do convívio social ou tratá-las, para, então, serem devolvidas às famílias¹⁶.

A UPIAS foi a primeira entidade que resistiu política e intelectualmente ao modelo médico de compreensão da deficiência, sustentando que, diferentemente da abordagem médica, a deficiência não era um problema individual ou uma tragédia pessoal, mas, sim, uma questão social. A partir dessa nova compreensão, a opressão experimentada por essas pessoas não mais era decorrente de sua deficiência, mas da incapacidade social de incorporar a diversidade¹⁷.

O movimento político surgido com a UPIAS redefiniu a deficiência em termos sociológicos, e não mais estritamente médicos. A opressão passou a ser vista como decorrência do ambiente social adverso à diversidade física, o que representou um marco no tratamento da pessoa com deficiência, pois foi a partir desse movimento que a deficiência foi entendida como forma de opressão social, similar àquela sofrida por outros grupos minoritários, como mulheres e negros. Após quatro anos de trabalho, a UPIAS formulou propostas de novos conceitos de lesão e deficiência.¹⁸

Nessa nova linguagem, a lesão seria um dado do corpo, sem qualquer juízo de valor; a deficiência, por sua vez, seria a exclusão social resultante da interação de um corpo com lesão com ambiente social discriminatório. De acordo com o documento original da própria UPIAS,

Impairment: lacking part of or all of a limb, or having a defective limb, organ or mechanism of the body and; Disability: the disadvantage or restriction of activity caused by a contemporary social organisation which takes no or little account of people who have physical impairments and thus excludes them from participation in

¹⁵ CAMPBELL, Jane. **Growing Pains: Disability politics - the journey explained and described**. 1996. Disponível em: <https://www.independentliving.org/docs6/campbell1996.html>. Acesso em: 07 jan. 2021.

¹⁶ DINIZ, Débora. **O que é Deficiência**. 2007. Disponível em: http://www.museusaccessiveis.com.br/arquivosDown/20190204153017_o_que_e_deficiencia.pdf. Acesso em: 07 jan. 2019. p. 07.

¹⁷ Ibidem, pp. 07-08.

¹⁸ Ibidem, p. 08.

the mainstream of social activities. Physical disability is therefore a particular form of social oppression.¹⁹

Com essa diferenciação, tal grupo buscava, em primeiro lugar, separar os saberes médicos dos sociais sustentando que, enquanto a lesão expressava a biologia humana isenta de valores, a deficiência era decorrente da discriminação social. Em segundo lugar, objetivava-se construir um modelo social de deficiência, no qual essa não era decorrência de desigualdades naturais, mas do tratamento social discriminatório e excludente²⁰.

Enquanto o avanço no tratamento das lesões deveria ser buscado pela medicina, o progresso no tratamento da deficiência deveria ocorrer com políticas públicas de inclusão e o reconhecimento de direitos, tendo havido uma ruptura absoluta entre os dois conceitos. Exemplificando o modelo social de deficiência, Oliver, integrante da UPIAS, afirmava²¹,

[...] In the broadest sense, the social model of disability is about nothing more complicated than a clear focus on the economic, environmental and cultural barriers encountered by people who are viewed by others as having some form of impairment – whether physical, sensory or intellectual. The barriers disabled people encounter include inaccessible education systems, working environments, inadequate disability benefits, discriminatory health and social support services, inaccessible transport, houses and public buildings and amenities, and the devaluing of disabled people through negative images in the media – films, television and newspapers. Hence, the cultural environment in which we all grow up usually sees impairment as unattractive and unwanted. Consequently, parent's feelings towards, and treatment of, a child born with an impairment are dependent upon what they have learned about disability from

¹⁹ “Lesão: a ausência de parte ou a totalidade de um membro, ou ter um membro, órgão ou mecanismo do corpo defeituoso e; Deficiência: a desvantagem ou restrição da atividade causada por uma organização social contemporânea que pouco ou pouco leva em consideração as pessoas com deficiência física e, portanto, as exclui da participação nas atividades sociais normais. A deficiência física é, portanto, uma forma particular de opressão social” (tradução nossa). THE UNION OF THE PHYSICALLY IMPAIRED AGAINST SEGREGATION (UPIAS) AND THE DISABILITY ALLIANCE. *Fundamental Principles of Disability*. (This unabridged version was electronically scanned and reformatted from the original document by Mark Priestley, in consultation with Vic Finkelstein and Ken Davis (October 1997)). UPIAS, 1975, p. 06. Disponível em: <https://disability-studies.leeds.ac.uk/wp-content/uploads/sites/40/library/UPIAS-Disability-Challenge1.pdf>. Acesso em 05 jan. 2021.

²⁰ DINIZ, op. cit., p. 9.

²¹ “No sentido mais amplo, o modelo social da deficiência não é nada mais complicado do que um foco claro nas barreiras econômicas, ambientais e culturais encontradas por pessoas que são vistas por outros como tendo alguma forma de deficiência - seja física, sensorial ou intelectual. As barreiras que as pessoas com deficiência encontram incluem sistemas de educação inacessíveis, ambientes de trabalho, benefícios inadequados para deficientes, serviços discriminatórios de saúde e apoio social, transporte inacessível, casas e edifícios públicos e amenidades, e a desvalorização de pessoas com deficiência por meio de imagens negativas na mídia - filmes, televisão e jornais. Consequentemente, o ambiente cultural em que todos nós crescemos geralmente vê a deficiência como algo pouco atraente e indesejado. Consequentemente, os sentimentos dos pais e o tratamento de uma criança nascida com deficiência dependem do que aprenderam sobre a deficiência com o mundo ao seu redor. Além disso, as pessoas que adquirem deficiência mais tarde na vida já estão imersas no ponto de vista da tragédia pessoal e, portanto, não é surpreendente que muitos desses indivíduos tenham dificuldade em saber como responder de qualquer outra forma” (Tradução nossa). OLIVER, M. *The Social Model in Action: if I had a hammer*. In: BARNES, C.; MERCER, G. **Implementing the Social Model of Disability: Theory and Research**. Leeds: The Disability Press, 2004. pp. 18-31. Disponível em: <https://disability-studies.leeds.ac.uk/wp-content/uploads/sites/40/library/Barnes-implementing-the-social-model-chapter-2.pdf>. Acesso em: 04 dez. 2020. p. 30.

the world around them. Moreover, people who acquire impairment later in life have already been immersed in the personal tragedy viewpoint and it is not therefore surprising that many of these individuals find it difficult to know how to respond in any other way.

As principais premissas da primeira fase do modelo social mantiveram-se livres de críticas por quase duas décadas. A ideia de que as desvantagens sofridas pela pessoa com deficiência eram decorrentes das barreiras e dos preconceitos sociais e que, se estes acabassem, essa seria independente e produtiva, passou a ser alvo de críticas pela segunda fase desse modelo, cujas censuras eram capitaneadas por Eva Kittay, que desestabilizou algumas das premissas da primeira geração, buscando revigorá-lo e expandi-lo, e não o extinguir. Aparentemente, havia uma harmonia entre os estudos de gênero e a teoria do modelo social, sendo que aqueles inspiraram este; entendeu-se que, assim como as mulheres eram oprimidas em razão do sexo, as pessoas com deficiência também o eram, em razão das lesões do corpo, sendo ambos minorias sociais²².

Observa-se que os teóricos com deficiência da primeira fase eram homens com lesão medular, os quais rejeitavam não apenas a visão médica que buscava a cura da lesão, como qualquer atitude de caridade e apoio, uma vez que defendiam serem estas desnecessárias, bastando a retirada das barreiras sociais para o livre desenvolvimento de suas capacidades, inclusive, produtivas²³.

Para Kittay²⁴, ainda que as barreiras sociais fossem totalmente eliminadas, não se poderia afirmar que as pessoas com deficiência desenvolveriam sua plena capacidade produtiva, sustentando a referida autora que, ao contrário, parcela relevante dessas pessoas nunca seriam plenamente independentes ou capazes para o trabalho, a despeito da derrubada de barreiras sociais.

Em razão disso, argumenta a autora supracitada²⁵, que a priorização da independência na luta de direitos para as pessoas com deficiência é um ideal perverso, pois muitos são incapazes de atingi-lo. Além disso, todas as pessoas são dependentes em diferentes momentos da vida, seja quando criança, idoso ou quando debilitado por doenças, razão pela qual se passou a defender que tal circunstância iguala todos os indivíduos e que a igualdade pela interdependência constitui um princípio mais adequado para decidir acerca de temas de justiça para a deficiência. Nesse sentido, a autora supracitada afirma que uma sociedade justa deveria

²² DINIZ, op. cit., pp. 26-27.

²³ Ibidem, p. 26.

²⁴ KITTAY, Eva Feder. **Love's Labor: Essays on Women, Equality and Dependency**. 2. ed. New York: Routledge, 2020. pp. 137-138.

²⁵ Ibidem, pp. 149-150.

levar em consideração o cuidado e a interdependência como princípios de justiça, sendo que a dependência é inerente à vida de qualquer ser humano em algum momento.

Em uma sociedade justa, é necessário garantir o cuidado às pessoas com deficiência. Há pessoas com deficiência que necessitam de cuidados constantes para sobreviver e ajustes sociais não são capazes de resolver muitas desigualdades no campo da deficiência. A proteção da vulnerabilidade e dependência de muitas pessoas com deficiência apenas pode ser garantida por obrigações morais, como o respeito aos direitos humanos²⁶.

Para Diniz²⁷, foi a visão de Kittay que revelou que, além da opressão direcionada ao corpo deficiente, há nessa desigualdade outras variáveis, como o gênero, a raça, a idade e a orientação sexual. Os primeiros teóricos do modelo social da deficiência pertenciam a um grupo específico de pessoas com deficiência, homens e membros da elite social, e sua análise decorria dessa perspectiva de gênero e de classe. Aponta-se que a experiência e a perspectiva de uma mulher com deficiência, de um homem pobre negro com deficiência é diferente dos homens com lesões na medula que compunham a UPIAS.

O modelo social revolucionou o tratamento das pessoas com deficiência que, até então, eram quase completamente invisíveis e oprimidas, propondo mecanismos políticos para viabilizar essa transformação, revelando a opressão e a discriminação sofrida pelas pessoas com deficiência, e sugerindo como solução a retirada das barreiras sociais que impedem o desenvolvimento e a participação social dessa população.

As perspectivas de Kittay sobre a deficiência alargaram e reformularam o ponto de vista do modelo social, criticando sua primeira fase, formada a partir da perspectiva de teóricos homens e com boa condição social; trouxe a ideia de que, nem sempre, a busca da independência será a solução para o pleno desenvolvimento das pessoas com deficiência, sendo necessário garantir o cuidado como princípio de justiça, significando que a dependência é inerente à história de vida de qualquer indivíduo, e não apenas dessas pessoas.

Esse modelo social de tratamento da pessoa com deficiência influenciou diretamente a redação da Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova Iorque, em 30 de março de 2007. O novo modelo social de deficiência deixou de enxergar a pessoa com deficiência tão somente como um indivíduo desprivilegiado pelas restrições corporais e passou a entender que a sociedade oprime

²⁶ KITTAY, op. cit, p. 273.

²⁷ DINIZ, op. cit., p. 27.

as pessoas com deficiência, com a cultura da normalidade, impondo barreiras e impedimentos nos ambientes, criando uma relação de desigualdade²⁸.

Chiriboga²⁹, presidente do comitê *ad hoc* que nos anos de 2002 a 2005, foi responsável pelo projeto de elaboração da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, ao ser entrevistado pela Revista Sur, narrou que o grande diferencial desse documento internacional foi a participação ampla das pessoas com deficiência nos debates e negociações de seu texto, com o lema “*Nada de nós sem nós*”. Na entrevista, Chiriboga ressaltou que a abrangência universal da Convenção atinge, além daqueles que nascem com deficiência, os que a adquirem durante a vida (em razão de diversos fatores, como acidentes e doenças), abrangendo as diversas deficiências relacionadas ao envelhecimento. A abertura à sociedade civil foi a melhor alternativa encontrada para elaborar uma Convenção que pretendia melhorar a vida de 650 milhões de pessoas em todo o mundo, pois os delegados dos países não tinham tanto conhecimento dos graves problemas enfrentados por essas pessoas. As próprias pessoas com deficiência eram quem melhor poderiam transmitir suas necessidades, vivências e problemas.

Em todas as oportunidades, nas quais membros da *Internacional Disability Caucus* – IDC – manifestavam-se em plenário, repetiam “Nothing about us, without us”, isto é, nada sobre nós, sem nós; tal reivindicação, de que nenhum processo fosse realizado sem a participação das próprias pessoas com deficiência e de suas organizações, foi exitosa, e um terço do grupo de trabalho criado para sugerir o texto do documento internacional de proteção das pessoas com deficiência foi formado pela sociedade civil³⁰.

Segundo Dhanda³¹, participante do processo de elaboração da Convenção, a grande contribuição da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência para tal grupo foi a mudança da ótica de assistência para a ótica dos direitos. Afirma a autora supracitada que a Convenção inseriu a igualdade para dar o mesmo e o diferente às pessoas com deficiência; além disso, inseriu a ideia de que a deficiência é parte de uma experiência humana e reconheceu a

²⁸ DINIZ, Debora; BARBOSA, Livia; SANTOS, Wederson Rufino dos. Deficiência, Direitos Humanos e Justiça. **Sur. – Revista internacional de Direitos Humanos**, v. 06, n. 11, São Paulo, dez. 2009. Disponível em: <https://sur.conectas.org/wp-content/uploads/2017/11/sur11-port-completa.pdf>. Acesso em: 16 dez. 2019. p. 65 e 69.

²⁹ CHIRIBOGA, Luis Gallegos. Entrevista concedida a Regina Atalla e traduzida por Claudia Schilling. **Sur – Revista Internacional de Direitos Humanos**, v. 08, n. 14, São Paulo, jun. 2011. Disponível em: <https://sur.conectas.org/wp-content/uploads/2017/11/sur14-port-completa.pdf>. Acesso em: 16 dez. 2019.

³⁰ LOPES, Laís Vanessa Carvalho de Figueiredo. **Convenção sobre os direitos das pessoas com deficiência da ONU, seu protocolo facultativo e a acessibilidade**. 2009. 229 f. Dissertação (Mestrado em Direitos Humanos) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2009. pp. 54-56.

³¹ DHANDA, Amita. Construindo um novo léxico dos direitos humanos: convenção sobre os direitos das pessoas com deficiências. **Sur. – Revista internacional de Direitos Humanos**, v. 02, n. 08, São Paulo, jan. 2005, pp. 43-60. Disponível em: <https://sur.conectas.org/wp-content/uploads/2017/11/sur8-port-completa.pdf>. Acesso em: 16 jan. 2020. p. 45.

autonomia apoiada para esse grupo. Em seu preâmbulo, o documento esclareceu que a deficiência é um conceito em evolução e é resultado das barreiras sociais na interação das pessoas com deficiência, tratando-se de referência à perspectiva apresentada pelo modelo social, veja-se a transcrição do texto da Convenção:

[...]

e) Reconhecendo que a deficiência é um conceito em evolução e que a deficiência resulta da interação entre pessoas com deficiência e as barreiras devidas às atitudes e ao ambiente que impedem a plena e efetiva participação dessas pessoas na sociedade em igualdade de oportunidades com as demais pessoas [...]³²

Apesar do reconhecimento de que o conceito de deficiência está em evolução, a Convenção optou por apresentar um conceito em seu artigo 1º:

Pessoas com deficiência são aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas³³

A Convenção prevê direitos políticos, civis, econômicos, sociais, culturais e outros direitos específicos, criando uma moldura de direitos humanos das pessoas com deficiência, prevendo poderes e direitos mínimos para bem viver no âmbito físico, moral e intelectual; tais direitos, além de indivisíveis e interdependentes, são universais³⁴.

No rol de direitos civis e políticos trazidos pela Convenção apontam-se o direito à igualdade e à não-discriminação, previsto no artigo 5º; o direito à vida, previsto no artigo 10; o direito a ser reconhecido como igual perante a lei, previsto no artigo 12; o direito ao acesso à justiça, previsto no artigo 13; o direito à liberdade e segurança da pessoa com deficiência, previsto no artigo 14; a prevenção contra a tortura, ou outros tratamentos e penas cruéis, desumanos ou degradantes, previsto no artigo 15; a prevenção contra a exploração, a violência e o abuso contra as pessoas com deficiência, previsto no artigo 16; a proteção da integridade da pessoa com deficiência, previsto no artigo 17; o direito à liberdade de movimentação e nacionalidade, previsto no artigo 18; o direito a uma vida independente e inclusão na comunidade, previsto no artigo 19; o direito à mobilidade pessoal, previsto no artigo 20; o

³² BRASIL. **Decreto n. 6.949, de 25 de agosto de 2009**. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. Brasília, DF: Presidência da República, [2019]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm. Acesso: 10 jan. 2019.

³³ BRASIL, 2009, op. cit.

³⁴ LOPES, 2009, op. cit., p. 101.

direito à liberdade de expressão e de opinião e acesso à informação, previsto no artigo 21; o respeito à privacidade, previsto no artigo 22; o respeito pelo lar e pela família, previsto no artigo 23; o direito à participação na vida política e pública, prevista no artigo 29³⁵.

Um dos pontos polêmicos aprovados pela Convenção foi, justamente, a capacidade civil das pessoas com deficiência (artigo 12). Os Estados Partes devem reconhecer que as pessoas com deficiência, em todos os aspectos da vida, possuem capacidade legal, em igualdade de condições com as demais pessoas, bem como que muitas pessoas com deficiências podem ter dificuldade em exercer sua capacidade civil plena, e, no exercício da capacidade, quando necessário, pode ocorrer a tomada de decisões de forma apoiada³⁶.

Como em muitos países, estes direitos, referentes ao exercício da capacidade, são negados às pessoas com deficiência intelectual e com transtornos psicossociais, lutou-se pela inclusão explícita desse direito na Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, inspirando-se no exemplo da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher³⁷.

A nova visão inserida pela Convenção de que, caso necessário, as decisões das pessoas com deficiência podem ocorrer de forma apoiada, reflete a perspectiva maior desse documento internacional que é centrado nos direitos, e não no assistencialismo³⁸.

Segundo Dhanda³⁹, as pessoas com deficiência necessitam de buscar apoio de forma explícita, o que não significa uma declaração de incapacidade. Esse novo modelo trazido pela Convenção, emancipatório, permite que a pessoa com deficiência reconheça suas limitações sem ser diminuída. Para Dhanda, a autoconfiança e a independência da vida humana é um mito; todos os seres humanos são interdependentes, se considerada a integralidade de sua existência, sendo a infância, a adolescência e a velhice, modelos evidentes da vulnerabilidade humana.

Nesse ponto, observa-se que, muitas vezes, a visão da pessoa com deficiência como inferior ou com pesar produz sérias violações de direitos humanos, com sua infantilização ou com tratamento invasivo, com desrespeito à privacidade. Em muitas dessas situações, as formas de apoio daqueles que auxiliam pessoas com deficiência, são contraproducentes por anularem a possibilidade de tomada de decisões e a própria personalidade da pessoa com deficiência, tratando-se de verdadeira situação de representação, e não de apoio⁴⁰.

³⁵ BRASIL, 2009, op. cit.

³⁶ BRASIL, 2009, op. cit.

³⁷ LOPES, 2009, op. cit., p. 105.

³⁸ Ibidem, pp. 106-107.

³⁹ DHANDA, op. cit., p. 50.

⁴⁰ LOPES, 2009, op. cit., p. 109.

Em nome de uma pretensa proteção, subjuga-se a vontade dessas pessoas, devido a ideias pré-concebidas de que elas detêm a capacidade de tomada de decisões prejudicada, suprimindo sua autonomia para decidir aspectos corriqueiros de sua vida⁴¹.

Outro importante direito civil previsto na Convenção Sobre Direitos das Pessoas com Deficiência refere-se à garantia da autonomia da pessoa com deficiência para casar, estabelecer família e ter filhos, previsto no artigo 23. Historicamente, tais direitos foram comumente retirados dessas pessoas, por meio de políticas oficiais de esterilização dessas mulheres, no decorrer do século XX em diversos países, como Rússia, Estados Unidos⁴² e Japão⁴³.

No que se refere aos direitos políticos, a Convenção assegura, em seu artigo 29, o direito de participarem na vida política, incluindo não apenas o direito de votar e ser votado, mas, ainda, prevendo a necessidade de serem tomadas as medidas necessárias que viabilizem o acesso e a livre expressão de sua vontade durante a votação. A ideia que rege tal direito à participação política é a de que quanto maior o acesso ao poder pelas pessoas com deficiência, mais os seus direitos serão respeitados⁴⁴.

Deve-se ressaltar que o efetivo exercício dos direitos civis e políticos depende de acessibilidade, tendo a Convenção se preocupado em prever que a estrutura arquitetônica garanta o direito de ir e vir, e garanta o acesso aos canais de comunicação, conforme previsões do artigo 20 e 21. Nessas circunstâncias, também, o exercício do direito à liberdade de expressão depende do acesso à informação e da possibilidade de exprimir sua opinião⁴⁵.

No que se refere aos direitos sociais, econômicos e culturais, a Convenção supracitada previu o direito à educação, em seu artigo 24; o direito à saúde, previsto em seu artigo 25; o direito à habilitação e à reabilitação, previsto em seu artigo 26; o direito ao trabalho e ao emprego, previsto em seu artigo 27; o direito a um padrão de vida e proteção social adequados, previsto em seu artigo 28; e o direito à participação na vida cultural, no esporte, no lazer e na recreação, previsto em seu artigo 30⁴⁶.

⁴¹ FERRAZ, Carolina Valença; SILVA NETTO, Manuel Camelo Ferreira da. A pessoa com deficiência e o exercício da parentalidade: o direito à reprodução e ao planejamento familiar sob a ótica da diversidade funcional. **Revista Direito UFMS**, v. 4, n. 1, pp. 139-154, jan.-jun. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.21671/rdufms.v4i1.5158>. Acesso em: 16 fev. 2021. p. 141.

⁴² ROSENTHAL, Keith. A Revolução Russa e os deficientes. **Revista Outubro**, n. 30, pp. 143-171, maio de 2018. Disponível em: http://outubrorevista.com.br/wp-content/uploads/2018/05/07_Keith-Rosenthal.pdf. Acesso: 24 jan. 2020.

⁴³ CORREIO BRAZILIENSE. **Parlamento japonês aprova indenização de vítimas de esterilização forçada**. Disponível em: https://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/mundo/2019/04/24/interna_mundo,751208/japao-aprova-indenizacao-de-vitimas-de-esterilizacao-forcada.shtml. Acesso: 21 jan. 2020.

⁴⁴ LOPES, 2009, op. cit., p. 105.

⁴⁵ Ibidem, p. 108.

⁴⁶ BRASIL, 2009, op. cit.

O primeiro direito social mencionado pela Convenção supra – o direito à educação – revela a clara mudança da perspectiva médica para o modelo social de tratamento da pessoa com deficiência; sua educação deve ser, prioritariamente, no espaço destinado aos demais indivíduos, com a clara intenção integrativa⁴⁷, sendo de competência dos Estados assegurar o acesso ao ensino primário inclusivo, de qualidade e gratuito, e ao ensino secundário, em igualdade de condições com os demais sujeitos na comunidade em que vivem⁴⁸.

Em seu artigo 25, assegura às pessoas com deficiência o acesso a serviços de saúde, sem qualquer discriminação, inclusive, nos programas de saúde pública destinados à população em geral e nas políticas relacionadas à saúde sexual e reprodutiva. O artigo 26 da Convenção prevê o direito à habilitação e à reabilitação, isto é, o direito das pessoas com deficiência de conquistarem e manterem o máximo de autonomia e plena capacidade física, mental, social e profissional, bem como a plena inclusão e participação social⁴⁹.

A Convenção foi fortemente inspirada pelos textos das Convenções da Organização Mundial do Trabalho, ao dispor sobre o trabalho e o emprego em seu artigo 27⁵⁰, além de garantir o direito ao trabalho livre, em igualdade de oportunidades em relação às demais pessoas, sem discriminação, prevê o acesso a programas de formação e orientação profissional e a necessidade de promoção de políticas afirmativas que promovam o emprego das pessoas com deficiência⁵¹.

O supracitado artigo 27 incluiu no conceito de pessoas com deficiência não apenas as que já possuíam deficiência antes do trabalho, mas também aquelas que adquiriam a deficiência em razão do próprio trabalho. Os demais direitos sociais, econômicos e culturais previstos na referida Convenção trazem a perspectiva de inclusão total das pessoas com deficiência em todas as atividades sociais, culturais, de esporte e de lazer, consagrando o termo pessoa com deficiência ao invés de qualquer outra denominação.

De acordo com Sasaki⁵², a opção pela escolha da expressão “pessoas com deficiência” fundamentou-se em alguns princípios básicos dos movimentos sociais que influenciaram a supracitada Convenção; buscava-se não esconder a deficiência, não aceitar a ideia de que todos têm deficiência, mas sim mostrar a realidade da deficiência com dignidade, valorizando as diferenças e necessidades dela decorrentes.

⁴⁷ LOPES, 2009, op. cit., p. 112.

⁴⁸ BRASIL, 2009, op. cit.

⁴⁹ Ibidem.

⁵⁰ LOPES, 2009, op. cit., p. 114.

⁵¹ BRASIL, 2009, op. cit.

⁵² SASSAKI, Romeu Kazumi. Como chamar as pessoas que têm deficiência? *In*: SASSAKI, Romeu Kazumi. **Vida independente**: história, movimento, liderança, conceito, filosofia e fundamentos. São Paulo: RNR, 2003. p. 14.

Buscou-se, ademais, com a adoção do mencionado termo, combater neologismos que buscam diminuir as diferenças das pessoas com deficiência, como pessoas especiais, com capacidades especiais, com habilidades diferenciadas, entre outros termos que escondem as diferenças desses indivíduos. Outro motivo da escolha da expressão “pessoa com deficiência” foi a necessidade de defesa da igualdade material desse grupo com as demais pessoas, e, simultaneamente, de apontar as diferenças existentes; essa diferenciação é necessária para se exigir do Estado ações que diminuam as restrições à inserção social⁵³.

No Brasil, referida Convenção e seu Protocolo Facultativo foram ratificados por meio do Decreto Legislativo n. 186/2008, promulgados pelo Decreto n. 6.949, de 25 de agosto de 2009, sendo a primeira inserida no ordenamento jurídico interno com o *status* de Emenda Constitucional por tratar de direitos humanos, como possibilitou o artigo 5º, § 3º, da Constituição Federal de 1988, cujo parágrafo foi inserido pela Emenda Constitucional n. 45/2004.

A Lei n. 13.146, de 6 de julho de 2015, denominada de Estatuto da Pessoa com Deficiência, foi inspirada na Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência, baseando-se no modelo social de tratamento da pessoa com deficiência, adotando como cerne a promoção da dignidade e da liberdade da pessoa com deficiência, amenizando a visão de vulnerabilidade, comumente vinculada a esses sujeitos; além disso, reformulou, de forma drástica, institutos jurídicos relativos à incapacidade civil desse grupo⁵⁴.

A proteção dos direitos das pessoas com deficiência, apesar de trilhar um caminho recente, tem se afirmado no âmbito do sistema regional e internacional dos direitos humanos, com diversos documentos internacionais, com importantes reflexos no direito interno.

1.2 A INCLUSÃO DAS PESSOAS COM TRANSTORNOS MENTAIS NO CONCEITO DE PESSOA COM DEFICIÊNCIA

No conceito adotado pela Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência, observa-se que houve distinção entre deficiência mental e deficiência intelectual. Durante os debates do texto da Convenção, a sociedade civil internacional propôs que o termo “mental” fosse substituído pelo termo “intelectual”, para bem diferenciar a deficiência mental da doença

⁵³ SASSAKI, 2003, op. cit., p. 14.

⁵⁴ COSTA, Klecyus Weyne De Oliveira. A Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa Com Deficiência e o Regime das Incapacidades no Código Civil, pp. 173-212. **Cadernos do Ministério Público Estadual do Ceará**. Disponível: <http://www.mpce.mp.br/wp-content/uploads/2017/07/4-A-Lei-Brasileira-de-Inclus%C3%A3o-da.pdf>. Acesso: 02 nov. 2019. pp. 173-174.

mental, pleiteando, inclusive, a introdução do termo “psicossocial” no conceito de “pessoas com deficiência”. No entanto, diversos países foram contrários à inserção, que poderia atrapalhar a ratificação da Convenção, por tratar de forma distinta a deficiência e a saúde mental⁵⁵.

Pela dificuldade de acrescentar expressamente o termo “psicossocial”, a fim de abranger de forma clara as pessoas com transtornos psicossociais, o que se conseguiu foi a inserção do termo “deficiência intelectual”, dando margem de negociação interna, para que os países incluam ou não as pessoas com transtornos psicossociais nos direitos previstos na Convenção⁵⁶.

Pessoas com deficiência intelectual são as que apresentam um funcionamento intelectual abaixo da média, com comprometimento em alguma das áreas de habilidades (comunicação, autocuidados, vida doméstica, habilidades interpessoais, uso de recursos da comunidade, autonomia, trabalho, lazer, saúde e segurança). Ressalta-se que a manutenção do termo “deficiência mental” e “deficiência intelectual” permite também que a própria interpretação da Convenção supracitada abranja, também, pessoas com transtornos psicossociais, e tal grupo de pessoas é um dos que mais demanda tutela estatal na manutenção de condições dignas de existência.

O transtorno mental, ou psicossocial (ou doença mental), afeta a interação social da pessoa; mesmo que ela possua capacidade cognitiva, sua compreensão pode funcionar de forma comprometida, em razão de fenômenos psíquicos, como delírios e confusão mental, causados por doenças como a esquizofrenia⁵⁷.

No âmbito do Sistema Interamericano de Direitos Humanos, em 1999, a Convenção Interamericana para a Eliminação de todas as formas de Discriminação contra as Pessoas Portadoras de Deficiência, também conhecida como Convenção da Guatemala, conceituou deficiência como “[...] uma restrição física, mental ou sensorial, de natureza permanente ou transitória, que limita a capacidade de exercer uma ou mais atividades essenciais da vida diária, causada ou agravada pelo ambiente econômico e social”⁵⁸.

A Corte Interamericana de Direitos Humanos, principal intérprete dos documentos jurídicos que compõem o sistema regional, mencionou expressamente, na fundamentação da

⁵⁵ LOPES, 2009, op. cit., p. 95.

⁵⁶ Ibidem, p. 95.

⁵⁷ COHEN, Claudio; SALGADO, Maria Teresa Munhoz. Reflexão sobre a autonomia civil das pessoas portadoras de transtornos mentais. **Revista Bioética**, Conselho Federal de Medicina: Brasília, v. 17, n. 2, pp. 232-235, 2009. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3615/361533249006.pdf>. Acesso: 24 jan. 2020.

⁵⁸ BRASIL. **Decreto n. 3.956, de 8 de outubro de 2001**. Promulga a Convenção Interamericana para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Pessoas Portadoras de Deficiência. Brasília, DF: Presidência da República, [2020]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2001/D3956.htm. Acesso em: 25 jan. 2020.

sentença do Caso Damião Ximenes versus Brasil, a Convenção da Guatemala, reconhecendo o detentor de transtornos mentais como pessoa com deficiência, e, assim, submetido à respectiva tutela jurídica⁵⁹. Afirmou a Corte no item “c) A atenção especial às pessoas acometidas de deficiências mentais em virtude de sua particular vulnerabilidade” que não basta ao Estado se abster de violar direitos, sendo primordial promover os direitos humanos, considerando as características do indivíduo e a ampla vulnerabilidade das pessoas com deficiência⁶⁰.

No Brasil, como esclarece Leite⁶¹, o conceito legal vigente sobre pessoa com deficiência foi inspirado na Convenção da Guatemala e está inscrito no Decreto n. 5.296/2004, que ainda se baseia nos critérios médicos. Segundo o Decreto, as deficiências se dividem em física, auditiva, visual, mental e múltipla, conforme se observa em seu artigo 5º, §1º⁶²:

Art. 5º Os órgãos da administração pública direta, indireta e fundacional, as empresas prestadoras de serviços públicos e as instituições financeiras deverão dispensar atendimento prioritário às pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida.

§ 1º Considera-se, para os efeitos deste Decreto:

I - pessoa portadora de deficiência, além daquelas previstas na Lei no 10.690, de 16 de junho de 2003, a que possui limitação ou incapacidade para o desempenho de atividade e se enquadra nas seguintes categorias:

a) deficiência física: alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções;

b) deficiência auditiva: perda bilateral, parcial ou total, de quarenta e um decibéis (dB) ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500Hz, 1.000Hz, 2.000Hz e 3.000Hz;

c) deficiência visual: cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; a baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; os casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60º; ou a ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores;

d) deficiência mental: funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos dezoito anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas, tais como:

⁵⁹ CORTE INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. Sentença do Caso Damião Ximenes Lopes versus Brasil (Mérito, Reparações e Custas). Sentença de 4 de julho de 2006 Disponível em: http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_149_por.pdf. Acesso em: 29 jan. 2020. p. 28-29.

⁶⁰ Ibidem, pp. 28-29.

⁶¹ LEITE, Flávia Piva Almeida. A Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência: amplitude conceitual. A busca por um modelo social. *Revista de Direito Brasileira*, v. 3, n. 2, pp. 31-53, 2012. Disponível em: <https://indexlaw.org/index.php/rdb/article/view/2654/2548>. Acesso em: 25 jan. 2020. p. 43.

⁶² BRASIL. **Decreto n. 5.296, de 2 de dezembro de 2004**. Regulamenta as Leis nº 10.048, de 8 de novembro de 2000, que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, [2020]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/d5296.htm. Acesso em: 23 jan. 2020.

1. comunicação;
 2. cuidado pessoal;
 3. habilidades sociais;
 4. utilização dos recursos da comunidade;
 5. saúde e segurança;
 6. habilidades acadêmicas;
 7. lazer; e
 8. trabalho;
- e) deficiência múltipla - associação de duas ou mais deficiências; e
- II - pessoa com mobilidade reduzida, aquela que, não se enquadrando no conceito de pessoa portadora de deficiência, tenha, por qualquer motivo, dificuldade de movimentar-se, permanente ou temporariamente, gerando redução efetiva da mobilidade, flexibilidade, coordenação motora e percepção.
- § 2º O disposto no caput aplica-se, ainda, às pessoas com idade igual ou superior a sessenta anos, gestantes, lactantes e pessoas com criança de colo.
- [...]

Observa-se, pela análise do artigo 5º supracitado, que, no Brasil, são colocadas diversas condições ao exercício dos direitos das pessoas com deficiência. No caso da deficiência física, por exemplo, é necessário que a deficiência comprometa seriamente a função física; pequenas deficiências não ensejam a incidência dos respectivos direitos, a exemplo da perda de um dedo. O mesmo ocorre no caso da deficiência auditiva e visual, para a qual exige-se que seja bilateral e grave, não sendo, para exemplificar, a cegueira monocular considerada deficiência.

No que se refere à deficiência intelectual, segundo Sassaki⁶³, o Decreto supracitado adotou a concepção das oito áreas de habilidades adaptativas, proposta pela Associação Americana de Deficiência Intelectual e Desenvolvimento – AAIDD, que são: comunicação, habilidades sociais, uso dos recursos da comunidade, cuidado pessoal, trabalho, segurança e saúde, habilidades acadêmicas e lazer, não tendo inserido no conceito duas áreas adaptativas que o mencionado autor considera essenciais: a vida familiar e a autonomia.

Lopes⁶⁴ afirma que, apesar de parecerem áreas subjetivas, elas são essenciais para medir a extensão da deficiência intelectual de uma pessoa, em seu meio social. Em cada uma das áreas de habilidades adaptativas, a pessoa com deficiência exige apoios diferentes para se desenvolver e ter a maior funcionalidade em cada situação da vida. Dentro do conceito brasileiro de deficiência mental, não está claro se as pessoas com transtornos psicossociais estão ou não inclusas.

A fim de diminuir o preconceito sobre as pessoas com transtornos psicossociais e entendendo que essas pessoas também enfrentam enormes dificuldades na interação com meio social em que vivem, necessitando não apenas de tratamento médico, mas também da derrubada

⁶³ SASSAKI, Romeu Kazumi. **Terminologia sobre deficiência na era da inclusão**. Disponível em: <https://www.ocuidador.com.br/imgs/utilidades/terminologia-50aa23697289a.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2021.

⁶⁴ LOPES, 2009, op. cit., p. 98.

dessas barreiras, compreende-se que essas devem ser abrangidas pelo conceito de pessoa com deficiência, da mesma forma que incluiu a sociedade civil internacional representativa das pessoas com deficiência, nos debates da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência da ONU, e que inseriu a Corte Interamericana de Direitos Humanos na sentença do caso Damião Ximenes.

1.3 SISTEMA BRASILEIRO DE TUTELA DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA E DA PESSOA COM TRANSTORNOS MENTAIS

A internação por tempo indeterminado em manicômios foi o tratamento psiquiátrico padrão nos países ocidentais durante diversas décadas⁶⁵. A regra da internação manicomial se edificou filosoficamente na teoria do Alienismo, trazida com a Revolução Francesa, cujas bases e princípios foram adotados amplamente nos países ocidentais, tornando obrigatória a internação em manicômios dos que eram taxados como loucos, delirantes ou sem razão; para a referida teoria, por meio da internação em manicômios, os indivíduos com transtornos mentais teriam um espaço sem exclusão social, por não se amoldarem ao modelo normativo de pensamento e, nesse ambiente, eles estariam livres e se tornariam sujeitos de direitos⁶⁶.

A partir do século XIX, iniciou-se um novo modelo de tratamento dessas pessoas baseado na ciência médica, pautado em um rígido controle social, higiênico-disciplinar e racista, criando um programa político sanitário que sistematizava uma atuação política de higienismo, controle e defesa social. A prevenção era uma das principais metas dessa política, em busca do bem-estar coletivo⁶⁷.

No entanto, o modelo de tratamento manicomial e asilar demonstrou-se ineficiente e desumano. Iniciou-se, então, um movimento social e político que denunciou e criticou tal tratamento, na busca da desinstitucionalização psiquiátrica como regra, a partir da década de 1950, na Europa. Pretendia tal mobilização que o atendimento passasse a ser humanizado, além de demonstrar que a internação manicomial prolongada não beneficiava o tratamento,

⁶⁵ SARACENO, Benedetto. **Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível**. 2. ed. Rio de Janeiro: Te Corá, 2001. p. 22.

⁶⁶ AMARANTE, Paulo. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 11, n.3, p. 491-94, 1995. Disponível em: https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csp/v11n3/v11n3a11.pdf. Acesso em: 20 jan. 2021. p. 491.

⁶⁷ BRANCO, Thayara Silva Castelo. **Medidas de segurança no Brasil: o exercício do poder (penal) no âmbito da normalização terapêutica**. 2016. 45 f. Tese (Doutorado em Ciências Criminais) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016. p. 247.

cronificando a doença e impactando negativamente o convívio do paciente com a família e a comunidade⁶⁸.

Inspirada nas reformas decorrentes desses movimentos sociais, a Assembleia Geral da ONU aprovou a Declaração dos Direitos do Deficiente Mental no ano de 1971, estabelecendo como norte para a tutela desses direitos a norma que, se possível, o detentor de transtornos mentais deve viver no seio de sua família ou em uma instituição que a substitua, devendo participar da vida comunitária e ser protegido contra qualquer exploração, abuso ou tratamento degradante⁶⁹.

No Brasil, no final da década de 1970, o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental começou a criticar fortemente o modelo de tratamento manicomial asilar, com denúncias de tratamentos e condições desumanos, degradantes e violentos em manicômios, cujo processo de crítica e movimentação social e política permaneceu nos anos 1980 e 1990, com novas propostas, estratégias e conceitos de saúde mental⁷⁰, resultou na criação da Lei Paulo Delgado, Lei n. 10.216/2001, que reformulou todas as políticas públicas destinadas à saúde mental, substituindo o padrão hospitalocêntrico pelo modelo de atendimento psiquiátrico comunitário. A partir da mencionada lei, a internação psiquiátrica deixou de ser a regra no tratamento médico, e passou a ser a exceção, sendo substituída pela primazia do tratamento ambulatorial, em meio aberto.

Um dos grandes propulsores da alteração desse paradigma no Brasil foi a denúncia feita em 22 de novembro de 1999, por Irene Ximenes Lopes Miranda, à Comissão Interamericana de Direitos Humanos contra o Estado brasileiro, em que foram apontados os fatos ocorridos com seu irmão Damião Ximenes Lopes, cuja petição resultou na primeira condenação pela Corte Interamericana relativa aos direitos humanos das pessoas com deficiência mental, tendo sido também a primeira condenação do Brasil pela Corte Interamericana⁷¹.

Damião Ximenes Lopes era uma pessoa com transtornos psicossociais, e faleceu dentro da instituição psiquiátrica Casa de Repouso Guararapes em Sobral – CE, aos 30 anos de idade. A necropsia no corpo de Damião revelou que ele sofreu vários golpes e foi amarrado com as mãos para trás; o corpo revelava escoriações localizadas no ombro direito, na região nasal, parte

⁶⁸ VIDAL, Carlos Eduardo Leal; BANDEIRA, Marina; GONTIJO, Eliane Dias Contijo. Reforma psiquiátrica e serviços residenciais terapêuticos. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 57, n. 1, pp. 70-79, 2008, p. 71.

⁶⁹ ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Declaração de Direitos do Deficiente Mental, de 22 de dezembro de 1971. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/Direito-dos-Portadores-de-Defici%C3%Aancia/declaracao-de-direitos-do-deficiente-mental.html>. Acesso: 09 out. 2020.

⁷⁰ VIDAL; BANDEIRA; GONTIJO, op. cit., pp. 72 e 75.

⁷¹ RAMOS, André de Carvalho. Reflexões sobre as vitórias do caso Damião Ximenes. **Conjur**, 2006. Disponível em https://www.conjur.com.br/2006-set-08/reflexoes_vitorias_damiao_ximenes. Acesso em: 12 jan. 2019.

anterior dos joelhos e do pé esquerdo, equimoses na região do olho esquerdo, ombro homolateral e punho. Além disso, no dia de sua morte, o médico da Casa de Repouso Guararapes lhe receitou apenas alguns remédios, sem fazer exames, e saiu do hospital, que ficou sem nenhum médico, tendo Damião falecido duas horas depois⁷².

Constatou-se que o tratamento, com extrema violência em relação aos pacientes, era comum na Casa de Repouso de Guararapes e que, pelo menos, outras duas mortes violentas, decorrentes de golpes na cabeça, haviam ocorrido naquela instituição, antes da morte de Damião Ximenes, sem que qualquer delas fosse investigada⁷³.

Antes de submeter o caso à Corte, a Comissão Interamericana de Direitos Humanos concluiu que o Brasil violou o direito à vida, à integridade pessoal, às garantias judiciais e à tutela judicial. Ressaltou a Comissão que a gravidade ainda maior do caso se devia pela vulnerabilidade inerente às pessoas com deficiência e da obrigação especial do Estado brasileiro em proteger pessoas sob sua tutela e cuidados, em centros de saúde regidos pelo Sistema Único de Saúde do Brasil⁷⁴.

Reforçou a Comissão que, além da necessidade de fazer justiça à Damião Ximenes Lopes e indenizar seus familiares, o caso permitia que a Comissão e o Sistema Interamericano de Direitos Humanos desenvolvessem sua jurisprudência em relação aos direitos e especial situação das pessoas com transtornos mentais, que são, muitas vezes, expostas a tratamentos desumanos, degradantes e cruéis, em relação às obrigações estatais com os centros de saúde que atuam em seu nome, no que diz respeito às garantias judiciais dos pacientes internados nessas clínicas e no tocante à necessidade de realizar investigações efetivas nesse tipo de caso⁷⁵.

Afirmou a Comissão que as pessoas com transtornos mentais são particularmente vulneráveis à discriminação, à restrição arbitrária da liberdade, ao trato desumano ou degradante, sendo que tal situação se agrava quando essas pessoas se encontram sob os cuidados de dependências estatais e sofrem, nesses locais em que deveriam ser cuidadas e protegidas, preconceito e outros estigmas, silenciando a situação de desrespeito aos direitos humanos, o que aumenta a impunidade e a vulnerabilidade dessas pessoas. O caso Damião Ximenes Lopes

⁷² RAMOS, 2006, op. cit.

⁷³ COMISSÃO INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. Demanda en el caso de Damião Ximenes Lopes (Caso 12.237) contra la República Federativa del Brasil. Disponível em: <http://www.cidh.org/demandas/12.237%20Ximenes%20Lopez%20Brasil%201oct04.pdf>. Acesso em 28 jan. 2020. pp. 592-593.

⁷⁴ COMISSÃO INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS, op. cit.

⁷⁵ Ibidem.

foi uma oportunidade de incentivar mudanças no tratamento da pessoa com transtorno mental e prevenir a repetição do ocorrido em prejuízo de outras pessoas⁷⁶.

A sentença da Corte Interamericana de Direitos Humanos reconheceu ser o Estado brasileiro parcialmente responsável pela violação do direito à vida e à integridade pessoal de Damião Ximenes Lopes, previstos na Convenção Americana de Direitos Humanos, condenando-o a reparar os danos causados, não apenas com indenização à família de Damião, mas, também com formação e capacitação de todos os profissionais relacionados à saúde mental⁷⁷. A reparação pecuniária aos familiares foi feita pelo Estado Brasileiro sem maiores delongas⁷⁸.

Para Alencar e Raiol⁷⁹, a supracitada condenação ocasionou melhorias expressivas na adoção de políticas de saúde mental e aos hospitais psiquiátricos do País, com avanços significativos no tratamento da saúde coletiva em sua relação com os direitos humanos, além de ter constituído um modelo de responsabilização estatal por violação de direitos humanos. A mudança do modelo manicomial para o assistencial revolucionou o modo de tratamento dos hospitais psiquiátricos em relação a seus pacientes.

O caso Damião Ximenes revelou não apenas o tratamento discriminatório usualmente destinado às pessoas com deficiência, como ainda apontou a cultura negligente, aliada às práticas de tortura e opressão, comuns na história brasileira. Tal caso deu visibilidade às violações de direitos humanos sofridas pelas pessoas com deficiência mental⁸⁰.

A condenação supracitada representou relevante postura do sistema americano de tutela dos direitos humanos das pessoas com transtornos mentais, impactando de forma significativa o tratamento desse assunto no sistema brasileiro. Após dois anos da denúncia, foi editada a Lei n. 10.216/2001, Lei Paulo Delgado, a qual, em síntese, proibiu a internação psiquiátrica por prazo indeterminado, em instituições com características asilares, instituindo um novo modelo

⁷⁶ COMISSÃO INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS, op. cit.

⁷⁷ CORTE INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. Sentença do Caso Damião Ximenes Lopes versus Brasil. Disponível em: http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_149_por.pdf. Acesso em: 29 jan. 2020.

⁷⁸ LIMA, Fernanda da Silva; TEIXEIRA, Marina Raupp. Sistema Interamericano de Direitos Humanos e os desafios da implementação das decisões da Corte IDH no Brasil: um estudo do caso Damião Ximenes Lopes. **Revista DIREITO UFMS**, v. 4, n. 2, pp. 117 – 141, jul. - dez. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.21671/rdufms.v4i2.7324>. Acesso em: 15 fev. 2021. p. 135.

⁷⁹ ALENCAR, Evandro Luan de Mattos; RAIOL, Raimundo Wilson Gama. Uma análise do Caso Ximenes Lopes versus Brasil: o debate sobre Políticas Públicas, Saúde Mental e Direitos Humanos no Sistema Interamericano de Direitos Humanos. **Revista Direito e Justiça - Reflexões Sociojurídicas**, v. 20, n. 36, pp. 129-155, janeiro / abril de 2020. Disponível em: http://srvapp2s.santoangelo.uri.br/seer/index.php/direito_e_justica/article/view/2982/1963. Acesso: 03 mar. 2020. p. 130.

⁸⁰ Ibidem.

de tratamento da pessoa com transtorno mental. A prioridade passou a ser o tratamento em meio aberto, sendo a internação admitida apenas por prazo determinado e em ambiente hospitalar.

A supracitada lei trouxe princípios humanizadores do tratamento dessas pessoas, como a proteção contra qualquer forma de abuso e exploração, o direito à presença de um médico, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária, o direito de ser tratado em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis, e receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento.

Mencionada lei prevê, em seu artigo 1º, que os direitos e a proteção das pessoas com transtornos mentais ali previstas devem ser usufruídos por todos, independentemente de qualquer condição pessoal ou da gravidade da doença mental. O artigo 2º, por sua vez, estipula os direitos da pessoa com transtornos psíquicos no atendimento em saúde mental⁸¹:

Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

- 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 e exploração;
- IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
- V - ter direito à presença médica, 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.

Observa-se, inicialmente, que, ao paciente com transtorno mental, foram outorgados os direitos de todos os usuários dos serviços de saúde em geral, como o direito à informação de seu estado de saúde e tratamento. Destacam-se nesse artigo a previsão de um tratamento com humanidade e respeito ao usuário, e com a finalidade de recuperar sua saúde mental, pela inserção na família, na comunidade e no trabalho (inciso II). Dispõe, outrossim, que a regra deve ser a do tratamento em serviços comunitários com os meios menos invasivos possíveis, não colocando a hospitalização como regra⁸².

⁸¹ BRASIL. **Lei n. 10.216, 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. Brasília, DF: Presidência da República, [2020]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm. Acesso: 03 set. 2019.

⁸² BRASIL, 2001, op. cit.

O artigo 4º prevê que a internação em hospital psiquiátrico apenas será possível quando os recursos extra-hospitalares forem insuficientes, pois o objetivo permanente do tratamento deve ser a reinserção do paciente em seu meio social, sendo vedada a internação com características asilares. Além disso, estabelece, mencionado artigo, que a internação deve ser estruturada para ofertar assistência integral, com serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, entre outros⁸³.

Determina, o artigo 5º, que haja a implantação de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida para os pacientes que ficaram longos períodos hospitalizados ou que estejam em grave situação de dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social⁸⁴.

Os artigos 6º ao 10 tratam das modalidades de internação – voluntária, involuntária e compulsória, sendo todas exigem laudo médico circunstanciado; a modalidade compulsória é a aquela determinada pelo juiz, independentemente da vontade do internado⁸⁵.

A Lei n. 13.146, de 06 de julho de 2015, por sua vez, também denominada de Estatuto da Pessoa com Deficiência, foi diretamente inspirada na Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência da Organização das Nações Unidas, adotando, de forma clara, o modelo social de tratamento da pessoa com deficiência, priorizando que a deficiência decorre, essencialmente, das barreiras sociais colocadas pela sociedade à plena integração das pessoas com deficiência. Nesse sentido, o Estatuto da Pessoa com Deficiência adota conceito idêntico ao previsto na Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência⁸⁶.

A principal alteração trazida pela Lei n. 13.146/2015 foi a modificação do regime das incapacidades, cuja regra geral é que a pessoa com deficiência não deve ser considerada incapaz. Tais mudanças, segundo Requião⁸⁷, são fruto direto do movimento da reforma psiquiátrica e da luta antimanicomial.

Com a mencionada lei supracitada, a pessoa com transtornos mentais deixa de vista como incapaz civilmente e a curatela passa a ser considerada como uma medida excepcional, somente adotada nos períodos e na intensidade em que for necessária. A regra geral passou a ser a de garantir a capacidade civil à pessoa com transtorno mental, em igualdade de condições

⁸³ BRASIL, 2001, op. cit.

⁸⁴ Ibidem.

⁸⁵ Ibidem.

⁸⁶ BRASIL. **Lei n. 13.146, de 6 de julho de 2015**. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Brasília, DF: Presidência da República, [2020]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/113146.htm. Acesso: 03 set. 2019.

⁸⁷ REQUIÃO, Maurício. **Estatuto da pessoa com deficiência altera regime civil das incapacidades**. Disponível em: https://juslaboris.tst.jus.br/bitstream/handle/20.500.12178/87543/2015_requião_maurício_estatuto_pessoa.pdf?sequence=1. Acesso em: 29 jan. 2020. p. 29.

com os demais; tal previsão, trazida pelo artigo 84, do Estatuto da Pessoa com Deficiência, também foi inspirada no artigo 12, da Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência na ONU.

Ressalta-se, no entanto, que o Estatuto da Pessoa com Deficiência não aboliu o instituto da incapacidade, apenas previu que esse deve ocorrer em situações excepcionais, amoldando-se aos princípios da dignidade humana e da igualdade; a regra passa a ser a capacidade, e a exceção, a incapacidade⁸⁸.

Outra relevante alteração do Estatuto no direito brasileiro foi a previsão de que, ainda que a pessoa com deficiência seja interditada, o ato se limita a fins patrimoniais, sendo que aquela tem liberdade para exercer seus direitos sexuais, casar-se, ter filhos, constituir família e de exercer todos os direitos que não sejam patrimoniais, por exemplo, testemunhar, votar e trabalhar⁸⁹.

Outra relevante alteração foi a inserção na legislação de outro modelo de apoio à pessoa com deficiência, distinto da assistência pura, como é o caso da interdição; tal modelo, denominado de tomada de decisão apoiada, prevê a nomeação de pelo menos duas pessoas idôneas, que sejam da confiança da pessoa com deficiência, para lhe prestar apoio na tomada de decisões sobre sua vida civil e para exercer, assim, de forma apoiada sua capacidade. O início desse procedimento dá-se por iniciativa da própria pessoa com deficiência⁹⁰.

Em relação à tomada de decisão, Araújo e Costa Filho⁹¹ ensinam que tal medida não restringe o exercício de direitos da pessoa com deficiência, mas, constitui uma salvaguarda em uma situação pontual, especialmente, quando a pessoa com deficiência necessite contratar ou negociar com terceiros, tomar uma decisão importante em que sua situação de vulnerabilidade possa interferir negativamente naquele ajuste, a fim de que não seja prejudicada.

O procedimento de tomada de decisões apoiada e a interdição são judiciais, sendo que naquele os acompanhantes na tomada de decisão assumem o compromisso perante a Justiça de prestar contas, assim como ocorre na interdição, sob pena de destituição da função e de responsabilização por danos na esfera cível e penal⁹².

Observa-se que a tomada de decisões apoiadas ocorre com as pessoas com deficiência com pleno exercício da capacidade civil, isto é, que não sejam interditadas, tratando-se a

⁸⁸ ARAÚJO, Luiz Alberto David; COSTA FILHO, Waldir Macieira da. O Estatuto da Pessoa com Deficiência - EPCD (Lei 13.146, de 06.07.2015): algumas novidades. **Revista dos Tribunais**, v. 962/2015, p. 65-80, dez. 2015. p. 69.

⁸⁹ *Ibidem*, p. 68.

⁹⁰ REQUIÃO, op. cit., p. 29.

⁹¹ ARAÚJO; COSTA FILHO, op. cit., p. 68.

⁹² *Ibidem*, p. 68.

interdição e a tomada de decisões apoiadas de institutos jurídicos diversos, destinados a grupos distintos.

Afirmam Araújo e Costa Filho⁹³ que outra relevante consequência decorrente da alteração do regime jurídico das capacidades, trazida pela Lei n. 13.146/2015, é o fato de que os prazos de prescrição e decadência, que antes ficavam suspensos, agora correm em relação aos que tem a capacidade restringida; também os atos praticados sem o curador deixam de ser nulos para serem anuláveis. Tais efeitos decorrem do fato de que, com o advento do Estatuto da Pessoa com Deficiência, as pessoas com deficiência passam a ser consideradas como relativamente incapazes, incidindo, assim, o regime jurídico desse grupo.

Observa-se, logo, que o Estatuto da Pessoa com Deficiência trouxe mudanças significativas no direito brasileiro, apesar de grande parte do seu texto já encontrar-se na Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, recepcionado no direito interno com o *status* de Emenda Constitucional.

1.4 DEFINIÇÕES ACERCA DE TRANSTORNO MENTAL, TRANSTORNOS PSICÓTICOS E TRANSTORNOS DE PERSONALIDADE

Quanto à terminologia dos transtornos mentais, há os que tratam tal expressão como gênero, que abrange a multiplicidade de doenças psiquiátricas, desde a depressão e a ansiedade, até a demência, a deficiência intelectual, como as psicoses. Há também os que definem o termo “transtornos mentais” como abrangente apenas dos transtornos psiquiátricos que atingem os que detêm a cognição inalterada, como as psicoses, os delírios e a depressão, diferenciando-os da deficiência intelectual.

A Organização Pan Americana de Saúde trata o termo “transtornos mentais” como gênero, afirmando que a espécie de transtorno mental que mais atinge a população é a depressão. A Organização Pan Americana de Saúde, em 2018, estimou que 300 milhões de pessoas no mundo sofriam com depressão, que é o fator que mais gera incapacidade no mundo e que outros transtornos mentais, como a esquizofrenia e outras psicoses, atingem cerca de 23 milhões de pessoas em todo o mundo⁹⁴.

⁹³ ARAÚJO; COSTA FILHO, op. cit., p. 69.

⁹⁴ ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Folha informativa - Transtornos mentais**. Folha informativa atualizada em abril de 2018. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5652:folha-informativa-transtornos-mentais&Itemid=839. Acesso em: 05 set. 2020.

No Brasil, em 2010, havia 23 milhões de pessoas que precisavam de algum tipo de apoio em saúde mental, incluindo os transtornos menos severos, como ansiedade e depressão, e 3 milhões de pessoas com transtornos mentais graves, como esquizofrenia e transtorno bipolar⁹⁵. Para a Organização Pan-Americana da Saúde, que trata o termo “transtorno mental” como gênero, uma das espécies do transtorno mental é a deficiência intelectual e os transtornos invasivos de desenvolvimento, dentre eles, o autismo⁹⁶.

A deficiência intelectual costuma ter início na infância, tendendo a permanecer na vida adulta, e, usualmente, retarda o desenvolvimento das funções vinculadas à maturação do sistema nervoso central; uma característica que a diferencia de diversos outros transtornos é o fato de que segue um caminho constante, sem grandes períodos de crises e estabilizações. Sua principal característica é o desenvolvimento reduzido em diversas áreas, como a cognição e a capacidade de adaptação, que dificultam as exigências diárias adaptativas da vida⁹⁷.

Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde⁹⁸, os transtornos invasivos de desenvolvimento são marcados por sintomas como a linguagem e o comportamento social prejudicados, além de interesse restrito a determinadas atividades, que costumam ser realizadas de forma repetida. O transtorno de desenvolvimento mais comum é o autismo.

Em sentido divergente, de acordo com Ballone, os transtornos mentais podem ser conceituados como “[...] condições caracterizadas por alterações mórbidas no modo de pensar e/ou do humor (emoções), e/ou por alterações mórbidas do comportamento associadas à angústia expressiva e/ou deterioração do funcionamento psíquico global”⁹⁹.

Também segundo Cohen e Salgado, o conceito que se pode extrair da lista do capítulo V, do Código Internacional de Doenças (CID-10) e da Lei 10.216/01, é o de que constituem transtornos mentais todas as alterações no funcionamento da mente que atrapalham o desempenho do indivíduo no âmbito pessoal, familiar, social, na compreensão de si, nos estudos, em atividades laborais, no respeito aos outros e na capacidade de tolerar os problemas¹⁰⁰.

⁹⁵ ESTADÃO. Transtornos mentais atingem 23 milhões de pessoas no Brasil. **Agência Brasil**. 2018. Disponível em: <https://saude.estadao.com.br/noticias/geral,transtornos-mentais-atingem-23-milhoes-de-pessoas-no-brasil,573367>. Acesso: 05 set. 2020.

⁹⁶ ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, op. cit.

⁹⁷ Ibidem.

⁹⁸ Ibidem.

⁹⁹ BALLONE apud VIOLA, João Felipe Nicolay da Silva; PAZÓ, Cristina Grobério. De Machado a Jacobina: um histórico da doença mental no Brasil e a invisibilidade dos doentes perante o direito brasileiro. **Anais do IV CIDIL – Censura, Democracia e Direitos Humanos**, RDL – Rede Brasileira Direito e Literatura, 2016, pp. 518-531. Disponível em: <http://rdl.org.br/seer/index.php/anacidil/article/view/123>. Acesso em: 04 set. 2020. p. 527.

¹⁰⁰ COHEN; SALGADO, op. cit., p. 224.

Desse modo, conforme Cohen e Salgado, o conceito da Lei da Reforma Psiquiátrica abrange como transtornos mentais não apenas aqueles considerados socialmente como de maior gravidade, como a esquizofrenia e a psicopatia, como também doenças relacionadas a estados de depressão profunda, mania ou ansiedade exageradas, dependência química, entre outras. Nessas situações, ainda que com a presença de todos os elementos de cognição, e, muitas vezes, com nível de inteligência maior que a média da população, as pessoas as quais se enquadram nessas hipóteses possuem uma compreensão no campo afetivo que funciona de modo comprometido¹⁰¹.

Para Cohen e Salgado, os transtornos mentais, no entanto, não se confundem com a deficiência intelectual. Esta é marcada por um funcionamento intelectual abaixo da média, que acaba por comprometer duas ou mais áreas adaptativas, como a comunicação, o autocuidado, as habilidades interpessoais, a autonomia, o trabalho, entre outras¹⁰².

Para a Associação Americana sobre Deficiência Intelectual do Desenvolvimento-AAIDD, a deficiência intelectual pode ser conceituada como:

Uma incapacidade caracterizada por importantes limitações, tanto no funcionamento intelectual quanto no comportamento adaptativo, e está expressa nas habilidades adaptativas conceituais, sociais e práticas. Essa incapacidade tem início antes dos 22 anos¹⁰³.

Assim, a partir das explicações acima, opta-se por utilizar, na presente dissertação, a denominação “transtornos mentais”, de Cohen e Salgado, extraída da Lei da Reforma Psiquiátrica e do Código Internacional de Doenças.

No que refere aos transtornos mentais usualmente relacionados ao cometimento de crimes, tem-se que, em razão dos requisitos legais à inimputabilidade no âmbito criminal, os transtornos mentais que mais interessam ao desenvolvimento deste trabalho são aqueles que têm o condão de suprimir ou reduzir a capacidade de autodeterminação ou de entendimento do caráter ilícito do fato criminoso (requisitos do artigo 26, do Código Penal). Assim, os transtornos mentais que mais se relacionam ao inimputável são aqueles mais graves, relacionados a sintomas de confusão mental, alucinações e delírios, e alguns transtornos de personalidade.

¹⁰¹ COHEN; SALGADO, op. cit., pp. 224-225.

¹⁰² Ibidem, pp. 224-225.

¹⁰³ AMERICAN ASSOCIATION ON INTELLECTUAL AND DEVELOPMENTAL DISABILITIES - AAIDD. **Definition of Intellectual Disability**. Disponível em: <https://www.aaid.org/intellectual-disability/definition>. Acesso em: 20 jan. 2021.

Os transtornos psicóticos reúnem, exatamente, a maioria das condições psicopatológicas que o legislador definiu no caput do artigo 26, do Código Penal. Essas patologias são comumente associadas à inimputabilidade penal¹⁰⁴.

As psicoses alteram a capacidade de compreensão e percepção do indivíduo, criando distorções de emoções, linguagem, pensamento, da consciência do próprio “eu”. Os denominados surtos psicóticos mais comuns, comumente, incluem alucinações e delírios; as alucinações consistem em ouvir, ver e sentir pessoas ou coisas que não existem, e os delírios são marcados por crenças ou suspeitas falsas, defendidas e mantidas de forma firme, ainda quando há comprovações que revelam o contrário. As psicoses costumam afetar de forma significativa a vida dessas pessoas, dificultando, em muitos casos, a execução de tarefas como o trabalho e o estudo¹⁰⁵.

Segundo Telles, Day e Zoratto, as principais patologias que compõem os transtornos psicóticos são aquelas classificadas sob o código F-20 da CID-10, quais sejam, a esquizofrenia, os transtornos esquizotípicos e os transtornos delirantes. Há outras patologias psicóticas extraídas a partir da CID-10: os transtornos delirantes persistentes, os transtornos psicóticos agudos e transitórios, o transtorno delirante induzido e o transtorno esquizoafetivo. Dessas patologias, Telles, Day e Zoratto mencionam que aquela que apresenta maior relevância para a psiquiatria forense criminal é a esquizofrenia¹⁰⁶.

Telles, Day e Zoratto afirmam que existem outras patologias com quadros psicóticos como, por exemplo, a mania com sintomas psicóticos, o transtorno afetivo bipolar, o episódio depressivo grave com sintomas psicóticos, e o transtorno depressivo recorrente¹⁰⁷.

Sobre a preponderância do diagnóstico de esquizofrenia, observa-se que o censo intitulado “*A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil*”, realizado em 2011, com as pessoas que cumpriam medidas de segurança no Brasil, constatou que a maior parte dessa população tinha sido diagnosticada com esquizofrenia (43%)¹⁰⁸; em outro estudo, realizado em

¹⁰⁴ TELLES, Lisieux E. de Borba; DAY, Vivian Peres; ZORATTO, Pedro Henrique Iserhard. Transtornos Psicóticos. In: ABDALLA-FILHO, Elias; CHALUB, Miguel; TELLES, Lisieux E. de Borba. **Psiquiatria Forense de Taborda**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016. p. 527.

¹⁰⁵ ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2018, op. cit.

¹⁰⁶ TELLES; DAY; ZORATTO, op. cit., p. 526.

¹⁰⁷ Ibidem, p. 530.

¹⁰⁸ DINIZ, Débora. A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil. **Censo 2011**. Brasília: Editora UNB, 2013. Disponível em: http://newpsi.bvs-psi.org.br/ebooks2010/pt/Acervo_files/custodia_tratamento_psiquiatico_no_brasil_censo2011.pdf. Acesso em: 06 out. 2019. pp. 11-12.

hospitais de custódia do Rio de Janeiro e de Brasília, observou-se que o segundo diagnóstico mais frequente foi o de transtornos psicóticos não especificados¹⁰⁹.

Além das mencionadas patologias, tem-se que alguns transtornos de personalidade podem ser associados à configuração da inimputabilidade ou da semi-imputabilidade, a depender do caso concreto, tratando-se, no entanto, de tema controverso no âmbito da psiquiatria forense¹¹⁰.

Os transtornos de personalidade foram delineados há milhares de anos, de acordo com Caballo¹¹¹, por meio da descrição de quatro tipos de temperamento, quais sejam, o melancólico (pessimista), o sanguíneo (otimista), o colérico (irritável) e o fleumático (apático), que correspondiam, na teoria grega, aos quatro humores corporais: bile negra, sangue, bile amarela e fleuma, refletindo a tentativa de desvendar as bases biogenéticas da personalidade.

Os indivíduos considerados socialmente inadaptados vêm sendo observados e estudados há séculos, o que permitiu descrever os tipos de personalidade existentes. Dessa forma, inicialmente, foram descritos os tipos mais específicos, como a personalidade histriônica, que teve sua base nos traços psicológicos associados à histeria, o transtorno de personalidade paranoide, obsessivo-compulsivo, antissocial, borderline entre outros; atualmente existem os transtornos de personalidade dependente, esquizoide, esquizotípica, narcisista e esquiva incluídos num capítulo à parte no DSM-III-R e no DSM-IV, e que aumentam conforme se aprofunda o conhecimento dos estudiosos sobre esses transtornos¹¹².

Para descrever os transtornos de personalidade, é preciso compreender o que é personalidade. Para Caballo¹¹³, personalidade pode ser considerada como um padrão de pensamentos, sentimentos e comportamentos característicos que distinguem as pessoas entre si e que persiste ao longo do tempo e mediante as situações.

Mencionado autor afirma que uma pessoa detém uma personalidade normal quando consegue reagir de modo flexível diante de determinadas situações, enquanto uma personalidade patológica se observa quando a pessoa não consegue reagir ou aceitar determinadas situações, deixando-o com um mal-estar permanente e deprimente, das quais nada consegue aprender para sua evolução pessoal¹¹⁴.

¹⁰⁹ MARCHEWKA, Tânia Maria Nava. Análise dos diagnósticos e tratamentos em hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico no Rio de Janeiro e Distrito Federal à luz da saúde mental baseada em evidências. 2016. 194 f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2016. pp. 42-43.

¹¹⁰ TELLES; DAY; ZORATTO, op. cit., p. 113.

¹¹¹ CABALLO, Vicente E. (coord.). **Manual de trastornos de la personalidad**. Descripción, evaluación, y tratamiento. Madrid: Síntesis, 2004. p. 26.

¹¹² Ibidem, p. 26.

¹¹³ Ibidem, p. 31.

¹¹⁴ Ibidem, p. 31.

Os Transtornos da Personalidade e de Comportamentos são especificados nos títulos de F60 até F69 na Classificação Internacional das Doenças (CID-10), que o conceitua como¹¹⁵:

Estes tipos de condição abrangem padrões de comportamento profundamente arraigados e permanentes, manifestando-se como respostas inflexíveis a uma ampla série de situações pessoais e sociais. Eles representam desvios extremos ou significativos do modo como o indivíduo médio, em uma dada cultura, percebe, pensa, sente e, particularmente, se relaciona com os outros. Tais padrões de comportamento tendem a ser estáveis e a abranger múltiplos domínios de comportamento e funcionamento psicológico. Eles estão frequentemente, mas não sempre, associados a graus variados de angústia subjetiva e a problemas no funcionamento e desempenho sociais.

Os transtornos de personalidade, segundo o CID-10, são condições do desenvolvimento da personalidade, que aparecem na infância ou adolescência e continuam pela vida adulta. O CID-10 apresenta entre os títulos F60 e F69 uma grande variedade de subtipos de transtornos de personalidade¹¹⁶.

Considerando que os transtornos que mais interessam a este trabalho são os mais graves, em razão dos requisitos legais à inimputabilidade e à semi-imputabilidade no âmbito criminal (que exige a incapacidade total ou parcial de compreensão do ilícito ou de autodeterminação), apresentam-se, na sequência, alguns transtornos de maior gravidade que afetam, em especial, os indivíduos que cometem crimes.

1.4.1 Espécies de transtornos psicóticos: esquizofrenia, transtornos delirantes persistentes, transtornos psicóticos agudos e transitórios, transtorno delirante induzido, transtorno bipolar, transtorno afetivo bipolar.

O legislador do artigo 26, do Código Penal, ao descrever o termo “doença mental”, indicou as características inerentes aos transtornos psicóticos¹¹⁷. Passa-se, pois, à descrição das principais características de alguns transtornos mentais psicóticos.

Os transtornos esquizofrênicos podem ser caracterizados por distorções fundamentais no pensamento e na percepção, e por afetos inapropriados ou embotados, isto é, pela dificuldade de expressar emoções e sentimentos. Usualmente, mantém-se clara a capacidade intelectual e a consciência, mas é possível que alguns déficits cognitivos aumentem com o tempo. Os sintomas

¹¹⁵ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **CID-10**: Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Direções Clínicas e Diretrizes Diagnósticas. Porto Alegre: Artmed Editora, 2020. p. 196.

¹¹⁶ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS., 2020, op. cit., pp. 196-197.

¹¹⁷ TELLES; DAY; ZORATTO, op. cit., p. 526.

mais importantes incluem a percepção delirante, ideias delirantes de controle, vozes alucinatórias que conversam ou discutem com o indivíduo na terceira pessoa, alucinações persistentes, e sintomas negativos como a apatia marcante e o eco do pensamento¹¹⁸.

Giacon e Galera¹¹⁹ afirmam que pessoas esquizofrênicas têm como atributos principais as alucinações, os delírios, a perda das associações de ideias, o afeto embotado, o riso inapropriado, o pensamento ilógico, as associações frouxas de pensamentos, a desorganização da sintaxe, entre outros.

De acordo com Durão, Souza e Miasso¹²⁰, a esquizofrenia é um transtorno mental que se caracteriza por desordem de vários processos mentais, tratando-se de uma das patologias psiquiátricas mais complicadas, que assolam a sociedade. Segundo as estatísticas, tal transtorno atinge 1% da população sem distinção de sexo, raça ou classe social. Atualmente, os sintomas analisados na esquizofrenia são reunidos em: positivos, consistentes nas alucinações, nos delírios, e na desorganização do pensamento; negativos, referentes às dificuldades na afetividade, diminuição da vontade, e ao isolamento social; cognitivos, consistentes nas dificuldades de concentração e compreensão; e afetivos, referentes às ideias de tristeza, depressão, ruína e autodestrutivas.

Giacon e Galera¹²¹ informam que a esquizofrenia é uma perturbação originada por vários fatores biopsicossociais e genéticos que interatuam. Os fatores biológicos são vinculados à genética e a anormalidades de estruturas cerebrais e deficiência em neurotransmissores. Os fatores psicossociais são vinculados às características psicológicas do indivíduo, e de seu intercâmbio com o ambiente social, tais como fobia social e ansiedade ou estresse elevados. Assim, pessoas com predisposição podem desenvolver o transtorno quando estimulados por fatores ambientais, emocionais ou biológicos.

A esquizofrenia apresenta vários subtipos, entre os quais se destacam: paranoide, desorganizada (hebefrênica), catatônica, indiferenciada, residual, simples, não especificada,

¹¹⁸ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS, 2020, op. cit., pp. 85-87.

¹¹⁹ GIACON, Bianca Cristina Ciccone; GALERA, Sueli Aparecida Frari. Primeiro episódio da esquizofrenia e assistência de enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 40, n. 2, pp. 286-91, jun. 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n2/18.pdf>. Acesso em: 26 dez. 2020. p. 287.

¹²⁰ DURÃO, Ana Maria Sertori; SOUZA, Maria Conceição Bernardo de Mello; MIASSO, Adriana Inocenti. Grupo de acompanhamento de portadores de Esquizofrenia em uso de Clozapina e de seus familiares: percepção dos participantes. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 58, n. 5, pp. 524-528, set-out. 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v58n5/a05v58n5.pdf>. Acesso em: 19 dez. 2020. p. 524.

¹²¹ GIACON, Bianca Cristina Ciccone; GALERA, Sueli Aparecida Frari. Primeiro episódio da esquizofrenia e assistência de enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 40, n. 2, pp. 286-91, jun. 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n2/18.pdf>. Acesso em: 26 dez. 2020. p. 287.

depressão pós-esquizofrênica. Os sintomas da esquizofrenia são diferentes em cada pessoa, podendo aparecer de forma gradual ou de forma explosiva e instantânea¹²².

A esquizofrenia paranoide se distingue, basicamente, pela apresentação de ideias delirantes relativamente estáveis, comumente de perseguição, em geral seguidas de alucinações e de perturbação das percepções. As perturbações do afeto, da vontade, da linguagem, do discurso e os sintomas catatônicos de ausência de reação aos estímulos são relativamente discretos¹²³.

Os delírios ou as alucinações auditivas frequentes são sintomas psicopatológicos característicos da esquizofrenia paranoide, apesar de serem encontradas em outros transtornos. A pessoa pode ter alucinações não verbais, e ouvir, por exemplo, ruídos, barulhos de tiros, portas arrombadas, sendo que tais sons não são ouvidos por outras pessoas; ou pode ter alucinações verbais e ouvir frases, palavras, ou até discursos complexos, que também não são ouvidos por outras pessoas. É extremamente comum que aquele que detém esquizofrenia paranoide afirme que as vozes e os sons que escuta provém daqueles que querem o matar ou o destruir¹²⁴.

Além das mencionadas alucinações delirantes, são comuns as interpretações delirantes, situações quando a pessoa com esquizofrenia paranoide ouve ou assiste algo que é socialmente compartilhado, mas interpreta o que ouviu ou viu de forma bizarra. Um exemplo dessa interpretação delirante ocorre quando a pessoa assiste na televisão a uma notícia de alguém sendo preso, e passa a acreditar que a polícia também quer prendê-lo¹²⁵.

Outra forma de esquizofrenia é a hebefrênica, quando se desenvolve uma rápida evolução de sintomas negativos, notadamente, o embotamento afetivo e a perda da vontade; o indivíduo costuma perder a determinação e o interesse, possuindo um comportamento vazio de propósitos. A pessoa que detém essa patologia possui o pensamento desorganizado e a fala incoerente e repleta de divagações. Apresenta um afeto superficial e inadequado, comumente “acompanhado de sorrisos de autossatisfação, de absorção em si mesmo ou de uma postura característica com caretas, maneirismos, brincadeiras, queixas hipocondríacas e frases repetitivas”¹²⁶.

A esquizofrenia catatônica, por sua vez, se caracteriza pelas perturbações psicomotoras predominantes no quadro clínico. É possível que ocorram alternâncias extremas nessas

¹²² ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS, op. cit., p. 83.

¹²³ Ibidem, p. 88.

¹²⁴ FERREIRA, Wasney de Almeida. A estrutura sintática e semântica dos delírios de perseguição e de referência na esquizofrenia paranóide: um estudo de caso. **Ciências & Cognição**, v. 15, 228-238, 2010. Disponível em: <http://cienciasecognicao.org/revista/index.php/cec/article/view/326/205>. Acesso em: 01 jan. 2021. p. 230.

¹²⁵ Ibidem, p. 230.

¹²⁶ TELLES; DAY; ZORATTO, op. cit., p. 528.

perturbações, como um excesso de movimentos rápidos, semelhantes a vívidas encenações cênicas, seguidas por uma letargia prolongada, semelhante a um sonho. São comuns, ademais, episódios de violência e agitação psicomotora. Por razões desconhecidas, essa modalidade de esquizofrenia passou a ser raramente vista em países industrializados¹²⁷.

A esquizofrenia é catalogada como indiferenciada quando um quadro esquizofrênico revelar aspectos de mais de uma das modalidades da patologia, mas sem a predominância das características de alguma dessas, ou quando não se inclui em nenhum dos subtipos¹²⁸.

A denominada “depressão pós-esquizofrênica” ocorre quando após um episódio da esquizofrenia acontece um período depressivo, permanecendo presentes alguns sintomas esquizofrênicos, sem que estes, no entanto, dominem o quadro clínico – o qual se relaciona ao risco de suicídio¹²⁹.

A esquizofrenia residual corresponde a um estágio crônico na evolução dos transtornos da esquizofrenia, com a manutenção dos sintomas negativos por longos períodos, após um ou mais episódios com sintomas psicóticos agudos¹³⁰.

A esquizofrenia simples constitui um transtorno incomum, em que há a menor incidência de manifestações psicóticas se comparado aos tipos paranoide, hebefrênico e catatônicos da esquizofrenia, e sintomas como alucinações e delírios não são evidentes. Há nessa modalidade de esquizofrenia um desenvolvimento progressivo de uma conduta estranha, aliada à incapacidade de cumprir com as exigências da vida em sociedade¹³¹.

No que se refere ao cometimento de crimes, tem-se que o esquizofrênico, usualmente, o faz motivado por juízos delirantes, decorrentes dos sintomas psicóticos da doença, agindo, muitas vezes, com violência. Comumente, tais crimes ocorrem no próprio ambiente familiar e na fase inicial da doença. Dentre as modalidades de esquizofrenia, a mais frequente em perícias criminais é a paranoide, pois o indivíduo detentor desse transtorno, geralmente, se enquadra no conceito de inimputável do Direito Penal¹³².

Dentro dos transtornos psicóticos, além das várias modalidades de esquizofrenia, há os transtornos delirantes persistentes, que constituem um grupo de transtornos em que a característica dos delírios de longa duração é a única ou a mais evidente diferenciação clínica.

¹²⁷ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS, 2020, op. cit., p. 83.

¹²⁸ TELLES; DAY; ZORATTO, op. cit., p. 528.

¹²⁹ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS, 2020, op. cit., p. 91.

¹³⁰ TELLES; DAY; ZORATTO, op. cit., p. 528.

¹³¹ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS, 2020, op. cit., pp. 93-94.

¹³² VALENÇA, Alexandre Martins *et al.* **J Bras Psiquiatr**, v. 54, n. 4, pp. 328-333, 2005. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Antonio_Nardi/publication/287093504_Penal_imputability_in_mental_disorders/links/56814c1408ae1e63f1edc210.pdf. Acesso em: 05 jan. 2021. pp. 331-332.

Para que haja tal diagnóstico, tais delírios não podem ser atribuídos a esquizofrenia ou a outros transtornos. Trata-se de um diagnóstico raro, e tais pacientes dificilmente buscam apoio psiquiátrico, a não ser que sejam forçados por familiares ou por ordens judiciais¹³³.

Os denominados “transtornos psicóticos agudos e transitórios” têm por principal característica o fato de que o início do ciclo dos sintomas psicóticos ocorre de forma abrupta, podendo ter se desenvolvido como consequência de um fator estressante. Além disso, diferentemente da esquizofrenia, a recuperação também é rápida e costuma acontecer em poucas semanas; os surtos psicóticos da esquizofrenia têm duração média de 6 meses. Entretanto, uma parcela pequena dessas pessoas tem o quadro avançado para estados persistentes¹³⁴.

Outro transtorno psicótico é o transtorno delirante induzido, também denominado “folie à deux”, uma patologia rara, a qual consiste no compartilhamento por duas ou mais pessoas que sejam extremamente próximas, com laços emocionais íntimos, de um sistema delirante próprio. Nesse transtorno, “ocorre a indução de delírios por um indivíduo em outro. O indutor apresenta um quadro psiquiátrico psicótico próprio e, por meio de sua ascendência sobre o induzido, transfere a ele suas crenças”. Com a separação física de ambos, os sintomas comumente desaparecem do induzido; o indutor, no entanto, usualmente, necessita de tratamento psiquiátrico¹³⁵.

O transtorno afetivo bipolar não se encontra entre os transtornos psicóticos constantes no código F-20 da CID-10, entretanto, constitui patologia com quadros psicóticos. Caracteriza-se pela ocorrência repetida de episódios com relevante perturbação no humor e nos níveis de atividade de uma pessoa. Nesses momentos, ocorre uma elevação de energia, da atividade e do humor (chamado de período de mania) seguido da diminuição desses componentes (denominado período da depressão). Os episódios maníacos costumam começar de forma abrupta e, usualmente, duram, em média, 4 meses. Os de depressão tendem a durar mais tempo, em média, 6 meses, embora raramente por mais de um ano, exceto em idosos¹³⁶.

Observa-se que os transtornos psicóticos constituem as principais patologias capazes de gerar a irresponsabilidade penal em razão da inimputabilidade ou da semi-imputabilidade do indivíduo com transtornos mentais, pois, em razão dos delírios e alucinações que os marcam, são capazes de afetar a capacidade de discernimento e autodeterminação do indivíduo.

¹³³ TELLES; DAY; ZORATTO, op. cit., p. 529.

¹³⁴ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS, 2020, op. cit., pp. 10-11.

¹³⁵ TELLES; DAY; ZORATTO, op. cit., p. 530.

¹³⁶ Ibidem, pp. 113-114.

1.4.2 Transtorno de personalidade paranoide

De acordo com Caballo¹³⁷, pessoas com transtorno de personalidade paranoide são excepcionalmente sensíveis, ao ponto de perceberem detalhes e mensagens ocultas que outras pessoas não perceberiam. Avaliam as pessoas antes de estabelecer alguma relação com elas e não precisam da aprovação, nem do conselho de outros para tomar decisões; captam sutilezas e múltiplos níveis de comunicação e se defendem muito bem quando atacados; apesar de levarem a sério as críticas, não se intimidam com elas; se preocupam em manter sua independência nos diversos aspectos da vida; são reservados e cautelosos, habilidosos para analisar os outros.

De acordo com Fochi e Castilho¹³⁸, o transtorno de personalidade paranoide é uma variação desadaptativa do modo de ser extrema, cuja principal característica é a desconfiança e a suspeita constante em relação aos outros. Segundo Fochi e Castilho, a dificuldade no tratamento da doença decorre da resistência do paciente em aderir a psicoterapia pela desconfiança, não admitindo sua doença.

Os critérios para diagnóstico desse tipo de personalidade trazidos por Fochi e Castilho, a partir da interpretação do DSM-IV-TR e da CID-10, são:

A CID - 10 (OMS, 1993) tem como critérios diagnósticos para o Transtorno os seguintes: sensibilidade excessiva a contratempos e rejeições; tendência a guardar rancores persistentemente, isto é, recusa a perdoar insultos e injúrias ou desafetos; desconfiança e tendência invasiva a distorcer experiências por interpretar erroneamente ações amistosas de outrem como hostis; um combativo e obstinado senso de direitos pessoais, em desacordo com a situação real; suspeitas recorrentes, sem justificativa, com respeito à fidelidade sexual do cônjuge ou parceiro sexual; tendência a experimentar auto-valorização excessiva, manifestada em atitudes persistentes de auto-referência; preocupação com explicações ‘conspiratórias’, não substanciadas, para o que ocorre. Estão excluídos Esquizofrenia e Transtornos Delirantes.

Os critérios diagnósticos do DSM - IV (APA, 1994) para o Transtorno de Personalidade Paranoide são: suspeita, sem base suficiente, de que os outros o(a) estão explorando, agredindo ou enganando; preocupação ou dúvidas injustificadas sobre a lealdade ou confiabilidade de amigos ou sócios; relutância em fazer confidências, por temer que as informações sejam usadas contra si; interpretação de significados ocultos em comentários amistosos; dificuldade em perdoar insultos; hipervigilância a ataques à própria pessoa ou reputação, podendo reagir de forma rápida e agressiva; suspeita, sem base justificada, em relação à fidelidade do cônjuge ou parceiro sexual. Devem estar preenchidos quatro ou mais critérios e estão excluídos Esquizofrenia,

¹³⁷ CABALLO, op. cit., p. 61.

¹³⁸ FOCHI, Guilherme Rubino de Azevedo; CASTILHO, José Carlos Ramos. Transtorno de personalidade paranoide: uma revisão. **Psychiatry Online**. n. 4, out. 1999. Disponível em: <http://www.polbr.med.br/ano99/para1099.php>. Acesso em: 22 dez. 2020. s.p.

Transtornos do Humor com sintomas psicóticos, outros Transtornos Psicóticos e condições médicas gerais.¹³⁹

Esses indivíduos possuem uma forte tendência a tentar controlar os outros, razão pela qual são patologicamente ciumentos, e têm suspeitas recorrentes à fidelidade do parceiro¹⁴⁰.

As características clínicas desse tipo de transtorno em relação ao comportamento são: extremamente vigilantes, com desconfianças profundas e infundadas face às demais pessoas; movimentos rápidos quando sentem insegurança ao redor; são provocadores com os outros; costumam interrogar as pessoas; mostram coerência na fala; reagem com enfado; são vingativos; têm aparência fria e controladora; são isolados e distantes; comprovam sempre a lealdade e a fidelidade das pessoas próximas¹⁴¹.

Em relação aos aspectos emocionais, experimentam grande ansiedade, são tensos, pouco emotivos e insensíveis ao sofrimento alheio, têm sensibilidade emocional excessiva, são facilmente irritáveis, não têm senso de humor, e o sentimento que mais demonstram é a ira. Em relação ao ambiente, geralmente, possuem problemas profissionais e nos relacionamentos íntimos, e detêm poucos amigos e pessoas de confiança¹⁴².

Como a percepção da ameaça no transtorno de personalidade paranoide é elevada e generalizada, havendo crenças fortes sobre as más intenções dos outros, que podem ocasionar delírios, ainda que não de forma sistemática¹⁴³, tal classificação pode ter alguma importância para o estudo dos inimputáveis, de acordo com os critérios de inimputabilidade previstos no Código Penal (artigo 26), devendo ser analisado de acordo com o caso concreto.

1.4.3 Transtorno de personalidade esquizoide

Indivíduos com transtorno de personalidade esquizoide são solitários, porque assim o preferem, introspectivos, independentes e não costumam se relacionar com outras pessoas, além de não expressarem emoções ou de se incomodarem com elogios ou críticas alheias. A principal característica das pessoas com transtorno de personalidade esquizoide é a indiferença em relação aos relacionamentos interpessoais, em todos os contextos, optando por não participar

¹³⁹ FOCHI; CASTILHO, op. cit., s.p.

¹⁴⁰ Ibidem, s.p.

¹⁴¹ CABALLO, op. cit., pp. 64-65.

¹⁴² Ibidem, pp. 66-67.

¹⁴³ BECK, Aaron T.; DAVIS, Denise D.; FREEMAN, Arthur. **Terapia cognitiva dos transtornos de personalidade**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017. pp. 224-225.

de qualquer atividade que envolva contato com os outros; eventuais ocupações sociais que desenvolvem são solitárias¹⁴⁴.

Esses também praticamente não demonstram afeto e costumam ser letárgicos em sua fala, com poucas expressões; raramente apresentam variações de humor, seja negativa ou positiva, apesar dos acontecimentos externos¹⁴⁵.

Ressaltam Beck, Davis e Freeman que elevados níveis de introversão, por si só, não caracterizam o transtorno de personalidade esquizoide, sendo necessário para o diagnóstico a característica da indiferença para com os relacionamentos pessoais, e o contexto de inflexibilidade para fazer ajustes em sua vida que acarretam grande estresse para a pessoa¹⁴⁶.

Afirmam mencionados autores, a partir da análise do DSM-5 e da CID-10, que, para o diagnóstico, é necessário um “padrão longitudinal de desapego e indiferença aos relacionamentos interpessoais, acompanhado por uma gama consideravelmente limitada de emoções expressadas em situações sociais”. A pessoa com transtorno de personalidade esquizoide não se angustia com a ausência de relacionamentos, mas é possível que sinta angústia pela pressão de outras pessoas, como familiares, a respeito de sua falta de envolvimento. Além disso, há uma insensibilidade acentuada a normas e convenções sociais, e uma capacidade limitada de expressar sentimentos¹⁴⁷.

Os critérios para diagnóstico são encontrados no CID-10¹⁴⁸: capacidade restrita para expressar sentimentos ternos, calorosos ou de raiva; não deseja nem desfruta de relações íntimas; escolhe sempre atividades solitárias; tem prazer em poucas atividades; é indiferente aos elogios e críticas; mostra desapego, frieza ou embotamento afetivo; tem grandes preocupações com fantasias, e é introspectivo; tem marcante insensibilidade com normas e convenções sociais.

Os aspectos emocionais característicos são: baixa ativação emocional; incapacidade de expressar emoções; respostas emocionais reprimidas; podem estabelecer vínculos emocionais com animais; desejo sexual hipoativo; não desfrutam de relações íntimas. Os indivíduos com transtorno de personalidade esquizoide são solitários, independentes e autossuficientes, e veem os outros como intrusos e estranhos. Suas atividades profissionais podem ser prejudicadas se requererem relacionamento com outras pessoas¹⁴⁹.

¹⁴⁴ BECK; DAVIS; FREEMAN, op. cit., p. 240.

¹⁴⁵ Ibidem, p. 240.

¹⁴⁶ Ibidem, p. 240.

¹⁴⁷ Ibidem, pp. 240-241.

¹⁴⁸ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS, 2020, op. cit., p. 199.

¹⁴⁹ CABALLO, op.cit., pp. 83-84.

Os aspectos comportamentais característicos da pessoa com transtorno de personalidade esquizoide são: movimentos corporais inquietos, com rigidez gestual; pouco contato visual e ausência de expressão facial; tom de voz lento e monótono; hipoativos, sem vitalidade e energia; sem iniciativa; preferem atividades solitárias; sem cordialidade com os outros.¹⁵⁰

No que se refere ao cometimento de crimes, estudo feito com indivíduos que cometeram três ou mais fatos criminosos que configuraram, concomitantemente, homicídio e estupro, constatou que 86,5% deles preenchiam os critérios para psicopatia e que metade desse grupo possuía personalidade esquizoide¹⁵¹. Apesar de os critérios para a configuração da inimputabilidade na legislação brasileira exigirem a ausência de autodeterminação ou a incapacidade de entender o caráter ilícito do fato, o que, a princípio, não ocorre com esse grupo, Valença *et al.* apontam que a menor capacidade de discernimento e de autoinibição decorrentes dos transtornos de personalidade pode levar à conclusão de que seriam semi-imputáveis na análise do caso concreto¹⁵².

1.4.4 Transtorno de personalidade esquizotípica

Pessoas com transtorno de personalidade esquizotípica têm um comportamento diferente, estranho ao ambiente em que se encontram. Essas pessoas tendem a se interessar por temas sobrenaturais, ocultos, misteriosos, de adivinhação. Tendem a dar interpretação diferente aos acontecimentos convencionais. Inclina-se a se basear em seus próprios sentimentos, sem se importar se as outras pessoas o compreendem; são independentes e não precisam de interações sociais; são sensíveis à forma como os outros reagem a eles; são curiosos, criativos e com imaginação ampla; inconformados com o convencional; não são ambiciosos e nem competitivos; possuem grande capacidade de concentração e desconexão¹⁵³.

O diagnóstico desse tipo de transtorno é relatado apenas pelo DSM-IV-TR, e apresenta como sinais e sintomas clínicos para Beck, Davis e Freeman: a capacidade limitada para se envolver em relacionamentos interpessoais, que causam uma experiência de sofrimento significativo; comportamento excêntrico incomum; tem crenças em pensamentos mágicos; percepções de desconfiança ou pensamentos paranoides, com diminuto ou nenhum

¹⁵⁰ Ibidem, p. 81.

¹⁵¹ STONE, Michael H. Serial sexual homicide: biological, psychological, and sociological aspects. **Journal of Personality Disorders**, pp. 1-18, 2001. p. 15.

¹⁵² VALENÇA *et al.*, op. cit., p 332.

¹⁵³ CABALLO, op.cit., p. 93.

discernimento sobre os aspectos distorcidos dessas cognições; afeto limitado e ansiedade social excessiva¹⁵⁴.

Observa-se que o transtorno de personalidade esquizotípico não está incluído no CID-10, que o abarca o transtorno esquizotípico como uma condição clínica associada à esquizofrenia¹⁵⁵.

Caballo afirma que os comportamentos característicos do indivíduo com transtorno de personalidade esquizotípica incluem excentricidade, senso de humor absurdo, isolamento, padrão estranho de linguagem, vestimenta peculiar, não respondem a gestos ou cumprimentos, variação da aparência entre fria a agitada. Os aspectos cognitivos incluem insensibilidade íntima, falta de pensamento lógico, supersticioso, pensamento psicótico em situação de estresse, distorções perceptivas, fantasias estranhas, experiências místicas, desconfiança em relação aos outros, sensação de irrealidade, desconforto na interação com outras pessoas, falta de espontaneidade, ambição e vitalidade, dificuldade observar as necessidades dos demais¹⁵⁶.

Quanto aos aspectos emocionais, são ansiosos, sem afetividade, irascíveis e depressivos. Em relação aos impactos ambientais, mudam frequentemente de emprego, tem estilo de vida nômade, e tem grande dificuldade de relacionamento interpessoal¹⁵⁷.

Quanto à ocorrência de delírios, tem-se que, enquanto Beck, Davis e Freeman afirmam que essas pessoas têm ocasionalmente episódios semipsicóticos transitórios, com ilusões intensas, alucinações e ideias semelhantes a delírios¹⁵⁸, Caballo afirma que o transtorno de personalidade esquizotípica se diferencia da esquizofrenia por não apresentar sintomas como alucinações ou delírios¹⁵⁹.

Assim, a importância desse transtorno mental para a análise dos que cometem crimes depende essencialmente da análise, no caso concreto, da ocorrência ou não de delírios e alucinações que comprometem a capacidade de se autodeterminar e de compreender o caráter ilícito do crime e de configurar, assim, a inimputabilidade. No entanto, ainda é possível que a menor capacidade de discernimento e de autoinibição decorrentes dos transtornos de personalidade leve à conclusão de que seriam semi-imputáveis, como afirmam Valença *et al.*¹⁶⁰.

1.4.5 Transtorno de personalidade borderline

¹⁵⁴ BECK; DAVIS; FREEMAN, op. cit., pp. 233-234.

¹⁵⁵ Ibidem, p. 233.

¹⁵⁶ CABALLO, op. cit., pp. 96-97.

¹⁵⁷ Ibidem, pp. 99-100.

¹⁵⁸ BECK; DAVIS; FREEMAN, op. cit., p. 234.

¹⁵⁹ CABALLO, op.cit., p. 100.

¹⁶⁰ VALENÇA *et al.*, op. cit., p. 332.

O estilo *borderline* é caracterizado como “fogo e gelo”, de acordo com Caballo¹⁶¹, pois as pessoas com esse transtorno possuem emoções instáveis e intensas. São extremamente reativas, e algumas situações corriqueiras para outras pessoas são capazes de desencadear reações violentas nesses indivíduos. Eles sentem a necessidade de experimentar sensações de prazer e emoções imediatas, o que os impede de elaborar planos para o futuro.

Para Caballo, os aspectos característicos de conduta das pessoas que detêm esse transtorno são: altos níveis de inconsistência; relações interpessoais intensas e caóticas; provocação de conflitos com frequência; comportamentos frequentes de automutilação e suicídio; adaptações sociais apenas superficiais; excessivamente dependentes dos demais; manipuladores e chantagistas; explosões inesperadas de agressividade¹⁶².

De acordo com o CID-10¹⁶³, os critérios do transtorno de personalidade *borderline* são: acentuada tendência a agir de forma inesperada; predisposição a apresentar um comportamento conflituoso, especialmente quando as ações impulsivas são impedidas ou censuradas; tendência a apresentar arrebatamentos de ira e violência; estado de humor instável; sentimentos crônicos de vazio; propensão a se envolver em relacionamentos intensos e instáveis, que usualmente ocasionam ameaças de suicídio e atos de autolesão para evitar o abandono.

Em relação ao aspecto do cometimento de crimes, esse transtorno tem poucos reflexos no quesito da inimputabilidade, cabendo a análise, no caso concreto, a respeito da semi-imputabilidade em decorrência do transtorno de personalidade¹⁶⁴.

1.4.6 Transtorno de personalidade antissocial

De acordo com Caballo¹⁶⁵, o transtorno de personalidade antissocial costuma ser um assunto de grande interesse dos estudiosos, por causa de sua complexidade. No tipo de transtorno em comento, a maldade e a loucura se permeiam. Os indivíduos apresentam um padrão de comportamento explorador, irresponsável em relação às normas sociais, irritável e agressivo, falso, sem remorso, de indiferença, e com incapacidade para cumprir obrigações¹⁶⁶.

¹⁶¹ CABALLO, *op.cit.*, p. 137.

¹⁶² *Ibidem*, p. 145.

¹⁶³ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS., 2020, *op. cit.*, pp. 200-201.

¹⁶⁴ VALENÇA *et al.*, *op. cit.*, p. 332.

¹⁶⁵ CABALLO, *op. cit.*, p. 109.

¹⁶⁶ CABALLO, *op. cit.*, p. 109.

Os aspectos cognitivos que caracterizam as pessoas com transtorno de personalidade antissocial são: ausência de empatia e remorso; reduzida tolerância a frustrações; extroversão; falta de lealdade interpessoal; padrões rígidos e inflexíveis; falta de medo do castigo; ausência de valores morais e éticos; necessidade de controlar o ambiente; inexistência de aprendizado com as consequências negativas de seus atos; falta de planos a longo prazo; ampla confiança em si e desconfiança dos outros¹⁶⁷.

Os sujeitos com um estilo antissocial, quanto aos aspectos emocionais, são: impulsivos, irritados, hostis, frios, não tem sentimentos de intimidade e cordialidade, se frustram quando perdem o controle do ambiente. Tratam-se de indivíduos que acreditam ser fortes, independentes e autossuficientes, e que veem os outros como vulneráveis e desafiantes, e que com frequência seduzem, manipulam, mentem ou agridem os demais¹⁶⁸.

A CID-10¹⁶⁹ afirma que o transtorno de personalidade antissocial chama atenção pela desconformidade entre as regras sociais e o comportamento do indivíduo, sendo caracterizado por: ações contínuas de clara irresponsabilidade, desrespeito por normas e obrigações, pela apatia com os sentimentos dos outros, incapacidade de sentir culpa de aprender com erros e castigos, reduzido nível de tolerância à frustração, impulsos de agressividade e violência, tendência de culpar os outros pelo seu comportamento, e dificuldade em manter relacionamentos interpessoais.

Nunes, ao analisar o comportamento criminoso e a presença de psicopatologia, afirma que o transtorno de personalidade social age como força impulsionadora da prática do crime, e que constitui um diagnóstico frequente entre indivíduos avaliados pela psiquiatria forense. Entretanto, afirma a autora que nem todos os sujeitos diagnosticados com essa patologia, necessariamente, cometem crimes, sendo que tal diagnóstico não implica a irresponsabilidade penal pelo ato praticado¹⁷⁰.

Deve-se ressaltar que o detentor de personalidade antissocial tem a consciência de que o que faz é ilícito, pois ele compreende as normas sociais, sendo capaz de se autodeterminar, razão pela qual tal transtorno, a princípio, não impede a responsabilização criminal. Entretanto,

¹⁶⁷ Ibidem, p. 117.

¹⁶⁸ Ibidem, p. 119.

¹⁶⁹ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS, 2020, op. cit., pp. 200-201.

¹⁷⁰ NUNES, Laura M. Crime - psicopatia, sociopatia e personalidade antissocial. **Revista da Faculdade de Ciências Humanas e sociais**. Porto - Portugal: Edições Universidade Fernando Pessoa. ISSN 1646-0502. 6 (2009) 152-161. p. 158.

há discussão doutrinária se esta pode ou não ser considerada causa de semi-imputabilidade, como defendem Souza, Moretto e Cornellis¹⁷¹.

¹⁷¹ SOUZA, Carlos Alberto Crespo de; MORETTO, Cíntia Pacheco; CORNELLIS, Fabiana. Transtorno de personalidade anti-social: pena ou medida de segurança? **Psychiatry on-line Brasil**, v. 11, n. 8, 2006. Disponível em: <http://www.polbr.med.br/ano06/artigo0806.php>. Acesso em: 03 out. 2020.

2 A PESSOA COM TRANSTORNOS MENTAIS EM CONFLITO COM A LEI NO BRASIL

No presente capítulo, buscou-se analisar o regime jurídico incidente aos detentores de transtornos mentais que cometem crimes no Brasil. Para tanto, a partir do reconhecimento da existência de múltiplos níveis de tutela dos direitos humanos (global, regional e nacional), estudou-se, inicialmente, os documentos internacionais que regem o encarcerado e as normas que lhe são aplicáveis.

Inicialmente, é necessário apontar que diversos são os documentos internacionais que tratam de temas que também atingem as pessoas encarceradas, por exemplo, a tortura, mas são dois os documentos que dizem respeito, exclusivamente, sobre o tema: as Regras de Nelson Mandela e as Regras de Bangkok, ambos da ONU; enquanto o primeiro documento se destina a estabelecer padrões mínimos de tratamento das pessoas presas em todo o mundo, o segundo volta-se especificamente às questões das mulheres presas.

Apesar de tratar-se de normas de *soft law*, não cogentes, tais documentos têm ampla relevância ao sistema brasileiro de tratamento dos encarcerados por constituírem documentos que regem o sistema global de direitos humanos, do qual o Brasil faz parte. Os dois documentos internacionais estabelecem regras mínimas de tratamento à saúde dos presos em geral, e também dos presos com transtornos mentais, e vedam a colocação dessas pessoas em prisões comuns, devendo ser tratadas em locais especializados em doenças mentais.

No Brasil, o regime jurídico destinado à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei é regido pelo Código Penal, pelo Código de Processo Penal e pela Lei de Execução Penal. Em síntese, aquele que detém transtornos mentais, e, em razão dos sintomas desse transtorno, comete um crime (por estar com a capacidade de compreensão ou de autodeterminação comprometida, parcial ou totalmente), se submete a um regime jurídico próprio, referente ao instituto da inimputabilidade. O inimputável no País é excluído de responsabilidade criminal, e lhe são impostas as denominadas “medidas de segurança”, que têm por finalidade principal o tratamento dessas pessoas.

Segundo a legislação penal, as medidas de segurança devem ser cumpridas em regime inicial de internação em hospitais de custódia ou estabelecimentos similares sempre que o crime cometido for punido com reclusão; e em regime de tratamento ambulatorial em meio aberto, quando o delito for punido com penas de detenção. Essas medidas não têm, pela lei, tempo máximo de cumprimento, tendo a jurisprudência sumulada do Superior Tribunal de Justiça estabelecido como limite o tempo máximo da pena em abstrato do crime cometido.

Além disso, o que fundamenta a aplicação das medidas de segurança aos inimputáveis é a periculosidade, consistente na possibilidade de reiteração delitiva; referido conceito baseia-se em noções de prognose duramente criticadas por parcela da doutrina, por tratar-se de fundamento permeado de pré-conceitos de que apenas essas pessoas com transtornos mentais seriam perigosas à sociedade.

Além das diretrizes trazidas pela mencionada legislação, uma das políticas públicas de tratamento da saúde de presos da União, criada em 2014, direciona-se especificamente às pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei, a EAP – Serviço de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei.

Por fim, busca-se analisar o tratamento da pessoa com transtorno mental que comete crime em países europeus e nos Estados Unidos, comparando-os ao regime brasileiro. A maior parte dos países europeus possuem um regime jurídico semelhante ao brasileiro, com a ausência de responsabilização criminal dessa pessoa, que, em regra, não recebe pena, mas sim medidas de tratamento; alguns países, como a Itália, já alteraram a forma de tratamento e extinguiram todos os manicômios judiciários. Os Estados Unidos, por sua vez, por não possuir um direito positivado, não tem um sistema claro de imposição de tratamento nesses casos, cuja sanção a ser aplicada depende da decisão judicial do caso concreto.

2.1 SISTEMA INTERNACIONAL DE PROTEÇÃO DAS PESSOAS ENCARCERADAS COM TRANSTORNOS MENTAIS

Diversos são os documentos internacionais que tratam dos encarcerados e da tutela de seus direitos, de forma secundária e juntamente com diversos outros assuntos; estes têm relevante aplicação no sistema jurídico brasileiro, por terem sido expressamente ratificados pelo Brasil ou por comporem sistemas de proteção dos quais o País faz parte.

Já a Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948, em seu artigo 5º, dispõe que “Ninguém será submetido a tortura nem a penas ou tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes”¹⁷². Nos artigos 6º ao 11º, o Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos, por sua vez, traz previsão idêntica à Declaração de 1948, prevendo a vedação à tortura, e também dispõe sobre vários outros direitos penais e processuais penais, como a proibição da

¹⁷² ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 10 de dezembro de 1948**. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2018/10/DUDH.pdf>. Acesso em: 28 mai. 2019.

prisão arbitrária, isto é, sem os fundamentos e procedimentos legais, a necessidade de levar a pessoa encarcerada ao juiz em seguida da prisão, o dever de informar o preso sobre os motivos de sua prisão, o direito a recorrer de uma prisão ilegal, a colocação da prisão preventiva como medida de exceção, o direito a receber um tratamento com humanidade, o direito à separação entre condenados e não condenados e entre jovens e adultos, a colocação da reabilitação como o principal objetivo da pena, entre outros¹⁷³.

A Convenção Americana sobre Direitos Humanos, de 1969, também dispõe sobre direitos dos encarcerados, em seus artigos 5º a 7º, os quais são extremamente semelhantes aos direitos previstos no Pacto Internacional de direitos civis e políticos¹⁷⁴.

A Convenção Internacional para a Proteção de Todas as Pessoas contra o Desaparecimento Forçado e a Convenção Interamericana sobre o Desaparecimento Forçado de Pessoas também possuem várias previsões acerca de direitos das pessoas presas, relacionados ao direito à comunicação da prisão à família e ao direito à informação sobre da prisão, bem como determina a criação de registros estatais oficiais das pessoas presas^{175 176}.

As convenções relacionadas à vedação da tortura também se relacionam, ainda que não de forma exclusiva, com a tutela dos direitos dos presos, já que tal ato tem como principais finalidades o castigo, a intimidação ou a investigação criminal; os dois principais documentos internacionais que tratam sobre a temática são a Convenção Contra a Tortura e Outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes e a Convenção Interamericana para Prevenir e Punir a Tortura^{177 178}.

Constata-se, assim, que os direitos humanos das pessoas encarceradas, tradicionalmente, referiam-se a direitos e garantias penais e processuais penais, essencialmente,

¹⁷³ BRASIL. **Decreto n. 592, de 6 de julho de 1992b**. Atos Internacionais. Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos. Brasília, DF: Presidência da República, [2020]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/d0592.htm. Acesso: 29 mai. 2019.

¹⁷⁴ BRASIL. **Decreto n. 678, de 6 de novembro de 1992a**. Promulga a Convenção Americana sobre Direitos Humanos (Pacto de São José da Costa Rica), de 22 de novembro de 1969. Brasília, DF: Presidência da República, [2020]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D0678.htm. Acesso em: 25 jan. 2020.

¹⁷⁵ BRASIL. **Decreto n. 8.767, de 11 de maio de 2016a**. Promulga a Convenção Internacional para a Proteção de Todas as Pessoas contra o Desaparecimento Forçado, firmada pela República Federativa do Brasil em 6 de fevereiro de 2007. Brasília, DF: Presidência da República, [2020]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2015-2018/2016/decreto/D8767.htm. Acesso em: 29 mai. 2019.

¹⁷⁶ BRASIL. **Decreto n. 8.766, de 11 de maio de 2016b**. Promulga a Convenção Interamericana sobre o Desaparecimento Forçado de Pessoas, firmada pela República Federativa do Brasil, em Belém, em 10 de junho de 1994. Brasília, DF: Presidência da República, [2020]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2015-2018/2016/decreto/D8766.htm. Acesso: 29 mai. 2019.

¹⁷⁷ BRASIL. **Decreto n. 40, de 15 de fevereiro de 1991**. Promulga a Convenção Contra a Tortura e Outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes. Brasília, DF: Presidência da República, [2020]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/D0040.htm. Acesso: 29 mai. 2019.

¹⁷⁸ BRASIL. **Decreto n. 98.386, de 9 de dezembro de 1989**. Promulga a Convenção Interamericana para Prevenir e Punir a Tortura. Brasília, DF: Presidência da República, [2020]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1980-1989/D98386.htm. Acesso em: 29 mai. 2019.

ligadas à ideia de abstenção do Estado no tratamento degradante e cruel, e esses direitos continuam a encontrar guarida nos mais recentes tratados internacionais sobre encarcerados, especialmente, por tratar-se de violação presente na contemporaneidade.

Dentre os direitos tradicionalmente garantidos, verifica-se existirem nos mencionados documentos internacionais diversas previsões de direitos relacionados com a tutela do devido processo legal, da prisão emanada de uma ordem válida, da reabilitação como a principal finalidade da pena, da garantia de separação entre os presos, observando-se como liame comum a constante preocupação com a garantia da integridade física do encarcerado.

Observa-se, ademais, que esses direitos têm em comum o fato de tratar-se de direitos humanos classificados como de primeira dimensão, sendo, essencialmente, vinculados às garantias pertinentes à proibição da tortura e de tratamentos estatais abusivos. Embora os direitos de primeira dimensão referentes às pessoas encarceradas serem os mais antigos, a garantia desses direitos, assim como a efetividade dos direitos de segunda geração, depende de posturas ativas do Poder Público, com o intuito de cumpri-los, notadamente, por meio de políticas públicas¹⁷⁹.

Especificamente relacionados aos direitos humanos dos presos, no âmbito do sistema global de proteção, existem dois documentos internacionais, os únicos que lidam exclusivamente sobre o assunto e abordam a questão da saúde mental: as Regras Mínimas das Nações Unidas para o Tratamento de Presos, também chamadas de Regras Nelson Mandela, e as Regras das Nações Unidas para o Tratamento de Mulheres Presas e Medidas não Privativas de Liberdade para Mulheres Infratoras, também denominadas de Regras de Bangkok.

As Regras Mínimas das Nações Unidas para o Tratamento de Presos são classificadas pela doutrina do Direito Internacional como regras de *soft law*, as quais têm por finalidade fixar regras mínimas e princípios básicos para o tratamento dos detentos e para a estruturação da organização penitenciária, servindo de estímulo para que se busque sua aplicação; conforme expressa previsão em seu texto, não buscam descrever de forma pormenorizada um sistema penitenciário ideal, mas, sim, estabelecer regras mínimas a serem aplicadas indistintamente em todos os lugares, especialmente, levando-se em conta a imensa variedade de condições legais, sociais, econômicas e geográficas existentes¹⁸⁰.

As Regras de Nelson Mandela, em suas regras 24 a 35, preveem diversos direitos dos presos à prestação de serviços médicos, que devem ser fornecidos pelo poder público, de acordo

¹⁷⁹ SILVA, Virgílio Afonso da. **Direitos fundamentais**. Conteúdo essencial, restrições e eficácia. 2. ed. São Paulo: Malheiros Editores, 2014. p. 238.

¹⁸⁰ RAMOS, André de Carvalho. **Curso de Direitos Humanos**. 5. ed. São Paulo: Saraiva, 2018. p. 217-218.

com os padrões de serviços de saúde disponíveis à sociedade em geral, tendo acesso de forma gratuita e sem discriminação¹⁸¹.

A regra 25 do documento dispõe que os estabelecimentos prisionais devem possuir um serviço de saúde direcionado à promoção da saúde física e mental dos encarcerados, devendo haver uma especial atenção aos detentos com necessidades especiais e com problemas de saúde que dificultam sua reabilitação. O dispositivo prevê, também, que esse serviço de saúde deve estar equipado com uma equipe multidisciplinar, que tenha conhecimento de psicologia e psiquiatria, e com independência clínica¹⁸².

As Regras Mínimas das Nações Unidas para o Tratamento de Presos dispõem também que, ao entrar no estabelecimento penal, o preso deve ser analisado por médico ou outro profissional de saúde, que dê atenção específica aos sinais de estresse psicológico ou de qualquer outro tipo decorrente da reclusão, abrangendo o risco de suicídio e de autolesões e os sintomas de abstinência relativos do uso de drogas, medicamentos e álcool, devendo tomar as medidas adequadas e o tratamento individualizado (regra 30)¹⁸³.

Há, ainda, nas Regras de Mandela, a previsão de que, no relacionamento entre o médico e os profissionais de saúde com o recluso, aqueles devem proteger a saúde mental e física do recluso e prevenir e tratar as doenças com base em fundamentos clínicos (regra 32). A regra 33 estipula que o médico tem o dever de informar o diretor do estabelecimento prisional, quando verificar que o prolongamento da prisão afeta a saúde física ou mental do recluso de forma desfavorável¹⁸⁴.

Há duas regras desse documento internacional que se referem especificamente aos detentos com transtornos mentais e com problemas de saúde, que são as regras 109 e 110. A regra 109 determina que não devem ser colocadas em prisões as pessoas consideradas inimputáveis já durante o trâmite do processo criminal, ou as que, durante a execução da pena, forem diagnosticadas com deficiências mentais ou problemas de saúde grave, uma vez que o encarceramento pode agravar tal condição. Determina que essas pessoas devem ser transferidas para um estabelecimento voltado aos doentes mentais o mais rápido possível, estabelecendo que é possível que os detentos com doenças mentais sejam examinados e tratados em

¹⁸¹ ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Regras Mínimas das Nações Unidas para o Tratamento de Presos**. Disponível em: https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/Nelson_Mandela_Rules-P-ebook.pdf. Acesso em: 28 mai. 2020. pp. 10-14.

¹⁸² Ibidem, p. 11.

¹⁸³ Ibidem, p. 12.

¹⁸⁴ Ibidem, p. 13.

instituições especializadas fora dos estabelecimentos prisionais, sob vigilância médica, caso necessário¹⁸⁵.

Os estabelecimentos prisionais devem, também, viabilizar o fornecimento de tratamento psiquiátrico a todos os reclusos que necessitem. A regra número 110 do documento internacional dispõe que é desejável que sejam tomadas medidas com a finalidade de que o tratamento psiquiátrico seja mantido após a colocação em liberdade do reeducando. Nesse ponto, as Regras de Mandela apontam para o fato de que a grande causa de encarceramento das pessoas com transtornos mentais é a própria patologia, enfatizando a necessidade de manter o tratamento após o encarceramento, permitindo uma reabilitação contínua e eficaz, evitando o retorno do recluso¹⁸⁶.

O segundo documento internacional exclusivamente destinado às pessoas encarceradas são as Regras das Nações Unidas para o Tratamento de Mulheres Presas e Medidas não Privativas de Liberdade para Mulheres Infratoras, também denominadas de Regras de Bangkok, resultante do trabalho de especialistas realizado em Bangkok, em 2009, aprovado pela Assembleia Geral da ONU, em dezembro de 2010, criadas com a finalidade de complementar as Regras de Mandela. Tais regras também possuem caráter não-vinculante aos Estados, constituindo norma classificada como de *soft law*, no entanto, constituem importante fonte de interpretação e orientação¹⁸⁷.

No que tange à saúde mental, várias das Regras de Bangkok voltadas a essa temática são semelhantes ou até idênticas às Regras de Mandela, entretanto, aquele documento internacional, mais recente, preocupou-se em detalhar ainda mais sobre a importância da tutela da saúde mental das pessoas encarceradas.

No que tange às mulheres presas com transtornos mentais, as Regras das Nações Unidas para o Tratamento de Mulheres Presas e Medidas não Privativas de Liberdade para Mulheres Infratoras preveem, em sua regra número 6, que deve ser realizado exame médico de ingresso no estabelecimento penal e este deve constatar e indicar a necessidade de cuidados básicos de saúde, incluindo cuidados em relação à saúde mental, mencionando os transtornos de estresse pós-traumático, de autolesões, risco de suicídio e dependência de drogas. Constata-se que, nesse

¹⁸⁵ ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, Regras Mínimas das Nações Unidas para o Tratamento de Presos, p. 36.

¹⁸⁶ Ibidem.

¹⁸⁷ RAMOS, 2018, op. cit., p. 231.

ponto, as normas das Regras de Bangkok encontram correspondência com as Regras de Mandela, que também preveem a necessidade do exame médico de entrada na prisão¹⁸⁸.

As Regras de Bangkok preveem, ao tratar dos cuidados com a saúde mental das presas, em sua regra 12, o dever de disponibilizar às encarceradas que possuam necessidades de cuidado da saúde mental programas de atenção à saúde mental, prestados de maneira individualizada e preocupados com questões de gênero e com a compreensão dos traumas, estipulando a necessidade de disponibilização de programas de reabilitação. A regra 13 determina, outrossim, que os funcionários dos estabelecimentos prisionais devem garantir que seja prestado o apoio adequado quando for observado que as reclusas passam por momentos de especial angústia¹⁸⁹.

As regras 15 e 16 dispõem que os serviços de saúde dos estabelecimentos prisionais devem possuir programas de tratamento às mulheres encarceradas que sejam usuárias de drogas e serviços de atenção à saúde mental e assistência social, com a finalidade de prevenir as autolesões e o suicídio; há também a menção de que tais serviços de saúde devem sempre levar em consideração a perspectiva de gênero dessas reclusas em situação de risco¹⁹⁰.

As Regras de Bangkok dispõem, ainda, que deve haver treinamento dos funcionários dos estabelecimentos prisionais para detectar a necessidade de tomada de medidas relativas à saúde mental das mulheres presas, como o risco de suicídio e autolesões, prestando o apoio necessário e as encaminhando a especialistas (regra 35). Resta clara, em mencionado documento internacional, a preocupação com os índices de depressão e suicídio entre as mulheres reclusas¹⁹¹.

O estabelecimento penal deve classificar as presas condenadas, contemplando suas necessidades específicas, ao planejar e executar programas apropriados para reabilitação. Nessa classificação, é necessário se levar em conta o histórico de transtornos mentais e uso de drogas, conforme previsão das regras número 40 e 41. Além disso, a regra número 41 desse documento internacional prevê que as reclusas com transtornos mentais não devem ser detidas em unidades com elevados níveis de segurança somente devido a seus problemas de saúde mental, devendo

¹⁸⁸ ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Regras das Nações Unidas para o Tratamento de Mulheres Presas e Medidas não Privativas de Liberdade para Mulheres Infratoras**. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2019/09/cd8bc11ffdcbc397c32eecd40afbb74.pdf>. Acesso em: 28 mai. 2020. p. 06.

¹⁸⁹ Ibidem, p. 25.

¹⁹⁰ Ibidem, p. 25.

¹⁹¹ Ibidem, p. 31.

ser acomodadas em ambientes não restritivos, com o menor nível de segurança possível, devendo ser garantido que recebam tratamento adequado¹⁹².

As Regras de Bangkok determinam, ademais, que se deve incentivar o contato das presas com seus familiares mediante visitas, como meio de promover o bem-estar mental de todas as mulheres encarceradas (regra número 43)¹⁹³.

A regra número 60 estipula o dever de serem disponibilizados recursos e serviços que lidem com as principais causas que levam as mulheres a serem presas, como cursos terapêuticos, tratamento à saúde mental, orientação para vítimas de violência doméstica e sexual, e programas de educação e de capacitação para melhorar as possibilidades de inserção no mercado lícito¹⁹⁴.

Constata-se, desse modo, que as Regras das Nações Unidas para o Tratamento de Mulheres Presas e Medidas não Privativas de Liberdade para Mulheres Infratoras reforçam diversas das normas trazidas pelas Regras de Nelson Mandela, e as complementam, ao prever regras específicas relacionadas às questões do gênero feminino; no que toca à temática da saúde mental, o documento revela substancial preocupação com a prevenção ao suicídio e às autolesões e com o tratamento dos funcionários do sistema penitenciário.

Outro ponto importante a este trabalho é que tanto as Regras de Nelson Mandela como as Regras de Bangkok não apenas revelam uma preocupação com o tratamento da saúde mental de todos os detentos, como ainda estabelecem que as pessoas com transtornos mentais não devem ficar detidas em estabelecimentos penais comuns devido à saúde mental. Este último documento internacional prevê que essas pessoas devem ser acomodadas em locais não restritivos, com o menor nível de segurança possível.

A necessidade de dar efetividade a esses direitos mínimos, previstos nessas convenções internacionais pelo Estado brasileiro, apesar de tratar-se de normas de *soft law*, e, portanto, não vinculantes, decorre essencialmente do fato de o Brasil compor o sistema global de tutela dos direitos humanos. Na análise da norma incidente de cada caso concreto, diante da multiplicidade de normas de tutela dos direitos humanos, em seus vários níveis, deve-se aplicar a mais favorável ao indivíduo, como sustenta Ramos¹⁹⁵.

¹⁹² ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Regras das Nações Unidas para o Tratamento de Mulheres Presas e Medidas não Privativas de Liberdade para Mulheres Infratoras, pp. 31-32.

¹⁹³ Ibidem, p. 34.

¹⁹⁴ Ibidem, p. 37.

¹⁹⁵ RAMOS, André de Carvalho. **Teoria Geral dos Direitos Humanos na Ordem Internacional**. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2012. p. 231.

Além disso, consoante Ramos¹⁹⁶, as normas desses documentos internacionais espelham direitos previstos em outros tratados internacionais, dos quais o Brasil é signatário, como a Declaração Universal de 1948 e o Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos, por exemplo, o direito à integridade física, à liberdade de religião, à igualdade, direito à saúde, entre outros. Em razão dessa identificação, o desrespeito a normas desses documentos internacionais de *soft law* pode concretizar a violação de dispositivos previstos em tratados de direitos humanos ratificados pelo Brasil.

2.2 A LEI PENAL E PROCESSUAL PENAL BRASILEIRA REFERENTE À PESSOA COM TRANSTORNOS MENTAIS EM CONFLITO COM A LEI

O regime jurídico específico da pessoa com transtornos mentais em conflito com a lei no Brasil é constituído por normas inseridas no Código Penal (com as alterações trazidas pela Lei n. 7.209/1984), no Código de Processo Penal (Decreto-lei n. 3.689/1941) e na Lei de Execução Penal.

O artigo 26, caput, do Código Penal, define o inimputável em razão de doença ou retardo mental, e dispõe que, caso o indivíduo que infringiu a norma penal seja inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito de sua ação ou, ainda, que compreenda a ilicitude, seja incapaz de determinar-se de acordo com esse entendimento, em razão de doença mental ou desenvolvimento mental com retardo ou incompleto, tal pessoa deve ser isenta de pena¹⁹⁷.

Como afirma Bittencourt, a imputabilidade “é a capacidade de culpabilidade, é a aptidão para ser culpável”, isto é, são as condições pessoais que permitem ao indivíduo a capacidade de a ele ser imputado um crime ou uma contravenção penal por ter condições mínimas de normalidade e maturidade psíquicas¹⁹⁸.

O inimputável, assim, é a pessoa que, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, não possui, no momento da prática do fato delituoso, capacidade de entender o caráter ilícito desse ou de determinar-se de acordo com esse entendimento. Em sentido contrário, o imputável é o indivíduo mentalmente são e desenvolvido, capaz de

¹⁹⁶ RAMOS, 2012, op. cit., p. 231.

¹⁹⁷ BRASIL. **Decreto-lei n. 2.848, de 7 de dezembro de 1940.** Código Penal. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/De12848compilado.htm. Acesso em: 12 jan. 2019.

¹⁹⁸ BITENCOURT, Cezar Roberto. **Tratado de Direito Penal.** Parte Geral. 25. ed. São Paulo: Editora Saraiva. 2019. v. 1. s.p.

compreender o caráter ilícito de seu fato e de determinar-se de acordo com esse entendimento¹⁹⁹.

A imputabilidade não se confunde com a responsabilidade penal, sendo que essa decorre das consequências jurídicas decorrentes da prática de um ato criminoso. Como afirma Jesus, a responsabilidade dos atos deve ser assumida por todos os indivíduos. De acordo com a teoria da imputabilidade moral, o homem é ser inteligente e livre e por isso responsável pelos atos praticados; aquele que não possui esses atributos é inimputável. Caso escolha uma conduta que lesa interesses jurídicos alheios, a pessoa deve sofrer as consequências de sua ação²⁰⁰.

Santos traz a imputabilidade como sinônimo de "capacidade de culpabilidade", e a conceitua como o "atributo jurídico de indivíduos com determinados níveis de desenvolvimento biológico e de normalidade psíquica, necessário para compreender a natureza proibida de certas ações e orientar o comportamento conforme essa compreensão"²⁰¹.

Zaffaroni *et al.*²⁰² afirmam que imputável é o sujeito que pode compreender a ilicitude de sua conduta, e adequar suas ações a essa compreensão. A imputabilidade já foi colocada como um requisito para a ação, um pressuposto para a culpabilidade, condição de punibilidade e, atualmente, muitos doutrinadores afirmam tratar-se de um elemento da culpabilidade.

As causas de exclusão da imputabilidade são as seguintes: doença mental, retardo mental, ou desenvolvimento mental incompleto, conforme previsão do artigo 26, do Código Penal; desenvolvimento mental incompleto por presunção da lei, nos termos do artigo 27, do Código Penal; embriaguez completa e fortuita, nos termos do artigo 28, § 1º, do Código Penal. Excluem, por consequência, a culpabilidade²⁰³.

Considera-se não ser suficiente para a configuração da inimputabilidade que a pessoa tenha doença mental, desenvolvimento mental incompleto (salvo a situação da inimputabilidade pela menoridade) ou retardado, ou esteja em estado de embriaguez fortuita completa. Também se exige que, como consequência dessas condições, tais indivíduos não tenham a capacidade de entender e de querer²⁰⁴.

A causa que justifica a inimputabilidade deve existir quando da prática do fato delituoso, não existindo a figura da imputabilidade subsequente²⁰⁵.

¹⁹⁹ JESUS, Damásio. **Direito Penal**: Parte geral. 32. ed. Revisada e atualizada. São Paulo: Saraiva, 2011. p. 513.

²⁰⁰ *Ibidem*, p. 514.

²⁰¹ SANTOS, Juarez Cirino. **Direito Penal**: Parte Geral. 8. ed. Florianópolis: Tirant lo Blanch, 2018. p. 307.

²⁰² ZAFFARONI, Eugênio Raúl *et al.*, op. cit., pp. 241 e 246.

²⁰³ MIRABETE, Julio Fabbrini; FABBRINI, Renato. **Manual de direito penal** – Parte Geral. 26. ed. São Paulo: Atlas, 2010. p. 184.

²⁰⁴ JESUS, op. cit., pp. 515-516.

²⁰⁵ *Ibidem*, p. 516.

De acordo com Bitencourt, três são os sistemas que definem a inimputabilidade, quais sejam, o sistema biológico, o sistema psicológico, e o sistema biopsicológico. Para o primeiro, a imputabilidade depende apenas da saúde mental do indivíduo, sendo que basta a presença da doença mental ou deficiência mental grave para que haja a configuração da inimputabilidade. Para o segundo, se aprecia apenas se havia, ou não, quando da prática do crime, a capacidade de apreciar a criminalidade do fato. O terceiro, por sua vez, reúne os dois mencionados sistemas e exige, para a declaração da inimputabilidade, não apenas a presença de enfermidade ou retardo mental, mas, ainda, a incapacidade de entendimento do ilícito e de se autodeterminar²⁰⁶.

O Código Penal Brasileiro adotou como regra geral o modelo biopsicológico, exigindo a inimputabilidade dois requisitos para a sua configuração: o aspecto biológico, que é o de possuir uma doença mental, e que essa doença influencie na capacidade intelectual do indivíduo, atingindo sua percepção de mundo; o aspecto psicológico, que se refere à ausência da capacidade de compreensão e de autodeterminação, sendo necessário que, no momento da ação ou omissão, a debilidade das faculdades mentais esteja presente²⁰⁷.

Ressalte-se que a constatação da inimputabilidade do indivíduo exclui a culpabilidade. Conforme Zaffaroni *et al.*, a culpabilidade pode ser conceituada como “[...] o juízo que permite vincular pessoalmente o injusto a seu autor, operando pois como o principal indicador oferecido pela teoria do delito para autorizar a teoria do poder punitivo sobre ele e limitar a magnitude de seu exercício²⁰⁸”.

Santos²⁰⁹ afirma que a culpabilidade como juízo de reprovação pode possuir três fundamentos: a imputabilidade, constituída pela condição pessoal do indivíduo de saber o que faz e de controlar tais atos; o conhecimento do injusto, consistente no conhecimento do valor ou proibição daquilo que se faz; e a exigibilidade de conduta diversa, consistente no poder de não fazer o que se fez.

Segundo Zaffaroni *et al.*²¹⁰, o Direito Penal sempre buscou uma ponte entre o injusto e a pena, sendo possível dividir as principais teorias que buscaram a encontrar em duas grandes tendências: a primeira baseia-se na ideia de retribuição, na necessidade de reprovação ante o âmbito de autodeterminação do sujeito; a segunda tendência afirma que a pena tem uma razão estatal de defesa pessoal fundada na periculosidade dos que cometem crimes.

²⁰⁶ BITENCOURT, op. cit., s.p.

²⁰⁷ FLORES, Andrea; LOPES, Jodascil Gonçalves. **Manual de Direito Penal**. São Paulo: Saraiva, 2015. p. 136.

²⁰⁸ JURGEN, Baumann; WEBER, Ulrich; MITSCH, Wolfgang, p. 387 apud ZAFFARONI, Eugênio Raúl *et al.* **Direito Penal Brasileiro**. 1. ed. Rio de Janeiro: Revan, 2017. v. II, Tomo II. p. 160.

²⁰⁹ SANTOS, op. cit., p. 296.

²¹⁰ ZAFFARONI *et al.*, op. cit., pp. 161-162.

Tais autores supracitados²¹¹, no entanto, criticam duramente o princípio segundo o qual “[...] a ninguém pode atribuir-se um injusto que não tenha resultado de sua livre determinação”, ante a clara seletividade discriminatória do Direito Penal, que revela os falsos fundamentos éticos da pena. Dessa forma, o sistema penal seleciona conforme a vulnerabilidade do indivíduo e não segundo a autodeterminação; quanto maior for a vulnerabilidade, maior o risco de criminalização.

Além da inimputabilidade, o parágrafo único do artigo 26, do Código Penal, dispõe sobre o semi-imputável, que se trata daquele que comete crime em virtude de perturbação de saúde mental ou por desenvolvimento mental incompleto ou retardado, e que não era inteiramente capaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento²¹². O indivíduo é beneficiado com uma causa de diminuição de pena, de um a dois terços.

Apesar de os indivíduos considerados inimputáveis no sistema jurídico atual serem isentos de pena, aplica-se a eles a medida de segurança, que também tem a natureza jurídica de uma sanção estatal, e se baseia no grau de periculosidade do agente. A sentença que deixa de impor pena, mas aplica ao indivíduo uma medida de segurança é denominada “sentença absolutória imprópria”²¹³.

A legislação criminal brasileira divide os indivíduos considerados imputáveis, que são aqueles que podem ser sancionados com penas, dos inimputáveis, os quais podem receber apenas a sanção das medidas de segurança.

A medida de segurança é regulamentada no Código Penal, nos artigos 96 a 98, que afirmam que tal sanção pode se dar com a internação em hospital de custódia ou estabelecimento similar, ou em tratamento ambulatorial. Afirma o Código Penal, no artigo 97, que, no caso do crime ser punido com detenção, é possível ao juiz submeter a pessoa com doença mental a tratamento ambulatorial, sendo também viável a internação ou o tratamento ambulatorial aos semi-imputáveis²¹⁴.

Foi eliminada do Código Penal, em razão de reforma ocorrida em 1984, a possibilidade de aplicar de forma simultânea a pena e a medida de segurança para os imputáveis e semi-imputáveis, tendo sido abandonado o sistema do duplo-binário para a adoção do sistema

²¹¹ ZAFFARONI *et al.*, op. cit., pp. 166 e 167.

²¹² BRASIL, 1940, op. cit.

²¹³ GRECO, Rogério. **Código Penal Comentado**. 11. ed. Rio de Janeiro: Ed. Impetus, 2017. s.p.

²¹⁴ BRASIL. **Decreto-lei n. 2.848, de 7 de dezembro de 1940**. Código Penal. Brasília, DF: Presidência da República, [2020]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/De12848compilado.htm . Acesso em: 12 jan. 2019.

vicariante; logo, a aplicação da sanção da medida de segurança passou a se justificar apenas na periculosidade do agente, aliado à sua incapacidade penal²¹⁵.

Ainda sobre o regime jurídico da pessoa com transtorno mental em conflito com a lei penal, o artigo 183, da Lei de Execução Penal (Lei n. 7.210, de 11 de julho de 1984), prevê que, no caso de o diagnóstico do transtorno mental ocorrer apenas durante a execução da pena, o magistrado determinará a substituição da pena pela medida de segurança, e esta apenas poderá ser cumprida com internação ou tratamento ambulatorial, o que será decidido por perícia médica; no caso de internação, a medida durará, no mínimo, um ano²¹⁶.

No caso de cumprimento da medida de segurança em regime de internação pela superveniência de doença mental no curso do cumprimento da pena, o artigo 108, da Lei de Execução Penal estabelece que o condenado deve ser internado em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico²¹⁷.

Observa-se, assim, que a Lei de Execução Penal estipula apenas que o cumprimento da medida de segurança é diferente do cumprimento de pena, e que a execução da medida de segurança deve ocorrer em hospital de custódia²¹⁸. Não há, na lei, menções à tutela da saúde mental ou ao tratamento especializado em psiquiatria e psicologia.

As previsões do Código Penal, conforme a reforma de 1984, e da Lei de Execução Penal, também de 1984, apresentam resquícios da regra que determinava a preponderância do tratamento da pessoa com transtorno mental em instituições com características asilares, não se amoldando à própria Lei n. 10.216/2001, que tratou da reforma psiquiátrica no País.

O tratamento jurídico criminal atual, destinado à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei, liga-se aos princípios da criminologia positivista, para a qual determinados indivíduos ou grupos possuem uma periculosidade inerente, sendo necessário seu controle por parte do Direito Penal²¹⁹. Esse tratamento jurídico conecta-se ao modelo biomédico de assistência à saúde, o qual pregava que pessoas com deficiência deveriam ser costumeiramente internadas para serem tratadas de suas denominadas anormalidades ou para ficarem excluídas do convívio social²²⁰.

²¹⁵ BITENCOURT, op. cit., s.p.

²¹⁶ BRASIL. **Lei n. 7.210, de 11 de julho de 1984**. Institui a Lei de Execução Penal. Brasília, DF: Presidência da República, [2020]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7210.htm. Acesso em: 04 set. 2019.

²¹⁷ Ibidem.

²¹⁸ Ibidem.

²¹⁹ MENDES, Soraia da Rosa; FARIA, Gustavo Dalul. A (dis)funcionalidade da medida de segurança no paradigma da reforma psiquiátrica. **Revista IBCCRIM**, v. 26, n. 144, pp. 217-250, jun. 2018. p. 217.

²²⁰ DINIZ, 2007, op. cit., p. 07.

Como o principal objetivo das medidas de segurança é o tratamento a ser fornecido ao inimputável, é liberado dessa obrigação no momento em que for detectada a cessação de sua periculosidade. O que sustenta a instituição da medida de segurança é o conceito da periculosidade, que tem o fim de diminuir a reincidência e incentivar a ressocialização²²¹.

O Supremo Tribunal Federal, ao decidir sobre o tempo máximo da medida de segurança, no Habeas Corpus n. 84.219/SP, entendeu que, apesar de a legislação não prever prazo máximo para a mencionada medida, o direito pátrio veda a prisão perpétua, não podendo ser a medida de segurança mais gravosa do que a própria pena; assim, concluiu que a medida de segurança não pode ter prazo superior a 30 anos, prazo máximo do cumprimento de pena no País²²². Ressalte-se que a Lei n. 13.964, de 24 de dezembro 2019, alterou o Código Penal e aumentou o limite máximo de cumprimento de pena no Brasil para 40 anos.

Por sua vez, o Superior Tribunal de Justiça também editou a Súmula 527, que dispõe que “O tempo de duração da medida de segurança não deve ultrapassar o limite máximo da pena abstratamente cominada ao delito praticado”²²³.

O que é possível observar, ao se analisar situações reais que envolvem pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei, é que, em grande parte das situações consideradas criminosas, foi a própria doença, aliada à falta de tratamento, que levou aquele indivíduo a delinquir. No discurso dessas pessoas, é comum o relato de que agrediram por estarem sendo agredidas, posto que a situação de legítima defesa seja somente imaginária.

Em estudo realizado pelo Departamento de Psiquiatria da UNIFESP, em 2014, constatou-se que a existência de transtornos mentais graves entre os encarcerados é de 5 a 10 vezes maior do que no restante da população brasileira²²⁴. Em outra pesquisa, feita em 2006, no Estado de São Paulo, aferiu-se que, apesar de 61,7% dos detentos apresentarem algum transtorno mental durante a vida, 11,2% dos presos homens e 25,5% das mulheres apresentavam doenças mentais graves²²⁵.

Os artigos 149 a 154, do Código de Processo Penal, tratam do incidente de insanidade mental. O incidente de insanidade mental tem por finalidade realizar perícia psiquiátrica que

²²¹ MARCHEWKA, 2016, op. cit., p. 15.

²²² BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Habeas Corpus n. 84219/SP**, rel. Min. Marco Aurélio, 9.11.2004, Disponível em: <http://www.stf.jus.br/arquivo/informativo/documento/informativo369.htm#Medida%20de%20Seguran%C3%A7a%20e%20Limita%C3%A7%C3%A3o%20Temporal> . Acesso em: 05 out. 2019.

²²³ BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **Súmula 527**. Aprovada em 13/05/2015. Disponível em: http://www.stj.jus.br/docs_internet/SumulasSTJ.pdf. Acesso em: 06 out. 2019.

²²⁴ OLIVEIRA, Renata. **Transtornos mentais atingem 68% das mulheres encarceradas no estado de São Paulo**. Disponível em: <https://www.revistaforum.com.br/transtornos-mentais-atingem-68-das-mulheres-encarceradas-no-estado-de-sao-paulo-2/>. Acesso em: 12 jan. 2019.

²²⁵ OLIVEIRA, op. cit., s.p.

constate o estado mental do investigado ou do acusado, devendo analisar tal estado em um juízo retrospectivo, isto é, no momento do delito²²⁶.

Tal incidente deve ser instaurado sempre que houver dúvida acerca da integridade mental do investigado ou acusado, conforme prevê o artigo 149, do Código de Processo Penal. Tal incidente pode ocorrer durante a fase de investigações ou durante a ação penal, e quem decide pela instauração do incidente é o juiz, devendo seu trâmite ocorrer em autos próprios. Se o incidente for instaurado durante o trâmite do processo, este fica suspenso, sendo permitida apenas a realização de atos que possam ser prejudicados pelo adiamento²²⁷.

Apesar de o juiz não ficar adstrito ao laudo pericial, dele podendo discordar, é imprescindível a instauração do incidente de insanidade para a verificação da saúde mental do agente no momento da prática delitiva, não podendo tal decisão se basear apenas em laudo de outra ação penal ou de ações cíveis²²⁸.

Durante a execução da pena, estabelece o artigo 108, da Lei de Execução Penal, que, se sobrevier doença mental ao condenado, ele será internado em hospital de custódia, prevendo o artigo 183 que é possível que a pena seja substituída pela medida de segurança²²⁹.

Prescreve, ainda, o artigo 152, do Código de Processo Penal, que, quando o transtorno mental for superveniente ao delito, isto é, quando não for constatado que, à época dos fatos, o investigado ou acusado já detinha esse sofrimento psíquico, tem-se que a lei determina a suspensão do processo até que o acusado se restabeleça, podendo o magistrado determinar a internação em hospital de custódia e tratamento ou em outro estabelecimento adequado²³⁰.

Observa-se, assim, que as normas referentes às pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei permanecem perenes há décadas no País, sendo possível constatar que a regra do regime jurídico criminal para o inimputável é a internação em hospitais de custódia ou estabelecimentos similares, pois a lei obriga a aplicação dessa medida em todas as situações em que o crime cometido é punido com reclusão, independentemente da pena prevista para o delito. As únicas alterações ocorridas são recentes e referem-se ao limite temporal máximo da medida de segurança.

²²⁶ GOMES FILHO, Antônio Magalhães; TORON, Alberto Zacharias; BADARÓ, Gustavo Henrique. **Código de Processo Penal Comentado** [livro eletrônico]. 2. ed., São Paulo: Revista dos Tribunais, 2019, s.p..

²²⁷ ARRUDA, Rejane Alves; CALVES, João Paulo; PEREIRA, Ricardo Souza. **Manual de Direito Processual Penal**. São Paulo: Saraiva, 2015, s.p..

²²⁸ Ibidem, s.p..

²²⁹ GOMES FILHO; TORON; BADARÓ, op. cit., s.p.

²³⁰ Ibidem, s.p.

2.2.1 A evolução da atuação estatal na saúde mental do encarcerado e o Serviço de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP)

O direito à saúde da pessoa privada de liberdade padece de relevantes *déficits*, entretanto, é possível verificar significativos avanços nas políticas públicas de saúde voltadas a essa população²³¹.

A saúde foi colocada na Lei de Execução Penal em 1984 como um direito do preso e dever o Estado, compreendendo o atendimento médico, farmacêutico e odontológico, tendo tal fato representado um marco na assistência à saúde dos encarcerados. Apesar do regime ditatorial que vigia à época, a interpretação de tal direito não abrangia uma visão ampla da saúde. A amplificação da visão do direito à saúde, como igualitário e universal, constituiu uma das lutas da Reforma Sanitária Brasileira (RSB), que teve como principal resultado a criação do SUS, com as Leis n. 8080/1990 e n. 8142/1990²³².

A primeira iniciativa política com destinação específica aos encarcerados no Brasil ocorreu em 2003, e se constituiu no Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, que estabelecia, dentre suas ações, medidas de prevenção e da saúde da mulher, da saúde bucal, tuberculose, saúde mental, hipertensão, hepatites, hanseníase, diabetes, assim como a distribuição de medicamentos, vacinas e exames de laboratório, além da colocação de equipes multidisciplinares da área da saúde para o atendimento dessa parcela populacional²³³.

O plano supracitado deu alguma visibilidade, embora diminuta, à necessidade da implementação de medidas específicas destinadas a esse grupo. Os maiores problemas relacionaram-se ao seu financiamento; além disso, como seu alcance era restrito, pouco atendia às inúmeras demandas da população carcerária nos espaços insalubres em que vivem²³⁴.

No ano de 2014, instituiu-se, pela primeira vez, uma política pública exclusiva para pessoas presas e não apenas um plano, nomeada como Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP). Tal política previu medidas de prevenção e promoção da saúde, estabeleceu a atenção primária à saúde com especial ênfase, tendo ocorrido uma redefinição do modelo de atenção à saúde, com a exigência

²³¹ LIMA, Antônio Carlos de; CASTRO, Camila de Moura; SILVA, Ana Paula da. Ensaio sobre saúde mental, sistema prisional e direitos humanos: por uma radicalização da desinstitucionalização. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 9, n. 24, p.123-147, 2017. p. 130.

²³² Ibidem, p. 131.

²³³ Ibidem, p. 131.

²³⁴ Ibidem, p. 131.

da criação de Unidades de Saúde Prisionais (USP), com o objetivo de reunir as ações de cuidado da saúde desse grupo²³⁵.

No que se refere aos presos com transtornos mentais, em 14 de janeiro de 2014, por meio das Portarias n. 94 e 95, o Ministério da Saúde instituiu o Serviço de Avaliação e Acompanhamento das Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP), com o intuito de substituir o modelo de cumprimento das medidas de segurança, usualmente feito em hospitais de custódia ou alas psiquiátricas de presídios, por medidas terapêuticas que tenham bases comunitárias, buscando priorizar o retorno à liberdade e o tratamento em meio aberto, em detrimento do tratamento em ambiente fechado²³⁶.

O Serviço de Avaliação e Acompanhamento das Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei prevê, em mencionadas portarias, o acompanhamento das pessoas encarceradas com transtornos mentais por psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, psiquiatras ou médicos com experiência em saúde mental, e por profissional com formação em ciências humanas, sociais ou da saúde. Tal equipe, componente do Sistema Único de Saúde (SUS), tem como função assegurar a aplicação de medidas terapêuticas individualizadas, decorrentes da necessidade de cada caso concreto, viabilizar o acesso ao tratamento, assim como acompanhar sua execução, em todas as fases do processo criminal²³⁷.

A principal finalidade da supracitada equipe de profissionais é restringir a entrada dessas pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei nos estabelecimentos de regime fechado, não possuindo atuação assistencialista ou pericial; como dispôs o próprio Ministério da Saúde, “sua incumbência reside na realização de ações de fechamento da ‘porta de entrada’ dos espaços manicomial judiciais e no processo de desinstitucionalização das pessoas com transtorno mental em conflito com a lei”²³⁸.

Onze estados brasileiros aderiram ao EAP, inclusive, o Estado de Mato Grosso do Sul, que passou a estruturar o programa chamado de “Integra”, no fim de 2018, no Município de Campo Grande. O Ministério da Saúde, por meio da Portaria n. 3.192, publicada no Diário Oficial da União n. 238, de 10 de dezembro de 2019, habilitou o Município de Campo Grande a receber incentivo financeiro referente à Equipe de Avaliação e Acompanhamento das Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei.

²³⁵ LIMA; CASTRO; SILVA, op. cit., p. 131.

²³⁶ BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde Mental no Sistema Prisional**. Disponível em: https://aps.saude.gov.br/ape/pnaisp/saude_mental. Acesso em: 30 ago. 2020.

²³⁷ Ibidem.

²³⁸ Ibidem.

Esse programa, que tem por finalidade facilitar e agilizar o processo de desinternação dos semi-imputáveis e dos inimputáveis, conta com a atuação conjunta da Secretaria Estadual de Saúde, da Secretaria de Saúde de Campo Grande, da Agência Estadual de Administração do Sistema Penitenciário (Agepen), do Ministério Público, do Poder Judiciário, da Defensoria Pública, da Secretaria de Estado de Justiça e Segurança Pública (Sejusp) e da Polícia Militar²³⁹.

O Poder Judiciário do Estado de Mato Grosso do Sul regulamentou o procedimento para a avaliação, execução e o acompanhamento das medidas terapêutico-cautelares, aplicáveis judicialmente à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei, com a atuação do EAP no Provimento 222, de 12 de fevereiro de 2020²⁴⁰.

A partir da implantação do programa Reintegra, parte dos internos que cumprem medida de segurança passaram a receber tratamento psiquiátrico regular por meio do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). A Secretaria de Saúde de Campo Grande é responsável por montar um projeto terapêutico individualizado, que busca a desinternação gradativa do reeducando, e esse projeto é anexado no processo criminal; além disso, é feito contato com a família, a fim de viabilizar o processo de desinternação, e a equipe do EAP realiza o acompanhamento da medida terapêutica adequada pelo período determinado pelo juiz, mesmo após a desinternação²⁴¹.

Em setembro de 2020, 45 desses internos eram atendidos pelo Integra em Campo Grande, que já havia obtido êxito em desinternar dez pessoas²⁴².

O EAP, criado pelas Portarias n. 94 e 95, de 14 de janeiro de 2014, como um plano do SUS para acompanhamento dessa população vulnerável, foi revogado temporariamente pelo Ministério da Saúde em maio de 2020 (pela Portaria n. 1.325, de 18 de maio de 2020). Entretanto, diversas entidades e instituições nacionais se manifestaram de forma contrária à sua revogação, e pediram o restabelecimento do serviço; dentre essas entidades, o Conselho Nacional dos Direitos Humanos – CNDH, pediu o restabelecimento e a ampliação da cobertura do referido serviço²⁴³.

²³⁹ SANTINONI, Tatyane; OLIVEIRA, Keila. **Projeto Reintegra atende reeducandos por meio da telemedicina**. Portal do governo do Estado de Mato Grosso do Sul. 24/setembro/2020. Disponível em: <http://www.ms.gov.br/projeto-reintegra-atende-reeducandos-por-meio-da-telemedicina/>. Acesso em: 11 jan. 2021.

²⁴⁰ TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL. Provimento n. 222, de 12 de fevereiro de 2020. Disponível em: <https://www.tjms.jus.br/legislacao/visualizar.php?lei=34230&original=1>. Acesso em: 12 jan. 2021.

²⁴¹ SANTINONI; OLIVEIRA, op. cit., s.p.

²⁴² Ibidem.

²⁴³ VERDÉLIO, Andreia. Revogada portaria que extinguiu serviço a presos com transtorno mental. **Agência Brasil**. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2020-07/revogada-portaria-que-extinguiu-servico-presos-com-transtorno-mental>. Acesso em: 30 ago. 2020.

O CNDH baseou-se na Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei n. 10.216/2001), que alterou o modelo de tratamento das pessoas com transtornos mentais para defender o restabelecimento de mencionado serviço do SUS, tendo afirmado que referida lei, que inspirou o EAP, incluiu o Brasil entre os países com a legislação mais avançada acerca da saúde mental²⁴⁴.

O Conselho Nacional dos Direitos Humanos mencionou os problemas enfrentados pelos manicômios judiciários e estabelecimentos similares em todo o País, e a impossibilidade de extinção do Serviço de Avaliação e Acompanhamento das Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei, sem que isso configure desassistência²⁴⁵.

O Conselho Nacional de Saúde (CNS) se manifestou contrário à revogação do EAP, solicitando ao governo federal a continuidade do financiamento do serviço pelo SUS e sua expansão. A entidade fez recomendação no sentido de que a alteração da Política Nacional de Saúde para pessoas com transtornos mentais seja discutida e deliberada pelo mencionado Conselho²⁴⁶.

A Nota Técnica do Conselho Nacional de Defensores Públicos Gerais (CONDEGE), rebateu cada ponto da Nota Técnica que fundamentou o ato administrativo de extinção do Serviço de Avaliação e Acompanhamento das Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei²⁴⁷.

Supracitada Nota Técnica afirma, inicialmente, que o Estado Brasileiro não tem apenas um dever de abstenção de não-discriminação, em relação às pessoas com deficiência psicossocial, mas também, um dever de abstenção na adoção de medidas que tragam repercussões negativas para tal grupo. A extinção do EAP constituiu um verdadeiro retrocesso na conquista dos direitos humanos desse grupo²⁴⁸.

O EAP foi criado como um mecanismo que conecta o sistema de saúde, o sistema de assistência social e o sistema de justiça criminal, com políticas de saúde das pessoas privadas de liberdade com transtornos mentais. Tal plano viabiliza uma real filtragem na entrada das pessoas com transtornos mentais em conflito em hospitais de custódia e alas psiquiátricas em meio fechado por meio de avaliações biopsicossociais; além disso, acompanha a execução das medidas terapêuticas, juntamente com o sistema de justiça e a Rede de Atenção à Saúde (RAS),

²⁴⁴ VERDÉLIO, op. cit..

²⁴⁵ Ibidem.

²⁴⁶ Ibidem.

²⁴⁷ LIMA, José Fabrício Silva de. Nota Técnica do Conselho Nacional de Defensores Públicos Gerais – CONDEGE. Disponível em: https://anadep.org.br/wtksite/cms/conteudo/44561/Nota_Tecnica_EAP_vf_condegeassinada.pdf. Acesso em: 31 ago. 2020.

²⁴⁸ Ibidem, pp. 06 e 08.

e, ainda, auxilia a elaboração do Projeto Terapêutico Singular – PTS de cada reeducando, que é feito pela equipe de saúde municipal²⁴⁹.

A Nota Técnica do CONDEGE criticou o parecer técnico, que fundamentou a extinção do EAP, no ponto em que se afirmou que poucos Estados habilitaram e aderiram a tal serviço; segundo o CONDEGE, o fato de 11 Estados da federação terem aderido ao serviço constituiu uma grande vitória, diante dos grandes cortes orçamentários ao SUS desde 2014; só o Ministério da Saúde, desde 2014, perdeu mais de 48 milhões de reais em seu orçamento. O EAP constitui serviço financiado pela União e gerenciado pelos Estados, possuindo gestão bipartite²⁵⁰.

Outro argumento utilizado para extinguir o Serviço de Avaliação e Acompanhamento das Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei foi o fato de que, o principal objetivo desse serviço é a desinstitucionalização durante a medida de segurança, entretanto, tal medida depende de decisão judicial que, portanto, foge do escopo da área da saúde. Mais um argumento utilizado foi o de que o Poder Judiciário já possui um aparato de profissionais, que acompanham as medidas de segurança e o desencarceramento²⁵¹.

Segundo a Nota Técnica do CONDEGE, tais argumentos não prosperam, pois os projetos de maior sucesso no País com os inimputáveis, o PAILI (gerido pela Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Goiás) e o PAI-PJ (gerido pelo Poder Judiciário de Minas Gerais), utilizaram-se exatamente desse modelo de gestão, com equipes multiprofissionais que conectam o sistema do Judiciário com as redes do SUS e do SUAS²⁵².

Após a implantação do EAP, no Piauí, houve o fechamento do manicômio judiciário, tendo sido o acompanhamento da medida de segurança retirado do gestor penitenciário e entregue ao gestor de saúde mental. O programa daquele Estado da Federação, denominado Programa de Cuidado Integral ao Paciente Psiquiátrico (PCIPP-PI) não registrou qualquer caso de reiteração criminosa²⁵³.

A função primordial do EAP não é reduzir a competência dos órgãos de justiça criminal, mas, ao contrário, ampliar a possibilidade de tomada de decisões de forma mais fundamentada e com mais elementos, com estudos de caso e com relatórios decorrentes de projetos terapêuticos singulares. A portaria de extinção do EAP, no entanto, foi revogada pelo Ministério

²⁴⁹ LIMA, op. cit., pp. 04-05.

²⁵⁰ Ibidem, pp. 04-05.

²⁵¹ Ibidem, p. 16.

²⁵² Ibidem, pp. 16-17.

²⁵³ Ibidem, p. 17.

da Saúde, pela Portaria n. 1.754, de 15 de julho de 2020, tendo sido, assim, restabelecido o referido plano nacional²⁵⁴.

2.3 O FUNDAMENTO DA PERICULOSIDADE NAS MEDIDAS DE SEGURANÇA

A tutela jurídica criminal da pessoa com transtornos psicossociais em conflito com a lei tem sido insuficiente e precária; a política criminal voltada a essas pessoas tem se caracterizado por uma visão muito mais baseada na periculosidade, e em uma punição prospectiva, do que no apoio, no tratamento e nos direitos humanos desse grupo extremamente vulnerável.

Apesar de o indivíduo considerado inimputável ser absolvido no processo, ele é obrigado a receber tratamento, internado em hospital de custódia ou em tratamento ambulatorial, por determinado período, até que seja constatada a cessação de sua periculosidade²⁵⁵.

O conceito da periculosidade é o que embasa o instituto da medida de segurança. Essa medida tem por finalidade diminuir ou cessar os riscos do indivíduo considerado perigoso, e promover a sua a ressocialização. A concretização da conceituação da periculosidade de cada indivíduo, ocorre por meio do julgamento do profissional de saúde, que no exame de cessação de periculosidade mede “o risco de violência que o paciente em tratamento oferece à sociedade, fornecendo subsídios para o sistema judicial mantê-lo ou não na condição de periculosidade²⁵⁶.

Como questiona Lebre²⁵⁷, para a aplicação da sanção penal consistente na medida de segurança, não basta que o indivíduo infrinja uma norma penal e que seja considerado incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de se comportar conforme esse entendimento, devido a doença mental ou desenvolvimento mental incompleto; a lei também exige que seja comprovada a periculosidade do agente, e a definição do que seja um indivíduo perigoso decorre de uma visão casuística e abstrata, que resgata fundamentos da teoria do Direito Penal do Inimigo e contraria as bases do Estado Democrático de Direito.

As medidas de segurança são entendidas como meio de controle social, com o objetivo afastar um suposto risco iminente, inerente ao indivíduo com transtorno mental ou desenvolvimento mental incompleto que praticou um crime. Tal sanção é constituída pela ideia

²⁵⁴ LIMA, op. cit., pp. 16-17.

²⁵⁵ ABDALLA-FILHO, Elias; SOUZA, Patrícia Abdalla de. Bioética, Psiquiatria Forense e a aplicação da Medida de Segurança no Brasil. **Revista Bioética**, v. 17, núm. 2, pp. 181-190, 2009. p. 183.

²⁵⁶ Ibidem, p. 15.

²⁵⁷ LEBRE, Marcelo. Medidas de segurança e periculosidade criminal: medo de quem? **Responsabilidades**, Belo Horizonte, v. 2, n. 2, pp. 273-282, set. 2012 / fev. 2013. Disponível: http://www.mpdft.mp.br/saude/images/saude_mental/Medida_seguranca_periculosidade_criminal.pdf. Acesso em: 21 set. 2020. p. 273.

de precaução, cautela, providência, na intenção de oferecer cuidados a alguém com o fim de evitar um mal maior²⁵⁸.

Abdala-Filho e Souza²⁵⁹ afirmam, ao analisar as medidas de segurança sob o ponto de vista médico, que, atualmente, sua principal finalidade, como o termo indica, é proteger a sociedade de um possível comportamento reincidente violento do paciente psiquiátrico, e não o tratamento do infrator; o que se prioriza é a segurança da sociedade. Referidos autores lembram, no entanto, que tais indivíduos receberam uma sentença de absolvição, e não são criminosos comuns, mas, sim, alguém que adoeceu psiquiatricamente e que cometeu um delito em razão disso.

O instituto jurídico das medidas de segurança é recente no Brasil e no mundo e surgiu como uma sanção penal regulamentada em lei apenas no final do século XIX, sob inspiração das ideias de Franz von Liszt, que concebeu tais medidas como um meio de defesa da sociedade, assim como são as penas²⁶⁰.

Sob a inspiração de Liszt, Carl Stoos incluiu no anteprojeto do Código Penal Suíço, em 1893, um capítulo destinado a tratar das medidas de segurança, e, a partir de então, essas foram introduzidas em vários ordenamentos jurídicos na Europa e na América Latina. No Brasil, as medidas de segurança foram abrangidas no Código Penal de 1940, tornando-se uma alternativa para “proteger a sociedade contra o indivíduo perigoso”, sendo a periculosidade “a causa da medida de segurança”²⁶¹.

A construção histórica do conceito de periculosidade passa pela compreensão do fenômeno da loucura. Segundo definição do dicionário da língua portuguesa Michaelis, periculosidade diz respeito à qualidade ou ao estado de ser perigoso, consistindo, no âmbito jurídico, a condição do indivíduo que representa perigo perante as leis, em especial, com potencialidade criminosa de um delincente, com probabilidade de cometer crimes²⁶².

Para Dutra,

O conceito de periculosidade está logicamente ligado à noção de perigo, que se define como probabilidade de dano. Na periculosidade criminal, o acontecimento danoso que se julga provável é o crime. Esse juízo de probabilidade assenta-se no conhecimento de que o indivíduo reúne condições de desajustamento social de tal natureza e tamanho grau que possibilitam a prática de um ato punível. [...] Tal conceito baseia-

²⁵⁸ LEBRE, op. cit., p. 273.

²⁵⁹ ABDALLA-FILHO; SOUZA, op. cit., pp. 183-184.

²⁶⁰ LISZT, Franz von. **Tratado de direito penal alemão**. Brasília: Senado Federal, 2006. v. 1. p. 100.

²⁶¹ NORONHA, Edgard Magalhães. **Direito Penal**. São Paulo: Saraiva, 1980. pp. 47-48.

²⁶² DICIONÁRIO MICHAELIS. Conceito de Periculosidade. Disponível em: <http://michaelis.uol.com.br/busca?r=0&f=0&t=0&palavra=periculosidade>. Acesso em: 23 set. 2020.

se na probabilidade de que um indivíduo possa vir a cometer um crime e visa à possibilidade de sua prevenção.²⁶³

A *ratio legis* da previsão do requisito da periculosidade criminal para a aplicação da medida de segurança é a de que as pessoas com transtornos mentais que infringiram a lei, com as inadequações decorrentes de seu quadro clínico, impulsionadas por desejos e impulsos peculiares e próprios, provavelmente, irão praticar novos crimes, e, assim, a medida de segurança é a sanção mais adequada para o tratamento delas ou para sua neutralização²⁶⁴.

Para Karam, o conceito periculosidade não possui qualquer dado objetivo, sendo impossível mostrar que um indivíduo específico, capaz ou incapaz mentalmente, irá ou não agir de forma ilícita no futuro. Assim, afirma a autora que a ideia da periculosidade é colidente com o princípio da legalidade, que rege o Direito Penal Brasileiro. Segundo Karam, a periculosidade é uma presunção, uma ficção, baseada no preconceito que estigmatiza o “louco”²⁶⁵.

Salo de Carvalho afirma que a medida da periculosidade de um indivíduo decorre de um juízo incerto e futuro acerca de fatos que são impossíveis de serem previstos, a partir de um rótulo como um indivíduo perigoso, com base em uma análise de suas possíveis condições morais e de sua vida passada²⁶⁶. Nessas circunstâncias, Cristina Rauter sustenta que existe a necessidade de fazer uma análise de “futurologia” para ser determinada a periculosidade²⁶⁷.

Como afirma Barros-Brisset, não mais se pode admitir uma periculosidade presumida, que fundamenta a atual política de tratamento do inimputável, e que, usualmente, ocasiona a violação de seus direitos. Vale a transcrição da ideia da autora sobre o tema²⁶⁸:

O conceito de ‘periculosidade’, desde seu surgimento, promoveu e ainda promove, de modo que parece natural e evidente, a construção de práticas sociais e discursos orientados a partir dele, como se presumir periculosidade a alguém fosse um fato dado como incontestável. Assim, atualmente, designar alguém como intrinsecamente perigoso parece algo banal, tendo em vista a circulação e a apropriação desse conceito pelas diversas redes sociais; no entanto, as consequências dessa banalização na atribuição da periculosidade aos loucos infratores são catastróficas para o destino desses indivíduos. Por causa da presunção de sua periculosidade, eles são, de modo geral, lançados para fora da órbita da humanidade e, na maioria das vezes, sem passagem de volta.

²⁶³ DUTRA, Maria Cristina Bechelany. As relações entre psicose e periculosidade: contribuições clínicas da concepção psicanalítica da passagem ao ato. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 3, n. 4, pp. 48-58, 2000. p. 49.

²⁶⁴ LEBRE, op. cit., p. 275.

²⁶⁵ KARAM, Maria Lúcia. Medidas de segurança: punição do enfermo mental e violação da dignidade. **Verve**, v. 2, pp. 210-224, 2002. p. 217.

²⁶⁶ CARVALHO, 2003 apud LEBRE, op. cit., pp. 275-276.

²⁶⁷ RAUTER, Cristina. **Criminologia e subjetividade no Brasil**. Rio de Janeiro: Revan, 2003. p. 80.

²⁶⁸ BARROS-BRISSET, Fernanda Otoni de. **Por uma política de atenção integral ao louco infrator**. Belo Horizonte: Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais, 2010a.

A periculosidade se justifica no risco de reincidência, e o sistema penal analisa o risco e a medida a ser aplicada (de internação ou ambulatorial), a partir da gravidade do delito praticado. Ocorre que tal análise acaba por revelar que o tratamento está apenas em segundo plano, já que se baseia “não na dependência da natureza e gravidade do transtorno psiquiátrico apresentado, mas sim na natureza e gravidade do crime praticado”²⁶⁹.

A manipulação do conceito de risco, inerente à suposta medição da periculosidade, legitima o controle das pessoas consideradas desviantes, criando um processo de “normalização penal”²⁷⁰.

A partir desse raciocínio, Gomes da Silva²⁷¹ questiona a razão pela qual, nos inúmeros casos de crimes bárbaros cometidos no Brasil, por pessoas sem transtornos mentais, não há preocupação social dos operadores do Direito sobre a possibilidade de esses indivíduos voltarem a delinquir. Dessa forma, a questão seria qual o real fundamento em se temer ainda mais a pessoa que possui transtornos mentais. Gomes da Silva responde que o temor elevado decorre do fato de que o indivíduo com transtorno psicossocial não é aceito socialmente; todavia, possuir tal patologia não constitui, por si só, um crime.

Para Lebre²⁷², o crime não é privilégio dos inimputáveis, e, em alguns casos, sequer está relacionado à patologia que o acomete, não se podendo falar em pessoa com pré-disposição para o cometimento de crimes.

A colocação da periculosidade como requisito à imposição das medidas de segurança revela o papel primordial do sistema penal, que é o controle daquilo que é considerado indesejado²⁷³. Segundo Zaffaroni *et al.*²⁷⁴, a análise da história revela que a periculosidade tem sido o ponto auge do esforço para legitimar um poder punitivo ilimitado e para reduzir o Direito Penal a um discurso policial.

A inserção do conceito de periculosidade representou um meio de privação da liberdade e de direitos das pessoas consideradas inconvenientes ao poder, como expressamente propõe a teoria do Direito Penal do Inimigo. Observa-se que, historicamente, os regimes políticos autoritários adotaram a ideia de periculosidade. Fundando-se em um temerário conceito de

²⁶⁹ ABDALLA-FILHO; SOUZA, op. cit., pp. 183-184.

²⁷⁰ LEBRE, op. cit., p. 276.

²⁷¹ SILVA, 2001 apud LEBRE, op. cit., p. 275.

²⁷² LEBRE, op. cit., p. 276.

²⁷³ Ibidem, p. 273.

²⁷³ Ibidem, p. 277.

²⁷⁴ ZAFFARONI, Eugênio Raúl; BATISTA, Nilo; ALAGIA, Alejandro; SLOKAR, Alejandro. **Direito Penal Brasileiro**. 1. ed. Rio de Janeiro: Revan, 2017. v. II, tomo II. p. 176.

danosidade, que ignora a abstração que lhe é intrínseca, autorizou-se a indefinida e arbitrária restrição da liberdade de certos grupos de indivíduos, e, mesmo no Brasil, foi inserido no Código Penal em 1940, período em que vigia uma ditadura no País²⁷⁵.

A colocação da periculosidade como requisito de aplicação da medida de segurança, pautada na ideia do risco de reiteração do indivíduo, representa a possibilidade de uma punição preventiva dos que compõem esse grupo, historicamente considerado indesejado, com a justificativa de defesa social²⁷⁶.

A noção de periculosidade afronta as bases do Direito Penal moderno, que se fundamenta na culpabilidade, e permite apenas a sanção como decorrência de fato pretérito, sendo vedada que a persecução criminal se estruture em algo alheio ao fato criminoso, como os relacionados ao indivíduo. Em sentido oposto, a teoria penal contemporânea se fundamenta na ideia de que o indivíduo deve ser punido apenas pelo fato que cometer, e não pelo que é ou pelo que pode futuramente fazer²⁷⁷.

A previsão da periculosidade no Direito Penal atual, que trata o detentor de transtornos mentais e a pessoa com deficiência de forma diferente e excludente, com visão punitiva preventiva, afronta a Constituição Federal de 1988. O controle social desse grupo de indivíduos, baseada na presunção de que têm a probabilidade de vir a cometer um fato típico, não mais se justifica diante das bases que estruturam o Direito Penal brasileiro contemporâneo²⁷⁸.

Também para Ana Luiza Gardiman Arruda e Gustavo Junqueira, o tratamento contemporâneo dos inimputáveis, com base em prognósticos de periculosidade, não pode ser aceito em um Estado que se pauta na legalidade e na dignidade humana, pois, em vez de punir o indivíduo pelo ato praticado, acaba por fazê-lo em razão de condições do autor, em uma clara política de higienização social²⁷⁹.

É importante ressaltar que qualquer prognóstico é permeado de grandes incertezas. Ainda que se tente diminuir tal incerteza com base nos fatos típicos já cometidos pelo indivíduo, como faz a lei brasileira, a prognose de qualquer fato estará sempre maculada pela falta de um juízo de certeza²⁸⁰.

²⁷⁵ LEBRE, op. cit., p. 277.

²⁷⁶ Ibidem, p. 277.

²⁷⁷ Ibidem, p. 278.

²⁷⁸ Ibidem, p. 278.

²⁷⁹ ARRUDA, Ana Luiza Gardiman; JUNQUEIRA, Gustavo. Inimputabilidade e Direito Penal do Inimigo: conveniente classificação do louco. **Revista Direito UFMS**, v. 6, n. 2, pp. 130 – 152, jul.-dez. 2020. Disponível em: <https://seer.ufms.br/index.php/revdir/issue/view/643>. Acesso em: 15 jan. 2021. p. 150

²⁸⁰ LEBRE, op. cit., p. 279.

Lima, Castro e Silva afirmam que o medidor da periculosidade seria a suposta personalidade do indivíduo ou a sua natureza. No entanto, questionam os autores, “Mas, quem dirá quando começa e/ou quando termina a tal periculosidade? É quando entra em cena o saber médico, em especial, o saber psiquiátrico, tão controverso e que funciona como o amigo vidente do direito penal”²⁸¹.

Por tal razão, propõe Lebre²⁸² que é necessário haver a revisão do instituto, diante do evidente conflito entre a abstração da periculosidade e os preceitos criminais constitucionais de um Estado Democrático.

2.4 ANÁLISE COMPARADA DA LEGISLAÇÃO CRIMINAL BRASILEIRA COM O TRATAMENTO JURÍDICO DA PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL EM CONFLITO COM A LEI NA EUROPA E NOS ESTADOS UNIDOS

A criação do instituto da medida de segurança no mundo tem como origem as propostas sustentadas pela Escola Positiva no final do século XIX, a qual defendia que toda pena deveria ser substituída por um novo tipo de sanção criminal, que buscasse tratar o autor da infração penal. Essa nova modalidade de sanção não era vinculada à ideia de castigo, mas, sim, de retirada do meio social daqueles que, em razão de seu comportamento delitivo anterior ou por causa de sua constituição biopsicológica, fossem considerados perigosos para a coletividade²⁸³.

Tal Escola, no final do século XIX, a partir de uma visão determinista da criminologia, entendia que o criminoso era levado à prática criminosa por causas biopsíquicas, razão pela qual dever-se-ia buscar seu tratamento, inclusive, preventivo, não sua punição. A medida de segurança foi adotada como Lei no Código Penal da Noruega, pela primeira vez, em 1902.

Tal previsão foi acolhida pelo Código Penal da Itália, em 1930, e, posteriormente, por quase todas as legislações criminais ocidentais²⁸⁴. Ressalte-se que, apesar da origem do instituto decorrer das ideias da Escola Positivista, de substituição de todas as penas por medidas de segurança, nenhum sistema jurídico-criminal aboliu a pena, tendo sido a medida de segurança acolhida como sanção alternativa, usualmente aplicada aos inimputáveis nesses países²⁸⁵.

²⁸¹ LIMA; CASTRO; SILVA, op. cit., p. 136.

²⁸² LEBRE, op. cit. p. 279.

²⁸³ MARCHEWKA, Tânia Maria Nava. As contradições das medidas de segurança no contexto do direito penal e da reforma psiquiátrica no Brasil. **Revista de Direito Sanitário**, v. 2, n. 3, pp. 102-111, 2001. p. 108.

²⁸⁴ Ibidem, p. 108.

²⁸⁵ MARCHEWKA, 2001, op. cit., pp. 108-109.

A maioria das legislações criminais ocidentais atentam, na temática do tratamento das pessoas com transtornos mentais em conflito com lei, tanto para o aspecto biológico – que gera a inimputabilidade e que leva em consideração o transtorno mental como uma patologia – como, ainda, para os efeitos dessa doença nas condições psicológicas do agente à época do fato²⁸⁶.

A exemplo, as legislações criminais da Itália (conforme previsão do artigo 88, do Código Penal Italiano), da Espanha (conforme previsão do artigo 20, do Código Penal), da Alemanha (conforme previsão do artigo 20 e 21, do Código Penal Alemão), e de Portugal (conforme previsão do artigo 88, do Código Penal Português)²⁸⁷.

Em mencionados países, o regime jurídico que trata das pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei é semelhante à legislação brasileira²⁸⁸. A consideração de que o indivíduo possui uma deficiência psicossocial e estava com a capacidade de autodeterminação ou de entendimento abalada à época dos fatos implica na aplicação de medidas de segurança.

Na França, um grupo de trabalho foi nomeado, em setembro de 2003, para discutir e analisar o tratamento judicial destinado para infratores com doenças mentais e sete legislações foram comparadas com a francesa; tal pesquisa foi divulgada pelo Senado francês²⁸⁹.

Sete países foram estudados (Alemanha, Inglaterra e País de Gales, Dinamarca, Espanha, Itália, Holanda e Suécia), e as respectivas legislações foram comparadas à legislação francesa, no que tange ao tratamento das pessoas com transtornos mentais que cometem crimes²⁹⁰.

Em síntese, a pesquisa revelou que, em todos os países estudados, com exceção da Suécia, o Direito Penal reconhece os transtornos mentais como causa de irresponsabilidade penal do indivíduo que cometeu o ato delituoso. Além disso, com exceção da França, todas as legislações analisadas conferem ao juiz competência para decidir sobre as medidas aplicadas aos indivíduos com transtornos mentais em conflito com a lei²⁹¹.

Assim como no Brasil, na Alemanha, na Dinamarca, na Holanda, na Espanha e na Itália, as legislações preveem que as pessoas com transtornos mentais não podem ser condenadas a uma pena, sendo-lhes aplicada uma medida de segurança, a qual não tem por objetivo a punição do indivíduo, e sim sua reintegração à vida social. Uma das medidas de segurança possíveis é

²⁸⁶ Ibidem, p. 108.

²⁸⁷ PRADO, Luiz Regis. **Direito Penal Brasileiro**. Parte Geral. 6. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2018. v. 1.

²⁸⁸ MARCHEWKA, 2016, op. cit., p. 13.

²⁸⁹ SENAT - SERVICE DES ETUDES JURIDIQUES. L'irresponsabilité pénale des malades mentaux. **Les Documents de Travail du Sénat**. Série Législation Comparée, 2004, pp. 01-29. Disponível em: <https://www.senat.fr/lc/lc132/lc132.pdf>. Acesso em: 12 out. 2020. pp. 05-06.

²⁹⁰ Ibidem, p. 06.

²⁹¹ Ibidem, p. 07.

a internação psiquiátrica; Espanha, Itália, Holanda e Dinamarca, em regra, determinam a internação por um período limitado. Na Alemanha, no entanto, a medida de segurança tem um prazo indeterminado, sendo esse também o caso da Dinamarca, nos casos considerados mais graves; a aplicação da medida de internação, nesses casos, é controlada pelo juiz²⁹².

Na legislação francesa, o artigo 122-1, do Código Penal, determina que quem sofria, no momento dos fatos delituosos, de transtorno psíquico ou neuropsíquico por ter abolido seu discernimento ou o controle de seus atos, não é criminalmente responsável²⁹³.

Quando constatado que o acusado pelo crime possui transtornos mentais, ele é absolvido, seja em qual instância tal circunstância for constatada. O Ministério Público, constatando, sem dúvidas, que a pessoa a ser acusada possui transtornos mentais, pode desistir de ajuizar qualquer ação judicial²⁹⁴.

Quando verificado que a pessoa absolvida em razão do transtorno mental gera riscos à sociedade, por ser considerada perigosa, é possível que se determine sua internação em um procedimento puramente administrativo. Nessa situação, notifica-se o chefe do Executivo, que deve tomar rápidas providências; ele pode optar ou não pela internação obrigatória, tal como o faria com um doente mental que não cometeu nenhum delito, porque não está vinculado à decisão judicial²⁹⁵.

Caso internadas, as pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei, apenas podem ser liberadas após decisão de dois psiquiatras não pertencentes ao estabelecimento; os internados que não cometeram delitos necessitam apenas da opinião fundamentada de um único psiquiatra²⁹⁶.

Ressalte-se, no entanto, que essa previsão de condução da resposta estatal ao inimputável com transtorno mental ser administrativa, e não judicial, é uma característica particular da França²⁹⁷.

Na Alemanha, o artigo 20, do Código Penal, exclui a culpabilidade de pessoas com transtornos mentais; a elas não pode ser aplicada pena, mas apenas medida de segurança, que é decidida pelo juiz. Segundo mencionado artigo, relativo à imputabilidade, o indivíduo é considerado inimputável quando não é capaz de perceber o caráter ilícito do fato ou de agir

²⁹² Ibidem, p. 07.

²⁹³ Ibidem, p. 05.

²⁹⁴ Ibidem, p. 05.

²⁹⁵ Ibidem, p. 05.

²⁹⁶ Ibidem, p. 05.

²⁹⁷ Ibidem, p. 06.

conforme tal percepção em razão de transtornos psicóticos, perturbações profundas da consciência ou debilidade ou outra anormalidade mental grave²⁹⁸.

Por transtornos psicóticos entendem-se as doenças mentais *stricto sensu*, como a esquizofrenia, a bipolaridade, entre outras. Os denominados “distúrbios profundos de consciência” referem-se a alterações da personalidade de natureza passional, causadas, por exemplo, por ciúme, raiva, embriaguez, entre outras causas; nesse caso, a jurisprudência não exclui a responsabilidade do autor quando ele poderia ter evitado a ocorrência de tal situação. A debilidade mental refere-se às pessoas com um quociente de inteligência extremamente baixo, e as outras anormalidades mentais graves incluem psicopatias, neuroses e perversões que levam a transtornos de personalidade que prejudicam a capacidade de discernimento e conduta²⁹⁹.

O artigo 21, do Código Penal Alemão, prevê a possibilidade de uma redução de pena, caso a capacidade de discernimento seja consideravelmente reduzida por um dos motivos enumerados no artigo 20³⁰⁰.

Quem decide se o indivíduo será considerado imputável, ou não, é o juiz, com base em laudo pericial. Àqueles considerados inimputáveis deve ser aplicada medida de reeducação e segurança, não consideradas punitivas, mas somente preventivas e podem ter natureza educacional, como a colocação em estabelecimento de ensino especializado, natureza curativa, como a internação em hospital psiquiátrico ou centro de desintoxicação, ou natureza protetiva, como a proibição do exercício da profissão³⁰¹.

A internação da pessoa com transtorno mental em conflito com a lei em hospital psiquiátrico ocorre quando se considera que o agressor representa um perigo para a comunidade, é provável que volte a cometer crimes graves, e o perigo está relacionado ao seu estado mental³⁰².

Na Dinamarca, o Código Penal também exclui a responsabilidade das pessoas com transtornos mentais e permite que o tribunal imponha medidas de segurança, que tem por finalidade impedir a repetição dos fatos. O artigo 16, do capítulo 3, do Código Penal, exclui a culpabilidade daquele que, à época do fato criminoso, não gozava da plenitude das suas

²⁹⁸ Ibidem, p. 09.

²⁹⁹ Ibidem, p. 09.

³⁰⁰ Ibidem, p. 10.

³⁰¹ Ibidem, p. 10.

³⁰² Ibidem, p. 10.

faculdades, por motivo de doença mental ou por se encontrar em estado comparável. Aplica-se essa norma também àqueles com retardo mental grave³⁰³.

O artigo 16 do Código Penal também prevê que, após ter ingerido álcool ou outro produto eufórico, as pessoas que cometem crimes podem ser punidas quando as circunstâncias o justificarem; na prática, a irresponsabilidade criminal raramente é reconhecida, nesse caso, exceto em casos de intoxicação por drogas não procurada pelo interessado³⁰⁴.

No que tange às medidas aplicadas, a regra geral é a de que o tribunal apenas os absolve; entretanto, com a finalidade de evitar o cometimento de outros delitos, pode proferir medidas preventivas, como a obrigação de trabalhar em determinado local, prisão domiciliar, vigilância médica, tratamento ambulatorial ou colocação em estabelecimento para tratamento, aberto ou fechado³⁰⁵.

Há limitação de tempo para essas medidas, de, no máximo, cinco anos, a não ser que o crime seja considerado grave, como homicídio, roubo, estupro, entre outros. O tribunal pode modificar ou suspender essas medidas de acordo com a avaliação da pessoa submetida a elas³⁰⁶.

Na Espanha, o Código Penal exclui a culpabilidade das pessoas com transtornos mentais, mas admite a aplicação de medidas de segurança destinadas a prevenir a repetição de crimes. O artigo 20, do Código Penal Espanhol, estabelece a irresponsabilidade penal de alguns grupos, dentre eles, o de pessoas cuja anomalia ou alteração mental impede a compreensão da ilicitude de seus atos ou a adaptação de sua conduta ao seu entendimento e o de pessoas que têm uma consciência seriamente alterada da realidade, devido aos distúrbios de percepção adquiridos desde a infância³⁰⁷.

As anormalidades mentais correspondem às diferentes categorias de psicoses, neuroses, psicopatias e retardos mentais, enquanto as alterações mentais referem-se aos estados transitórios, como choques psíquicos de origem externa. Transtornos mentais temporários causados propositalmente, como pela intoxicação por drogas, não implicam exclusão da responsabilidade criminal³⁰⁸.

O artigo 21, do Código Penal Espanhol, prevê a redução de pena para aqueles cuja consciência ou vontade foram alteradas, mas não abolidas³⁰⁹. Naquele país, também é o magistrado quem decide, com base em conclusões fornecidas por dois peritos, se o autor do

³⁰³ Ibidem, p. 17.

³⁰⁴ Ibidem, p. 17.

³⁰⁵ Ibidem, p. 18.

³⁰⁶ Ibidem, p. 18.

³⁰⁷ Ibidem, p. 21.

³⁰⁸ Ibidem, p. 21.

³⁰⁹ Ibidem, p. 21.

crime é ou não imputável. A aplicação de medidas de segurança aos inimputáveis depende da demonstração de que a personalidade do interessado torne provável a realização de novas infrações³¹⁰.

A natureza da medida de segurança depende da pena a que o agente teria sido condenado se não tivesse sido declarado irresponsável criminalmente; a internação em estabelecimento psiquiátrico substitui a pena de prisão e a obrigação de tratamento substitui as demais penas³¹¹.

A duração da internação não pode exceder a da pena de prisão a que o agente teria sido condenado se não tivesse sido considerado inimputável. A medida de segurança pode ser revogada, suspensa ou substituída a qualquer momento pelo Judiciário, de acordo com a evolução do tratamento, sendo essa reavaliada ao menos uma vez por ano³¹².

Nos Países Baixos, o artigo 39, do Código Penal estabelece que quem cometeu um ato delituoso não é punível caso possua uma deficiência mental ou uma deficiência de suas faculdades mentais. Esses sujeitos não podem sofrer sanção penal, mas apenas medida judicial. A medida de internação em hospital psiquiátrico somente pode ser aplicada àqueles que forem considerados um perigo para si ou para a comunidade, segundo recomendação de, pelo menos, dois especialistas, incluindo um psiquiatra; essa medida é, em regra, determinada por um ano, devendo ser reavaliada após tal prazo, com a possibilidade de ser prorrogada³¹³.

Outra medida, denominada *terbeschikkingstelling* (TBS), ou colocação à disposição, dá-se quando cometidos crimes com penas menores de quatro anos, se a pessoa com transtorno mental representa um perigo para a comunidade; tem por objetivo principal, a ressocialização, contando com atividades profissionais, culturais, esportivas, entre outras; o tratamento pode consistir em internação ou em domicílio. O TBS depende de anuência do paciente e, caso ele não o siga, é sancionado com medidas mais restritas; além disso, a liberação dessa medida é realizada gradualmente³¹⁴.

Na Itália, o artigo 88, do Código Penal, prevê a irresponsabilidade penal das pessoas que, no momento da ocorrência dos fatos, estivessem, por motivo de doença, mentalmente incapazes de compreender ou querer suas ações. O agente é responsabilizado com uma pena menor quando a doença mental reduz a compreensão ou a vontade, mas não a retira completamente³¹⁵.

³¹⁰ Ibidem, p. 22.

³¹¹ Ibidem, p. 22.

³¹² Ibidem, p. 22.

³¹³ Ibidem, p. 25.

³¹⁴ Ibidem, p. 26.

³¹⁵ Ibidem, p. 23.

O artigo 222, do Código Penal Italiano, que previa tempos mínimos de internação em centro psiquiátrico especializado a depender do crime praticado, foi declarado inconstitucional pelo Tribunal Constitucional italiano em 1982. Tal tribunal exigiu que fosse comprovada periculosidade para determinação de internação, de forma que, se o indivíduo não representa perigo para a sociedade, seja pura e simplesmente absolvido, sem a aplicação de medidas de segurança³¹⁶.

Tratando dos mecanismos alternativos à prisão, em um comparativo entre o Brasil e a Itália, Favilli e Amarante³¹⁷ analisaram que a Itália proibiu as internações em manicômios e determinou o esvaziamento progressivo dessas estruturas com a Lei n. 180, de 1978 (Lei Basaglia); essa lei, também, regulamentou o denominado tratamento sanitário obrigatório (TSO - *Trattamento Sanitario Obbligatorio*), por meio da proibição de internações em manicômios.

Supracitada lei, também, modernizou a clínica de assistência psiquiátrica e inaugurou novos modos de relacionamentos humanos com a equipe da estrutura e com a sociedade, e reconheceu que os pacientes têm direitos e necessidades de vida de qualidade; criou, ademais, estruturas territoriais para suprir a demanda por tratamento e aboliu a correlação imediata entre a doença mental e a periculosidade social³¹⁸.

A Lei Basaglia inspirou a Lei n. 833, de 23 de dezembro de 1978, que instituiu o Serviço Sanitário Nacional (*Servizio Sanitario Nazionale*), entretanto, foi apenas após a aprovação do “Progetto Obiettivo Tutela Salute Mentale”, entre os anos de 1994 a 1996, e da alteração das estruturas de assistência psiquiátrica, instaladas em todo o território nacional, que os hospitais psiquiátricos na Itália foram efetivamente encerrados³¹⁹.

No ano de 2015, seguindo o Decreto-lei n. 24, de 25 de março de 2013, todos os hospitais judiciários da Itália foram oficialmente fechados e substituídos por REMS (*Residenza Esecuzione Misura Sicurezza*). Até o ano de 2017, a Itália era o único país do mundo a abolir os hospitais psiquiátricos judiciários, o que representou um marco na história da saúde mental do mundo, tornando-se referência para a Organização Mundial de Saúde³²⁰.

³¹⁶ Ibidem, p. 24.

³¹⁷ FAVILLI, Federico; AMARANTE, Paulo. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 10, n. 25, p. 151-193, 2018. Disponível em: <http://stat.ijkem.incubadora.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/5184/5209>. Acesso em: 11 ou. 2020. p. 173.

³¹⁸ Ibidem, p. 173.

³¹⁹ Ibidem, p. 173.

³²⁰ Ibidem, p. 173.

Ressalta-se que o psiquiatra italiano Franco Basaglia, inspirado por Thomas Szasz, teve um papel efetivo na reforma da organização da assistência psiquiátrica hospitalar na Itália, e propôs a superação da lógica manicomial³²¹.

Para Favilli e Amarante³²², um dos grandes propulsores do movimento antimanicomial e incentivo à reabilitação e reinserção do doente mental no meio social foi o advento dos psicofármacos; esses, demoliram o mito de que os transtornos mentais eram intratáveis, pois eram capazes de agir sobre as alucinações, os delírios, e diminuir a agressividade.

Na Suécia, por sua vez, o Código Penal não exclui a responsabilidade criminal dos que sofrem com transtorno mental, sendo tal fato apenas uma circunstância que atenua a pena. Entretanto, a legislação sueca exclui penas de prisão para pessoas que sofrem dessas condições. O Código Penal de 1962, que entrou em vigor em 1965, retirou a cláusula sobre a irresponsabilidade das pessoas com transtornos mentais, e o distúrbio psíquico passou a constituir apenas uma circunstância atenuante de pena³²³.

Apesar disso, não é possível na Suécia condenar um infrator com doença mental à prisão. O artigo 6º, do capítulo 30, do Código Penal, prevê que o tribunal pode absolver o culpado se considerar que nenhuma outra pena pode ser aplicada. Podem ser aplicadas como penalidades às pessoas com transtornos mentais a multa, a colocação sob supervisão judicial, e a internação em estabelecimento psiquiátrico³²⁴.

A internação apenas deve ocorrer quando o indivíduo sofrer de um transtorno mental grave e cometer um crime grave, devendo haver uma perícia psiquiátrica. A legislação sueca é única a respeito do tema, quando comparada com os Estados analisados. Apesar disso, há propostas de mudanças legislativas baseadas em discussões de culpa e responsabilidade dos indivíduos com distúrbios mentais que cometem crimes³²⁵.

O Código Penal Português, por sua vez, em seu capítulo VI, trata das Medidas de Segurança e do internamento de inimputáveis, deixando claro que um juízo de prognose positivo é requisito do chamado “internamento” dos inimputáveis naquele país; a desinternação, por sua vez, depende da cessação da periculosidade. Para a compreensão do instituto em

³²¹ Ibidem, p. 173.

³²² Ibidem, p. 172.

³²³ SENAT, op. cit., p. 26.

³²⁴ Ibidem, p. 27.

³²⁵ PERSSON, Veronika. **Ansvar vid allvarlig psykisk störning**. Juridiska Fakulteten vid Lunds Universitet, 2017. Disponível em: <https://lup.lub.lu.se/luur/download?func=downloadFile&recordId=8908237&fileId=8915772>. Acesso em: 12 out. 2020.

Portugal, transcreve-se, a seguir, alguns artigos da legislação de Portugal sobre as medidas de segurança³²⁶:

CAPÍTULO VII

Medidas de segurança

SECÇÃO I

Internamento de inimputáveis

Artigo 91.

Pressupostos e duração mínima

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

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

Artigo 92.º

Cessação e prorrogação do internamento

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

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

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

Antunes³²⁷ afirma que, em Portugal, é possível que o detentor de anomalia psíquica possa cumprir também pena como um imputável, caso reste demonstrado que o transtorno que o acomete não tem relação com o crime cometido, e não teve nexos causal com a conduta praticada, nos termos do que permite o artigo 103, do Código Penal Português.

O artigo 104, da legislação portuguesa, admite que, após cumprida a medida de segurança, o apenado volte a cumprir pena, situação comum quando o transtorno psíquico é descoberto, após a condenação criminal³²⁸.

Apesar das previsões da legislação criminal portuguesa para as medidas de segurança preverem um regime jurídico mais rígido do que os aplicáveis às penas privativas de liberdade, Maria João Antunes afirma que tem havido uma aproximação entre os institutos no que se refere às garantias processuais e penais. Várias das garantias político-criminais do fato aplicáveis aos

³²⁶ Procuradoria Geral Distrital de Lisboa. **Código Penal de Portugal**. Legislação. Disponível em: http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?ficha=101&artigo_id=&nid=109&pagina=2&tabela=leis&nversao=&so_miolo=. Acesso em: 03 out. 2020.

³²⁷ ANTUNES, Maria João. O internamento de imputáveis em estabelecimentos destinados a inimputáveis (os arts. 103º, 104º e 105º do Código Penal de 1982). **Boletim da Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra**. Coimbra Editora, 1993. p. 15.

³²⁸ *Ibidem*, p. 124.

apenados passam a ser aplicados aos que recebem uma medida de segurança, como, por exemplo, a limitação temporal de um período máximo de internação, a proibição da aplicação do princípio da retroatividade, a aplicação do princípio da proporcionalidade, a inadmissibilidade de aplicação de medidas pré-delitivas, entre outras³²⁹.

A aplicação da medida de segurança deve ser subordinada aos princípios da proporcionalidade e da proibição do excesso, devido às diversas restrições que tais medidas representam aos direitos fundamentais. De acordo com Antunes, a necessária observância da proporcionalidade também pode ser extraída do artigo 40, do Código Penal Português, que dispõe que a medida de segurança apenas pode ser aplicada se proporcional à gravidade do fato e à periculosidade do agente³³⁰.

Entretanto, também em Portugal, a regra da internação permanece entre os que possuem transtornos mentais. No país, a luta antimanicomial resultou no Decreto n. 407, de 1998, que prevê unidades de vida apoiada, unidades de vida autônoma, unidades de vida protegida, unidades de apoio integrado e fóruns sócio ocupacionais como alternativas à internação psiquiátrica³³¹; essas unidades e fóruns constituem quatro modelos de residências de apoio social para as pessoas com transtorno mental, que, a depender do grau do transtorno e do apoio familiar de cada pessoa, fornecem apoio terapêutico, social, habitacional e profissional³³².

Apesar desse Decreto, mesmo quando se analisam as pessoas com transtornos mentais que não tenham cometido crimes em Portugal, no ano de 2014, foi publicado o Relatório do Grupo de Trabalho para a Avaliação da Situação da Prestação de Cuidados de Saúde Mental e das Necessidades na Área da Saúde Mental pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS). Esse estudo revelou que é predominante o atendimento nas unidades de internação. O número de residências de caráter comunitário e que sejam alternativas aos hospitais existentes no país é insuficiente para lidar com a demanda existente³³³.

Nos Estados Unidos, por sua vez, o tratamento das pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei é diferente, pois não existe o instituto da inimputabilidade em uma teoria

³²⁹ ANTUNES, Maria João. **Medida de Segurança de Internamento e Facto de Inimputável em Razão de Anomalia Psíquica**. 2002. 531 f. Dissertação (Doutoramento em Ciências Jurídico-criminais) – Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra, Coimbra Editora, 2002. p. 169.

³³⁰ ANTUNES, Maria João. **Penas e Medidas de Segurança**. Coleção Manuais Universitários. 1. Ed. Coimbra: Edições Almedina. 2018. p. 115.

³³¹ MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL. Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão. Parecer sobre medidas de segurança e hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico sob a perspectiva da Lei n. 10.216/2001. 1. ed. Brasília, 2011, p. 66.

³³² PASSOS, Rachel Gouveia; PORTUGAL, Sílvia. Breve balanço da política de saúde mental: análise comparativa Brasil e Portugal a partir da experiência das residências terapêuticas. **Revista de Políticas Públicas**, v. 19, n. 1, p. 91-102, 2015. pp. 97-98.

³³³ Ibidem, pp. 97-98.

geral do Direito Penal positivada³³⁴. No país, os tribunais determinam que psiquiatras realizem exames para constatar se os detentos têm capacidade para serem julgados. Caso seja constatado transtorno mental grave, esse indivíduo tem maior probabilidade de permanecer preso e uma menor chance de ser tratado adequadamente por sua doença psiquiátrica, pois pode-se considerar a prisão a única opção segura³³⁵.

Nos EUA, apesar dos exames realizados, quem decide o destino de uma pessoa com uma doença mental, que infringiu alguma norma penal e está sendo julgada pelo sistema de justiça criminal, são os chamados “guardiões do sistema legal”: policiais, promotores e juízes; a decisão sobre se essa pessoa deve ficar na prisão ou no hospital raramente é clínica, como ensina Montross³³⁶.

Montross afirma como o sistema atual de tratamento dessas pessoas nos Estados Unidos é violador de seus direitos mínimos. Os reclusos, que sofrem com transtornos mentais e permanecem em prisões comuns, são particularmente vulneráveis à brutalidade de outros presos e, às vezes, ao abuso de oficiais correcionais. Enquanto o objetivo principal de um hospital é terapêutico, o objetivo principal da prisão é a segurança. Os funcionários de hospitais psiquiátricos são treinados para reduzir a escalada de momentos de agressividade e surtos, além de outras atividades terapêuticas programadas e da presença constante de um psiquiatra, e de uma gama completa de medicamentos para os sintomas psicóticos, se necessário. Por outro lado, os ambientes carcerários aumentam o medo e a angústia, agravam a psicose, desencadeiam a agressão, além da insuficiente assistência psiquiátrica. Pessoas encarceradas são vistas, dentro da estrutura de seu comportamento criminoso passado, como potencial ameaça futura à segurança social. Alerta-se a necessidade de que tais pacientes sejam colocados em locais de cura, e não de punição³³⁷.

Na Inglaterra, a definição legal de insanidade é aquela dada pela jurisprudência, de 1843, no caso M'Naghten, isto é, para ser aceita como causa de irresponsabilidade criminosa, a insanidade deve atender a três critérios: ausência de discernimento que não seja temporária; resultante de doença mental; e que implique o fato de o autor do ato ignorar a natureza e o significado de suas ações ou de não se dar conta de que está cometendo um crime. A insanidade

³³⁴ MARCHEWKA, 2016, op. cit., p. 13.

³³⁵ MONTROSS, Christine. Hard time or hospital treatment? Mental illness and the criminal justice system. *New England Journal of Medicine*, v. 375, n. 15, p. 1407-1409, 2016. p. 1407.

³³⁶ Ibidem, pp. 1407-1408.

³³⁷ Ibidem, p. 1409.

pode ser reconhecida em três estágios do procedimento: antes do julgamento; na abertura do julgamento; ou durante o julgamento³³⁸.

As regras jurisprudenciais estabelecidas, após o caso M'Naghten, especificam que qualquer pessoa se presume sã, até que seja provada sua culpa, de modo que cabe à defesa fornecer a prova de sua loucura. Os critérios desse julgamento são considerados muito restritivos e impedem inúmeras declarações de irresponsabilidade criminal³³⁹.

Os magistrados têm a possibilidade de proferir sanção penal ou outra medida de acordo com as circunstâncias. No caso de reconhecer a irresponsabilidade criminal de um indivíduo em razão do transtorno mental, o juiz pode impor a internação em estabelecimento psiquiátrico, a supervisão por serviços sociais e o tratamento adequado³⁴⁰.

Na Inglaterra, há diversas orientações dadas pelo Conselho de Sentença da Inglaterra e do País de Gales para lidar com aquele que comete crimes e possui transtornos psíquicos. Tal conselho é um órgão público independente, criado em abril de 2010, para promover maior transparência e consistência nas sentenças e manter a independência do Judiciário³⁴¹.

O principal papel desse Conselho é emitir diretrizes sobre as sentenças a serem seguidas pelos tribunais, a não ser que seja do interesse da justiça não o fazer³⁴². No tratamento das pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei, a orientação do Conselho é no sentido de que o simples fato de um infrator ter transtornos mentais ou distúrbios não significa necessariamente que tal fato terá um impacto na sentença³⁴³.

Como há uma variada gama de condições de saúde mental, deficiências neurológicas e transtornos do desenvolvimento, e o nível de qualquer deficiência varia entre as pessoas, ao avaliar se a condição ou distúrbio tem algum impacto sobre a sentença, a abordagem da decisão é focada nas questões específicas relevantes no caso em questão³⁴⁴.

Se a pessoa que cometeu um crime apresentar as condições e distúrbios listados em documento do tribunal (no qual se incluem psicoses, esquizofrenia, bipolaridade e outros transtornos), considera-se ser possível que tal fato possa afetar o nível de responsabilidade por um crime. Entretanto, a relevância do transtorno mental para a decisão depende da natureza, extensão e efeito deste no indivíduo e se há conexão causal entre a condição e o crime. Aos

³³⁸ SENAT, op. cit., p. 13.

³³⁹ Ibidem, p. 14.

³⁴⁰ Ibidem, p. 15.

³⁴¹ SENTENCING COUNCIL FOR ENGLAND AND WALES. About us. Disponível em: <https://www.sentencingcouncil.org.uk/about-us/>. Acesso em: 11 out. 2020. s.p.

³⁴² Ibidem, s.p.

³⁴³ Ibidem, s.p.

³⁴⁴ Ibidem, s.p.

juizadores, cabe decidir qual a responsabilidade do indivíduo pelo crime, dada a desordem ou condição particular e os fatos específicos do caso em questão³⁴⁵.

Em alguns casos, considera-se que a culpabilidade fica significativamente reduzida em razão do transtorno mental e, em outros, tal condição pode não ter relevância para a culpabilidade. As avaliações acerca da redução da culpabilidade variam em cada caso concreto devido às diferenças na natureza e na gravidade das condições. O juizador, em análise de todas as evidências, inclusive, as especializadas, têm liberdade para tomar decisão quanto ao nível de culpabilidade³⁴⁶.

Quando o infrator pareça ter transtorno mental, o tribunal deve obter e considerar um relatório médico antes de proferir a sentença, podendo a Corte, no entanto, entender que é desnecessário, a depender das circunstâncias do caso³⁴⁷.

Para a prolação da sentença, o tribunal leva em consideração o fato de o tratamento estar disponível. Os juizadores tomam cuidado especial para confirmar se o hospital ou centro de tratamento proposto tem o nível apropriado de segurança capaz de lidar com o comportamento do indivíduo e, ainda, se são aptos a tratar a condição de saúde mental³⁴⁸.

Em mencionado país, existem vários propósitos da sentença que são observados pelos juizadores: punição dos infratores, reabilitação dos infratores, redução do crime, proteção do público e reparação. A princípio, quando se faz um pedido de tratamento em hospital, não seria necessário analisar todos os propósitos da sentença. Entretanto, mesmo nesses casos, a consideração dos propósitos da sentença pode ser relevante³⁴⁹.

Nesse sentido, considera-se que o simples fato de o indivíduo ter um problema de saúde mental não significa que não deva ser punido e, no caso de ofensas graves, a proteção do público é considerada fundamental, sendo decisões tomadas de acordo com o caso concreto. Assim, por exemplo, em uma situação em que a culpabilidade do indivíduo é alta, a sentença pode ser mais pesada para punição; em um caso em que a culpabilidade é baixa, a sentença pode tender à reabilitação³⁵⁰.

Para os indivíduos cujo transtorno contribuiu para o seu delito, o tratamento eficaz de sua condição deve também reduzir a ocorrência de crimes e proteger o público. É possível, na Inglaterra, que a pessoa com transtorno mental, que comete crimes, possa primeiro ser tratado

³⁴⁵ Ibidem, s.p.

³⁴⁶ Ibidem, s.p.

³⁴⁷ Ibidem, s.p.

³⁴⁸ Ibidem, s.p.

³⁴⁹ Ibidem, s.p.

³⁵⁰ Ibidem, s.p.

do transtorno mental no hospital e, após, ser removido para a prisão para cumprir o restante de sua sentença. É provável, assim, que o tribunal dê uma ordem híbrida, combinando uma ordem hospitalar com a pena de prisão. Entretanto, não é possível que a determinação de tratamento em hospital seja concomitante à punição³⁵¹.

A breve análise do tratamento jurídico dado à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei em alguns países ocidentais revela ser comum a adoção de regime jurídico semelhante ao brasileiro, de aplicação de medidas de segurança àquele considerado inimputável, em razão de ser acometido de um transtorno psíquico e por estar impossibilitado de agir conforme sua vontade ou de entender o caráter ilícito de sua conduta. Apesar disso, observam-se, em alguns desses países, críticas a esse regime e a tendência em acabar com os manicômios judiciais.

³⁵¹ Ibidem, s.p.

3 POSSÍVEIS TRATAMENTOS JURÍDICOS DAS PESSOAS COM TRANSTORNOS MENTAIS EM CONFLITO COM A LEI NO BRASIL, COM FUNDAMENTO NA DIGNIDADE HUMANA

A partir da constatação no primeiro capítulo – de que existe um regime jurídico próprio destinado às pessoas com transtornos mentais, vigente no Brasil a partir da Lei 10.216/2001, aliado à constatação de que o tratamento jurídico da pessoa com deficiência também deve buscar incluí-la na sociedade, derrubando as barreiras sociais para tanto – analisa-se, neste capítulo, como essas alterações têm transformado a legislação criminal a respeito das pessoas com transtornos mentais que cometem crime, e que foi abordada no segundo capítulo.

Busca-se, assim, examinar como o regime jurídico da pessoa com deficiência e do detentor de transtornos mentais, em geral, afeta o tratamento jurídico do inimputável que comete crimes.

Inicialmente, traz-se um panorama dos hospitais de custódia e alas psiquiátricas localizadas em presídios no Brasil, em que se observa que o tratamento nesses locais é comumente desumano, violador de diversos direitos essenciais a uma existência digna, e que o tratamento do transtorno é costumeiramente falho e ineficaz; também os exames de cessação de periculosidade, que permitiriam a saída desses ambientes, costumam ser raros, falhos e, muitas vezes, até feitos de forma coletiva, o que acaba por gerar uma institucionalização prolongada.

Além disso, é possível observar que a legislação criminal a respeito do tema viola frontalmente as normas previstas pela Lei de Reforma Psiquiátrica, que veda, de forma expressa, a internação em locais com características asilares, como são os hospitais de custódia e estabelecimentos similares. Também a previsão de que todos os crimes punidos com reclusão devem levar à internação dos inimputáveis por tempo indeterminado afronta a regra da Lei 10.216/2001 de que a internação em hospitais psiquiátricos deve ser excepcional e temporária e apenas quando recomendada pelo médico em laudo fundamentado.

A partir da constatação dessa colidência entre os mencionados ordenamentos jurídicos, destinados aos detentores de transtornos mentais no geral e aos inimputáveis que cometem crimes, busca-se analisar as críticas de autores a respeito do tratamento jurídico criminal brasileiro vigente, e suas respectivas conclusões e propostas de alterações.

Observam-se, ademais, alguns Estados brasileiros que criaram programas de acompanhamento da pessoa com transtornos mentais em conflito com a lei e que têm obtido

bons resultados no que se refere ao tratamento dessas pessoas e em relação aos diminutos índices de reincidência.

3.1 A REALIDADE DOS HOSPITAIS DE CUSTÓDIA E ESTABELECIMENTOS SIMILIARES NO BRASIL E O PERFIL DAS PESSOAS INTERNADAS

A realidade do cumprimento das medidas de segurança, em Hospitais de Custódia e alas psiquiátricas em penitenciárias no Brasil, é dissonante das políticas e diretrizes previstas na Lei n. 10.216/2001, que instituiu a reforma psiquiátrica no País, além de, comumente, serem encontradas realidades extremamente violadoras dos direitos mínimos de existência digna das pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei.

A Lei da Reforma Psiquiátrica não tem alcançado tal grupo, sendo que a regra da aplicação das medidas de segurança continua sendo a internação, possível de aplicação a todos os crimes com previsão de penas de reclusão, nos termos do que dispõe a legislação criminal; a medida de segurança em regime de internação ocorre em locais com características asilares, e, em muitos casos, com precários programas – ou até nenhum – de reinserção social, e planos de atendimento individualizado. Estudos têm revelado que essas pessoas são, costumeiramente, esquecidas em unidades, cujo projeto terapêutico não apresenta mínimas condições para o efetivo tratamento e reintegração desses pacientes à comunidade³⁵².

No censo realizado em 2011, intitulado “A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil”, dirigido por Diniz³⁵³, do Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero, em convênio com o Departamento Penitenciário Nacional, reconheceu-se, inicialmente, que quase nada se conhecia sobre a população que cumpre medida de segurança nos Estabelecimentos de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, ainda que tenha se passado mais de setenta anos desde a criação desses locais, sendo desconhecido, inclusive, o número dessa população. Tal ignorância sobre o perfil e a realidade desse grupo era um obstáculo para o planejamento de políticas públicas a ele voltadas³⁵⁴.

A pesquisa constatou que, no ano de 2011, havia, no País, 23 Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico e 3 Alas de Tratamento Psiquiátrico em Penitenciárias. Nesses

³⁵² VIGGIANO, Fernando Braga; DIORIO, Marcela Venturini. Medida de Segurança e reforma psiquiátrica. *Revista do Ministério Público de Goiás*, n. 36, pp. 229-256, jul. a dez. 2018. Disponível em: http://www.mp.go.gov.br/revista/pdfs/5/12-artigo27ok_Layou%201.pdf. Acesso em: 05 out. 2019. p. 238.

³⁵³ DINIZ, Débora. *A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil*. Censo 2011. Brasília: Editora UNB, 2013. Disponível em: http://newpsi.bvs-psi.org.br/ebooks2010/pt/Acervo_files/custodia_tratamento_psiquiatrico_no_brasil_censo2011.pdf. Acesso em: 06 out. 2019.

³⁵⁴ Ibidem, pp. 11-12.

ambientes, estavam internadas 3.989 pessoas, das quais 2.839 cumpriam medida de segurança, 117 cumpriam medida de segurança por conversão da pena e 1.033 estavam em situação de internação temporária. Do total de pessoas, 92% (3.684) eram homens e 7% (291) mulheres³⁵⁵.

Aferiu-se que 25% (741) das pessoas que cumpriam medida de segurança não deveriam mais estar internadas, seja por estarem com a periculosidade cessada ou por terem sentença de desinternação, ou medida de segurança extinta, ou, ainda, pela internação não ter sido determinada em processo judicial, ou por terem recebido o benefício judicial da alta ou desinternação progressiva³⁵⁶.

A pesquisa identificou que os crimes cometidos por esse grupo se distribuía da seguinte forma: 43% (1.228) dos crimes contra a vida; 29% (818) dos crimes contra o patrimônio; 15% (423) dos delitos contra a dignidade sexual; 4% (105) dos delitos contra a liberdade individual; e 4% (102) dos crimes da Lei Antidrogas³⁵⁷.

Analisando os diagnósticos médicos sobre quais seriam os transtornos mentais que acometem as pessoas em conflito com a lei e que cumprem medida de segurança, houve uma concentração de diagnósticos de esquizofrenia, com 42% dos casos. Constatou-se que 69% da população submetida à medida de segurança não possuía qualquer antecedente criminal³⁵⁸.

O tempo médio de cumprimento das medidas de segurança foi de seis anos, e, entre as pessoas que cumpriam medida de segurança no País, em 2011, 9% tinha menos de um ano de cumprimento; 33%, entre um e três anos; 15%, entre quatro e cinco anos; 18%, entre seis e dez anos; 8%, entre onze e quinze anos; 4%, entre dezesseis e vinte anos; 2%, entre vinte e um e vinte e cinco anos; 0,9%, entre vinte e seis e trinta anos; e 0,3%, acima de trinta anos³⁵⁹.

A pesquisa³⁶⁰ revelou que 21% (606) das pessoas internadas sob medida de segurança cumpriam pena há mais tempo que a pena máxima em abstrato para o crime cometido. Quando comparado o tempo de internação com o máximo da pena em abstrato, prevista para o crime, a situação mais crítica encontrada foi a de um paciente com 32 anos de internação por tentativa de furto e dois, com mais de 25 anos de internação por uma lesão corporal.

A invisibilidade comum dessas situações torna frequentes relatos e denúncias de casos concretos, nos quais pessoas com transtornos mentais ficaram internadas por décadas em manicômios judiciais, mesmo sem terem cometido qualquer crime ou tendo cumprido mais

³⁵⁵ DINIZ, 2013, op. cit., p. 35.

³⁵⁶ Ibidem, p. 35.

³⁵⁷ Ibidem, p. 44.

³⁵⁸ Ibidem, pp. 42 e 46.

³⁵⁹ Ibidem, pp. 47-48.

³⁶⁰ Ibidem, pp. 54-55.

de dez vezes o tempo máximo da pena em abstrato prevista para a infração penal em que teriam incidido.

No ano de 2011, o Conselho Nacional de Justiça realizou um mutirão, que aferiu que Derivaldo Bispo Santos, com 60 anos de idade, estava internado na Bahia desde 1977, isto é, há 34 anos, pela prática de lesão corporal³⁶¹.

Outro mutirão ocorrido em Curitiba, no Complexo Médico de Pinhais, aferiu que Francisco Celestino estava internado há 31 anos, apesar de ter sido inocentado de uma acusação de furto; o juiz, à época, determinou sua internação por ter sido considerado um perigo para a sociedade³⁶².

Nelson Leopoldo Filho, por sua vez, foi internado por 52 anos no Hospital de custódia e tratamento psiquiátrico Heitor Carrilho, no Rio de Janeiro, pelo furto de alimentos da geladeira de um vizinho, desde 1955 (quando possuía 19 anos); ao ser desinstitucionalizado, 52 anos depois, foi morar em uma residência terapêutica³⁶³.

Estudo feito no Estado de São Paulo constatou que novecentas pessoas com transtornos psiquiátricos esperavam para ser transferidas para um dos três estabelecimentos destinados ao cumprimento de medidas de segurança e, na maior parte dos casos, não recebiam qualquer tratamento durante a espera³⁶⁴.

É válida a transcrição de trechos do relatório de visitas ao Hospital de custódia de Sergipe, feito pelo Conselho Penitenciário do Estado de Sergipe, nos anos de 2005 a 2007, que descreve situação absolutamente precária do local, superlotado, sem higiene, assistência médica e farmacêutica, camas, dentre diversas outras situações de insalubridade³⁶⁵:

[...]

- a) O Manicômio Judiciário encontra-se concebido como uma 'prisão para loucos' e não como hospital de custódia e tratamento de doentes mentais pessoas que precisam muito mais de tratamento psiquiátrico e psicológico do que de repressão e castigo, consoante ensinamentos da moderna doutrina penal, de execução [sic] penal e psiquiátrica;
- b) Existência de uma superpopulação de reclusos no cumprimento de medida de segurança detentiva, posto que o Manicômio Judiciário tem capacidade para 20 (vinte)

³⁶¹ BANDEIRA, R. Mais da metade de presos com problemas psiquiátricos na Bahia ainda aguarda laudos. 2011. Conselho Nacional de Justiça. **Agência CNJ de Notícias**. Disponível em: <http://www.cnj.jus.br/mais-da-metade-de-presos-com-problemas-psiquiatricos-na-bahia-ainda-aguarda-laudos/>. Acesso em: 06 out. 2019.

³⁶² OAB RIO DE JANEIRO. Mutirão tira 108 pessoas de hospital psiquiátrico em Curitiba. 2012. Disponível em: <https://oab-rj.jusbrasil.com.br/noticias/3138841/mutirao-tira-108-pessoas-de-hospital-psiquiatrico-em-curitiba?ref=amp>. Acesso em: 06 out. 2019.

³⁶³ DIOGO, Darciane. Homem passa mais de 50 anos por furtar alimentos do vizinho no Rio. **Estado de Minas, 2012**. Disponível em: https://www.em.com.br/app/noticia/nacional/2012/12/18/interna_nacional,337691/homem-passa-mais-de-50-anos-por-furtar-alimentos-do-vizinho-no-rio.shtml. Acesso em: 25 jan. 2021.

³⁶⁴ VIGGIANO; DIORIO, op. cit., p. 238.

³⁶⁵ MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL, op. cit., p. 75.

- inimputáveis e abriga 77 (setenta e sete) doentes mentais internados por determinação judicial;
- c) Ausência de profissionais de saúde no próprio manicômio, o que se apresenta como inconcebível. Não existe enquanto servidores fixos e ocupantes de uma carreira específica profissionais de saúde (médicos psiquiatras, psicólogos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem) no Manicômio Judiciário;
 - d) Além disso, foram-nos apresentadas denúncias de falta de alguns remédios de uso periódico e obrigatório o que agrava a situação dos reclusos;
 - e) Abandono material e ausência de desenvolvimento de práticas psicoterápicas com os reclusos, sendo os mesmos largados no ócio e na promiscuidade do convívio [sic] coletivo;
 - f) Absoluta ausência de atividades de lazer e de ocupação quotidiana, ficando os reclusos na maior parte do tempo dentro de celas com grades;
 - g) Colocação de quatro, cinco e até seis detentos na mesma cela, sem o mínimo de assepsia, dormindo em camas de cimento, sem colchão e cobertores, em total e completo abandono material;
 - h) Odor fétido exalado pelas fossas e sanitários existentes nas celas e nos banheiros coletivos;
 - i) Desrespeito à individualidade do doente mental, obrigado a fazer seu asseio pessoal de forma coletiva e na presença dos guardas prisionais;
 - j) Ausência de um adequado acompanhamento social, posto que não existe uma política de aproximação das famílias com os inimputáveis que se encontram reclusos no manicômio.

Dos dados e relatos apurados, observa-se que a realidade de tratamento das pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei no Brasil ainda é pautada no aprisionamento, com condições estruturais precárias e violadoras dos direitos mínimos de existência digna desse grupo. As estruturas existentes de hospitais de custódia e alas psiquiátricas não comportam todos aqueles sancionados com medidas de segurança, e a maior parte desses locais não possuem planos de tratamento individualizado e programas de reintegração minimamente eficazes e equipados.

Marchewka pesquisou três hospitais de custódia no Rio de Janeiro e em Brasília, no ano de 2016, e analisou a situação do processo terapêutico de todos os internos. Segundo a autora, as várias visitas realizadas “revelaram situação precária de infraestrutura, pessoal (equipes de assistência psiquiátrica e psicológica, terapia ocupacional, assistência social) e atendimento aos internos, nos três locais”³⁶⁶.

No hospital do Distrito Federal, somente uma parcela do projeto terapêutico era, de fato, realizada pela equipe de saúde mental, em razão da escassez de recursos humanos; nesse hospital, não havia prontuário individualizado para o acompanhamento do tratamento de cada paciente, mas somente fichas de atendimento e relatórios do setor psicossocial do Poder Judiciário e alguns outros relatórios do médico assistente e da terapeuta ocupacional. No Hospital Henrique Roxo, no Estado do Rio de Janeiro, ao se ter acesso aos prontuários e laudos

³⁶⁶ MARCHEWKA, 2016, op. cit., p. 32.

do arquivo da assessoria psicossocial, havia, em pastas individualizadas, apenas os prontuários jurídicos dos internos e os laudos de exame de cessação de periculosidade³⁶⁷.

O Hospital Heitor Carrilho, também analisado, dificultou o acesso aos dados de seu arquivo acerca dos internos, notadamente, em razão do processo de desativação. Afirma a autora que se apurou, no estudo, que a população do hospital consistia em um grupo já envelhecido e que estava ali internado há longos períodos. Segundo informações da diretora do estabelecimento, os funcionários não conseguiram contato com 23 famílias dos 78 internos ali registrados em 2013. Buscou-se a inserção dos pacientes em Centro de Atenção Psicossocial (CAPS); no Estado do Rio de Janeiro, além dos CAPS, existiam em torno de 25 a 29 Residências Terapêuticas. Além disso, o benefício da prestação continuada da Lei Orgânica de Assistência Social constituiu passo importante para a desinternação. Os que não possuíam familiares continuaram abrigados no Hospital, e não mais internados³⁶⁸.

O supracitado estudo revelou o perfil das 109 pessoas internadas nas três instituições, qual seja, 36 das 39 pessoas do Distrito Federal são do gênero masculino, o que representava 92,3%; no Rio de Janeiro, 62 das 70 pessoas são homens, o que equivale a 88,6%. Além disso, 59,0% dos internados no Distrito Federal e 55,7% dos do Rio de Janeiro possuem ensino fundamental incompleto, e a maior parte dos internos era natural da região em que estava internado³⁶⁹.

O diagnóstico de transtorno mental foi o mais frequente, porém, há internos diagnosticados com retardo mental, dependência de álcool e dependência química. Os diagnósticos mais comuns dentre os transtornos psíquicos são as variadas formas de esquizofrenia e transtornos psicóticos não especificados³⁷⁰.

A pesquisa de Marchewka³⁷¹ analisou diagnósticos da psiquiatria forense e se as medidas terapêuticas propostas às pessoas internadas dessas instituições de custódia atendiam às melhores evidências científicas em saúde mental, além de observar se o diagnóstico do incidente de insanidade mental, constante no processo judicial, tinha correspondência com o tratamento aplicado ao interno.

Marchewka³⁷² chegou à conclusão de que as principais carências do processo terapêutico se referiam à fase anterior à adequação do tratamento, pela inexistência de

³⁶⁷ MARCHEWKA, 2016, op. cit., p. 32.

³⁶⁸ Ibidem, p. 32-33.

³⁶⁹ Ibidem, p. 33.

³⁷⁰ Ibidem, p. 42-43.

³⁷¹ Ibidem, p. 57.

³⁷² Ibidem, p. 57-60.

diagnóstico, monitoração e tratamento das pessoas ali internadas; a maioria dos diagnósticos e dos exames de cessação da periculosidade daqueles que cumprem medida de segurança baseiam-se somente em entrevistas, sem indicar qual instrumento guiou a análise.

Marchewka³⁷³ aferiu que, nas três instituições visitadas, cerca de menos de 30% dos internados chegaram a fazer o exame de cessação da periculosidade e de sanidade mental em conjunto. A família não costumava ser ouvida para a finalização do diagnóstico do interno. No Hospital de Custódia do Distrito Federal, 56,40% das famílias não foram entrevistadas, e, nos hospitais do Rio de Janeiro, nenhum familiar foi ouvido.

O diagnóstico referente à patologia que acomete o paciente é mal feito no País, assim como, também, é precário o exame de cessação da periculosidade. Além disso, poucas são as pessoas que fazem os exames de periculosidade, sendo que apenas 20% dos internos do Rio de Janeiro e 51,3% dos internos do Distrito Federal o haviam feito. Tais falhas acabaram por perpetuar a medida de internação por décadas e afastaram o internado de sua família e da rede de apoio, os quais poderiam auxiliar na sua socialização³⁷⁴.

Além da ausência de exames e da falta de padronização desses, não há projetos terapêuticos individualizados ou padronização dos tratamentos prescritos. Também, não há a preocupação em seguir princípios de saúde mental com base em evidências científicas, para o tratamento e o diagnóstico, e de utilizar os exames mais recomendados para o diagnóstico³⁷⁵.

Outra constatação da pesquisa é a falta de apoio para a desinstitucionalização do interno, tanto familiar como socioeconômico. Há situações nas quais a ressocialização do internado não é possível devido à ausência de referências familiares e sociais, apesar dos sintomas do transtorno terem cessado³⁷⁶.

Marchewka³⁷⁷ conclui que, nos três estabelecimentos de custódia visitados, os indivíduos internados são isolados, com precário tratamento, e sem íntima articulação com as redes de assistência à saúde mental, nem com a assistência social, comunitária e familiar; não há, ainda, recursos estruturais para desenvolver o cuidado dos sintomas relativos à internação por alongados períodos.

³⁷³ MARCHEWKA, 2016, op. cit., pp. 60-61.

³⁷⁴ Ibidem, pp. 60-62.

³⁷⁵ Ibidem, pp. 71-74.

³⁷⁶ Ibidem, p. 63.

³⁷⁷ Ibidem, p. 71.

Lira³⁷⁸ afirma que a degradação e a retirada da dignidade sofrida pelos internados nesses locais assemelham-se à tortura. O processo de degradação sofrido pelo internado é constante, pois, “todos os símbolos de sua dignidade lhes são retirados, suas roupas, produtos de higiene pessoal, sua subjetividade, sua integridade física e mental”. Para a autora, o real efeito desse aprisionamento opressivo é o de arrancar do indivíduo as condições necessárias para viver em liberdade.

Em suas visitas, Lira constatou que os internos são, em sua maioria, negros e pobres, e os delitos que ocasionaram sua internação são os mais variáveis, tendo sido encontradas pessoas que cometeram crimes graves e outros que somente discutiram com vizinhos, além de usuários de entorpecentes³⁷⁹.

Há relatos de maus-tratos por agentes penitenciários, relacionados a queixas sobre agressões verbais e uso excessivo da força para manutenção da disciplina. Apesar de a pesquisadora não ter encontrado pessoas visivelmente agredidas, ouviu reclamações de ataques ocorridos em momentos de surto. Além das agressões físicas, tem-se que “os loucos infratores ainda estão sujeitos a condições estruturais desumanas e a uma dinâmica que permanece reproduzindo ambientes torturantes e mortificantes de sua natureza”³⁸⁰.

Lira³⁸¹ observou que o fator determinante para o período de cumprimento das medidas de segurança é o “fantasma da possibilidade do delito futuro e por que não dizer do preconceito racial” e afirma que a periculosidade não é aferida pela gravidade ou espécie do crime cometido, mas sim de acordo com a pessoa examinada; o perfil dos indivíduos com transtorno psíquico em conflito com a lei nas unidades de custódia visitadas pela autora é idêntico ao século XX, qual seja, de homens negros, pobres, jovens, oriundos de locais criminalizados.

Ao analisar os estabelecimentos de custódia dos inimputáveis do Rio de Janeiro, Lira³⁸² conclui que ainda há um excessivo encarceramento, decorrente da reprodução de estereótipos e da desigualdade social, que se utiliza do saber da psiquiatria para manter a estrutura carcerária no estado em que se encontra.

Apesar de observáveis mudanças relacionadas aos projetos terapêuticos elaborados nesses locais, havendo empenho dos profissionais da saúde mental em incentivar a desinstitucionalização dos internados, embora a médio prazo, tais estabelecimentos possuem

³⁷⁸ LIRA, Renata Verônica Cortes de. **Loucos sob medida: Compassos e descompassos entre a reforma psiquiátrica e os manicômios judiciais**. 2014. 115 f. Dissertação (Mestrado em Direito) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014. p. 111.

³⁷⁹ Ibidem, p. 108.

³⁸⁰ Ibidem, p. 108.

³⁸¹ Ibidem, p. 110.

³⁸² Ibidem, p. 110.

estrutura e disciplina com resquícios dos manicômios judiciais e ambientes propícios aos maus-tratos e à tortura. Assim, Lira³⁸³ defende a necessidade de imediata extinção de todos os Hospitais de Custódia e estabelecimentos similares, com características asilares.

O avanço na área da psiquiatria, em relação às pessoas com transtornos psíquicos ainda fica obstado por um sistema jurídico criminal sustentado em diretrizes punitivas, que guiaram o tratamento dado às pessoas com transtornos mentais no século XIX. A ciência jurídica se pauta na lógica de que essas pessoas não têm capacidade de discernir sobre condutas certas ou erradas e, por tal razão, são totalmente impossibilitadas de responder por seus atos, raciocínio que desconsidera todo o avanço ocorrido na ciência psiquiátrica³⁸⁴.

A inauguração dos manicômios judiciários foi vista como uma conquista, uma vez que possibilitou separar os loucos dos “normais” e dar àqueles o devido tratamento, ao invés de apenas isolá-los da sociedade. Entretanto, atualmente, a manutenção desses estabelecimentos de custódia “deveria ser entendid[a] como um sinal de ignorância, de retrocesso”³⁸⁵.

O sistema penitenciário brasileiro, no geral, encontra-se caótico, constituindo um verdadeiro depósito de pessoas, em condições insalubres, precárias e indignas; os direitos dos presos, tidos como limites ao poder punitivo estatal são constantemente violados³⁸⁶. Tal contexto de violação generalizada e permanente de direitos fundamentais da população carcerária fez com que o Supremo Tribunal Federal, no julgamento da medida cautelar da Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental n. 347, declarasse um estado de coisas inconstitucional em relação ao sistema carcerário; inspirando-se na tese criada pela Corte Constitucional Colombiana, o Supremo Tribunal Federal acolheu a jurisprudência daquele tribunal, em um verdadeiro diálogo transconstitucional³⁸⁷.

Tem sido comum que os tribunais nacionais decidam questões constitucionais de direitos humanos que ultrapassam a ordem interna, situações em que diversos tribunais são chamados a analisar. Para Neves³⁸⁸, essa conversação constitucional, com referência às decisões

³⁸³ LIRA, op. cit., p. 111.

³⁸⁴ Ibidem, p. 111.

³⁸⁵ Ibidem, p. 111.

³⁸⁶ OLSSON, Giovanni; CASTALDI, Valquíria. O poder do Estado no uso da violência legítima: um olhar sobre o sistema prisional brasileiro e sua (in) efetividade. **Revista Brasileira de Direitos Fundamentais & Justiça**, v. 12, n. 38, p. 47-73, 2018..

³⁸⁷ LOPES, Ana Maria D’avila; FREIRE, Cylviane Maria Cavalcante de Brito Pinheiro. O reconhecimento do estado de coisas inconstitucional no sistema penitenciário brasileiro. **Revista Brasileira de Direitos Fundamentais & Justiça**, v. 10, n. 35, 2016. p. 208.

³⁸⁸ NEVES, Marcelo da Costa Pinto. Transconstitucionalismo, con especial referencia a la experiencia latinoamericana. **La justicia constitucional y su internacionalización: hacia un lus constitucionale commune en América Latina?**, v. 2, pp. 745-756, 2010.

das demais Cortes, é uma faceta do transconstitucionalismo, modelo estrutural de conexão e de diálogo entre as múltiplas esferas e ordens jurídicas da sociedade mundial.

O diálogo entre cortes constitucionais, dos países que compõem o Sistema Interamericano de Direitos Humanos, decorre diretamente da formação, na região, de um órgão judicial e da edição de normas comuns que estabelecem um vínculo jurídico entre todos os pertencentes ao sistema regional. Luciani Coimbra e Ângela Calixto³⁸⁹ afirmam que “a formação de tal aparato é essencial para a caracterização do diálogo, já que a partir de seu desenvolvimento passa-se a exigir dos Estados a tomada de medidas para a efetiva proteção de direitos humanos”.

Apesar da variedade de documentos jurídicos que tutelam as pessoas presas, é necessário lembrar que todos os direitos cabíveis aos indivíduos, no geral, lhes são igualmente aplicáveis. Não obstante a primariedade desse pressuposto, que embasou os primeiros documentos universais de direitos humanos, fixando que estes devem alcançar a todos, no caso das pessoas presas, tem ocorrido uma “naturalização da desumanização da pessoa presa”; as mazelas e os sofrimentos dessa parcela populacional pouco causam comoção social³⁹⁰.

A falta de empatia da população, em geral, com o sofrimento das pessoas encarceradas ocasiona um processo de invisibilização dos detentos, que se assemelha com o conceito de vida nua, criado por Giorgio Agamben.

Giorgio Agamben³⁹¹ retoma a figura do *Homo Sacer* do Direito Romano arcaico para explicar o conceito de vida nua; o *Homo Sacer* era o indivíduo condenado por um delito, mas que não poderia ser sacrificado; entretanto, se alguém o matasse, não era penalizado. Essa condição de indignidade é nomeada pelo autor como uma vida nua, pois tratava-se de uma vida não mais protegida pelo direito, anulável e indigna. A manutenção de tal forma de banimento e do conceito de vida nua é desejável à manutenção da ordem estatal, pois reforça a necessidade de cumprimento da lei como algo positivo.

Cirino dos Santos, ao abordar os objetivos do Direito Penal, afirma haver objetivos declarados e reais, sendo que estes são desdobramentos dos primeiros; para o autor, o Direito

³⁸⁹ CALIXTO, Ângela J.; CARVALHO, Luciani Coimbra de. Diálogos interjudiciais: a obrigatoriedade de seu desenvolvimento no sistema interamericano de proteção dos direitos humanos. **Revista Eletrônica do Curso de Direito da UFSM**, v. 14, n. 01, pp. 04-05, 2019.

³⁹⁰ TAVARES, Natália Lucero Frias; GARRIDO, Rodrigo Grazinoli; SANTORO, Antônio Eduardo Ramires. Política de saúde no cárcere fluminense: impactos da pandemia de COVID-19. **Revista Estudos Institucionais**, v. 6, n. 1, pp. 277-300, jan./abr. 2020. pp. 279-280.

³⁹¹ AGAMBEN, Giorgio. **Homo Sacer: o poder soberano e a vida nua**. Tradução de Henrique Burigo. 1. ed. 2. reimp. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2007. p. 70.

Penal também tem como foco garantir a manutenção da desigualdade social existente na sociedade. Afirma o autor³⁹²:

O significado político do controle social realizado pelo Direito Penal e pelo Sistema de Justiça Criminal aparece nas funções reais desse setor do Direito – encobertas pelas funções declaradas do discurso oficial: a criminalização primária realizada pelo Direito Penal (definição legal de crimes e de penas) e a criminalização secundária realizada pelo Sistema de Justiça Criminal constituído pela polícia, justiça e prisão (aplicação e execução de penas criminais) garantem a existência e a reprodução da realidade social desigual das sociedades contemporâneas.

Lima, Castro e Silva³⁹³ chamam atenção para a invisibilidade dos encarcerados, parcela populacional “por vezes considerada lixo humano, escória da sociedade”. Sua invisibilidade decorre da imensa exclusão, de não serem vistos pela sociedade como sujeitos de direitos, apesar de o ordenamento jurídico dispor de forma diversa. Aquele que transgredir as leis de um Estado sempre é visto como um malfeitor da sociedade, um algoz.

A defesa dos direitos humanos dos encarcerados revela a necessidade de desconstrução de posições simbólicas de exclusão e o desmonte do entendimento comum do conceito de justiça, relacionado ao sentimento de vingança e ao ressentimento, ideia que aprisiona os indivíduos em identidades fixas, que ignoram qualquer possibilidade de mudança³⁹⁴.

Sá afirma que a clássica ideia de que a conduta de um criminoso é animalésca, ancestral e primitiva deixou profundas marcas na criminologia clínica; a partir desse pensamento, deduz-se que “não há porque dispensar a ele os cuidados merecidos pelos cidadãos; não há porque tratá-lo como cidadão, como pessoa. Daí todas as consequências da ideologia do inimigo”³⁹⁵.

Rodriguez³⁹⁶, ao tratar dos avanços contemporâneos da medicina e da neurociência no tratamento de tendências criminosas, afirma que um dos grandes problemas para o progresso dessas medidas é a aceitação da sociedade em possuir uma pena voltada à recuperação do condenado, pois, culturalmente, esta depende de retribuição.

Nessas circunstâncias, sustentam Lima, Moura Castro e Silva³⁹⁷ que a crise do sistema penitenciário é um germe intrínseco dessa estrutura, não devendo ser compreendida como um

³⁹² SANTOS, op. cit., pp. 10-11.

³⁹³ LIMA; CASTRO; SILVA, op. cit., p. 127.

³⁹⁴ FERREIRA, Amauri. Culpa, Ressentimento e a Inversão dos Valores em Nietzsche. **Revista Filosofia**, Editora Escala, ed. 36, jun. 2009. p. 02.

³⁹⁵ SÁ, Alvino Augusto. **Criminologia Clínica e Execução Penal**. Proposta de um modelo de Terceira Geração. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2015. p. 77.

³⁹⁶ RODRIGUEZ, Víctor Gabriel. **Livre arbítrio e Direito Penal**: revisão frente aos aportes da neurociência e à evolução dogmática. 1. ed. São Paulo: Marcial Pons, 2018. p. 283.

³⁹⁷ LIMA; CASTRO; SILVA, op. cit., pp. 127-128.

descompasso administrativo; o caos do sistema penitenciário brasileiro reforça a lógica punitiva que o sustenta, necessária para o apaziguamento social e para a manutenção da ordem.

Rosa e Carval³⁹⁸ afirmam que, para algumas teorias normativas-funcionais do Direito Penal, o Estado deve considerar que alguns indivíduos que violam a lei são seus “inimigos”, “não pessoas”, o que representa uma posição incompatível com um Estado Democrático de Direito, no qual a tutela da dignidade da pessoa humana é o princípio diretor.

Segundo Silveira e Campello, a dignidade humana, positivada em diversos ordenamentos jurídicos ocidentais, é o fundamento dos direitos humanos³⁹⁹. Ingo Sarlet, em síntese, define a dignidade humana como a qualidade inerente de cada ser humano que o faz ser merecedor de respeito pela comunidade e pelo Estado, e lhe assegura uma gama de direitos e deveres fundamentais que garantem condições mínimas de existência digna e a não submissão a atos degradantes e desumanos⁴⁰⁰.

O grupo dos encarcerados com transtornos mentais são ainda mais invisíveis, na medida em que mais excluídos, recebendo os estigmas da loucura e do criminoso. O confinamento desse grupo ocasiona consequências danosas, em especial, por se tratarem os hospitais de custódia de espaços segregacionistas “que reforçam a lógica punitiva por meio da arbitrariedade do poder sobre os corpos, um exemplo nítido de violência e modalidades outras de tortura no contemporâneo”⁴⁰¹.

No final do século XIX, foi desenvolvida a teoria da interseccionalidade dos direitos humanos: segundo Kimberle Crenshaw, alguns grupos sociais sofrem múltiplas vulnerabilidades simultaneamente, uma vez que são alvo de discriminações complexas, como ocorre, por exemplo, com uma mulher pobre, com deficiência e negra, que sofre vulnerabilidades do gênero feminino, da raça e da deficiência⁴⁰². A vulnerabilidade, segundo Pinheiro e David Araújo, liga-se à ideia de fragilidade, isto é, à faceta fraca de uma pessoa;

³⁹⁸ ROSA, Gerson Faustino; CARVAL, Gisele Mendes de. Funcionalismo sistêmico e direitos fundamentais na seara penal. *Revista Pensamento Jurídico*, São Paulo, v. 11, n. 2, jul./dez. 2017. Disponível em: <https://fadisp.com.br/revista/ojs/index.php/pensamentojuridico/article/view/100/144>. Acesso em: 11 ago. 2020.

³⁹⁹ CAMPELLO, Livia Gaigher Bosio; SILVEIRA, Vladmir Oliveira da. Dignidade, Cidadania e Direitos Humanos. Trabalho publicado nos Anais do XIX Encontro Nacional do CONPEDI, jun. 2010. Disponível em: <http://www.publicadireito.com.br/conpedi/manaus/arquivos/anais/fortaleza/3914.pdf>. Acesso em: 16 jan. 2021. p. 4975.

⁴⁰⁰ SARLET, Wolfgang Ingo. Dignidade da pessoa humana e direitos fundamentais na Constituição da República de 1988. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2002. p. 26.

⁴⁰¹ LIMA; CASTRO; SILVA, op. cit., p. 144-145.

⁴⁰² CRENSHAW, Kimberlé. A interseccionalidade na discriminação de raça e gênero. *VV. AA. Cruzamento: raça e gênero*. Brasília: Unifem, v. 1, n. 1, p. 7-16, 2004. Disponível em: <http://www.acaoeducativa.org.br/fdh/wp-content/uploads/2012/09/Kimberle-Crenshaw.pdf>. Acesso em: 11 abr. 2020. p. 15.

assim, vulnerabilidade fragiliza o sujeito de direitos e desequilibra sua relação com os demais⁴⁰³.

No caso dos encarcerados com transtornos mentais, ambas as condições são vetores de opressão. Diniz⁴⁰⁴ relata que a marca de tal parcela populacional é a completa invisibilidade. O encarceramento no Brasil, por si, já é caracterizado por uma anestesia quanto à violação de direitos mínimos essenciais à dignidade da pessoa encarcerada. O contexto de extrema superlotação, ambientes sujos, insalubres, falta de alimentação, de produtos de higiene, de colchões, além de oportunidades de trabalho e estudo são a realidade das prisões no País.

Os transtornos mentais apenas agravam a precariedade da situação dessas pessoas. Estudo feito em países europeus (Inglaterra, Holanda, França, Itália e Espanha) e no Brasil revelou que os grupos mais tendenciosos a apresentar um primeiro episódio de transtornos mentais graves, como esquizofrenia, transtorno bipolar e depressão com sintomas psicóticos, como delírios e alucinações, são homens jovens, residentes em áreas muito pobres ou que pertencem às minorias étnicas⁴⁰⁵.

A interseccionalidade de grupos vulneráveis envolve os deficientes mentais graves no geral, sendo, em sua maioria, pessoas pobres ou pertencentes a minorias étnicas⁴⁰⁶. Observa-se que os encarcerados com transtornos mentais são extremamente vulneráveis, submetidos a diversos fatores de opressão social. Nos ambientes em que as pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei cumprem medida de segurança em regime de internação, a violação de direitos humanos costuma ser ainda mais grave, notadamente, em razão da vulnerabilidade dos detentos e da comum incapacidade estatal em lidar com essas pessoas.

3.2 CRÍTICAS DOUTRINÁRIAS À CONTINUIDADE DA APLICAÇÃO DO REGIME JURÍDICO PENAL E PROCESSUAL PENAL DA INIMPUTABILIDADE

A pessoa com transtornos mentais em conflito com a lei tem uma reduzida tutela jurídica na legislação brasileira. Como analisado no capítulo anterior, o regime jurídico destinado ao tratamento dessas pessoas restringe-se às poucas normas que preveem a aplicação de medidas

⁴⁰³ PINHEIRO, Flavia de Campos. ARAÚJO, Luiz Alberto David. A pessoa com deficiência e a defesa coletiva em juízo: o papel das associações. **Revista Direito UFMS**, v. 1 n. 1, Ed. Especial, pp. 145 - 163, jan.-jun. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.21671/rdufms.v1i1.1237>. Acesso em: 17 fev. 2021. p. 150.

⁴⁰⁴ DINIZ, 2013, op. cit., p. 13.

⁴⁰⁵ ALISSON, Elton. Estudo indica população mais vulnerável a transtorno mental grave. Estudo realizado no Brasil e em países europeus analisou grupos mais propensos ao primeiro episódio psicótico. **Jornal da USP**, janeiro de 2018. Disponível em: <https://jornal.usp.br/ciencias/ciencias-da-saude/estudo-indica-populacao-mais-vulneravel-a-transtorno-mental-grave/>. Acesso em: 27 ago. 2020.

⁴⁰⁶ Ibidem.

de segurança e tratamento ambulatorial, assim como a forma de execução dessas medidas. Trata-se de regime jurídico vigente desde meados do século XX e que pouco se atualizou, apesar das alterações no tratamento jurídico das pessoas com transtornos mentais.

Conforme abordado em tópicos anteriores, tradicionalmente, por décadas, defendeu-se que os doentes mentais – em conflito com a lei ou não – deveriam ser retirados do convívio social, em estabelecimentos a eles voltados, no que se afirmava ser uma necessária política de defesa social.

Esse tratamento demonstrou-se ineficaz, além de desumano. A evolução da temática do tratamento das pessoas com deficiência, inclusive mental, modificou a lógica do encarceramento e alterou a prioridade para o meio aberto, de forma humanizada; a internação passou a ser considerada medida excepcional, e passou a ser vedada a internação desses indivíduos em instituições com características asilares, isto é, por prazo indeterminado, como moradia.

No Brasil, as ideias e os fundamentos surgidos com o movimento da reforma psiquiátrica, essencialmente vinculados à colocação do encarceramento como exceção, foram consagrados pela Lei n. 10.216/2001, conhecida como Lei Paulo Delgado. A legislação brasileira a respeito do assunto foi profundamente impactada pelo novo paradigma de tutela da pessoa com deficiência, trazido pela Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, em 2006, que abandonou o enfoque médico para acolher o modelo social de tratamento dessas pessoas⁴⁰⁷.

Constata-se, no entanto, que, apesar da Lei n. 10.216/2001 (e da própria Convenção Internacional), no âmbito penal, o tratamento jurídico destinado às pessoas com transtornos mentais continuou a dar prevalência à medida de internação em hospital de custódia ou estabelecimento similar, o que afronta as diretrizes e as políticas da reforma psiquiátrica, violando direitos mínimos desses detentos. A realidade revela que a cultura da institucionalização e da exclusão persiste no sistema de justiça criminal no Brasil⁴⁰⁸.

A detenção de pessoas com transtornos mentais em conflito com a Lei em Hospitais de Custódia ou estabelecimentos semelhantes tem sido duramente criticada pelos profissionais de saúde, em razão da edição da legislação antimanicomial (Lei n. 11.216/2001). Tal legislação proíbe, expressamente, a internação dessas pessoas em instituições com características asilares, em seu artigo 4º, § 3º, como são os mencionados estabelecimentos. Além disso, a comum realidade insalubre e caótica desses locais viola direitos mínimos de existência digna.

⁴⁰⁷ RAMOS, 2016, op. cit.

⁴⁰⁸ VIGGIANO; DIORIO, op. cit., pp. 238-239.

O regime jurídico da legislação penal e processual penal da pessoa com transtornos mentais que comete infrações é tido como ultrapassado, por ir contra a luta antimanicomial e as políticas públicas mais recentes da área da saúde mental, e por não se preocupar com o tratamento necessário à reinserção familiar e social⁴⁰⁹.

Os poucos autores que se dedicaram à análise crítica do regime jurídico destinado ao detentor de transtornos mentais em conflito com a lei, no Brasil, são uníssomos em apontar sua incompatibilidade com a Lei da Reforma Psiquiátrica. Em busca de soluções jurídicas, muitos desses autores indicam a aplicação imediata dessa lei também na esfera criminal, havendo outras sugestões relacionadas à aplicação de institutos voltados aos imputáveis.

Jacobina⁴¹⁰ defende que as normas, as diretrizes e os princípios da Lei Paulo Delgado devem ser aplicados de forma integral e imediata aos manicômios judiciários, nos quais estão detidas pessoas com transtornos mentais. Tal temática foi debatida no Seminário Nacional para a Reorientação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, promovido pelo Departamento Penitenciário Nacional e pela Secretaria de Assistência à Saúde, em setembro de 2002. Uma das conclusões do Seminário Nacional, à época, foi a seguinte:

[...] nos estados onde existam manicômios judiciários, as condições mínimas devem se adequar às normas do SUS, com as mesmas regras para os hospitais psiquiátricos públicos ou credenciados aos SUS, direcionadas no sentido da humanização, desospitalização e desinstitucionalização, evoluindo para o regime aberto.⁴¹¹

Para Jacobina⁴¹², o sistema jurídico previsto no Código Penal e na Lei de Execução Penal é iníquo, pois mantém o sistema manicomial para o tratamento das pessoas com transtornos mentais, apesar de este ter sido derogado com a promulgação da Lei n. 10.216/2001; sustenta o autor supracitado que a reforma psiquiátrica também deve ser aplicada aos infratores de leis penais. Desse raciocínio, é possível concluir que mencionada lei revogou tacitamente a Lei de Execução Penal, no tocante à previsão dos hospitais de custódia, devendo ser aplicada a previsão do artigo 5º, da Lei n. 10.216/2001, que determina:

Art. 5º - O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária

⁴⁰⁹ MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL, op. cit., p.77.

⁴¹⁰ JACOBINA, Paulo Vasconcelos. **O Direito Penal da Loucura**. 1. ed. Brasília: Escola Superior do Ministério Público da União, 2008. p. 107.

⁴¹¹ Conclusão transcrita nos anais, publicados no tomo Legislação em saúde mental, do Ministério da Saúde. Texto integral disponível em: www.saude.gov.br apud JACOBINA, op. cit., p. 107.

⁴¹² JACOBINA, op. cit., p. 108.

competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário⁴¹³.

Mencionado autor sustenta que, ao serem analisados os princípios do Direito Sanitário, se observa a contradição mais evidente: apesar de existir um discurso ideológico, que baseia as medidas de segurança, afirmando que esta tem também a finalidade de realizar o tratamento de saúde dos internos, e que os estabelecimentos em que se executam as medidas de segurança são hospitalares (artigo 99, do Código Penal), tem-se que estes não pertencem ao Sistema Único de Saúde, mas, sim, ao sistema penitenciário; assim, seu funcionamento não é regido pelas regras do Direito Sanitário, e, sim, pela Lei de Execução Penal⁴¹⁴.

Os princípios que regem um hospital público e uma instituição penitenciária são absolutamente divergentes e colidentes entre si; não há como se sustentar que a medida de segurança tem natureza de tratamento (e não punitiva), diante da contradição de um hospital submetido ao regime próprio do sistema penitenciário, e não às diretrizes do Sistema Único de Saúde⁴¹⁵.

Afirma Jacobina⁴¹⁶ que as principais diretrizes do SUS encontram-se nas Leis n. 8.080/90 e n. 8.142/90, as quais estabelecem princípios que se amoldam ao texto da Constituição Federal, dentre elas, a garantia da saúde como um direito do cidadão diante do Estado, a oferta universal e equitativa da saúde, a atenção integral à saúde, o tratamento humanizado e a participação da comunidade.

De acordo com esses princípios, editou-se a Lei n. 10.216/2001, que tratou da proteção e dos direitos das pessoas com transtornos mentais. Segundo Jacobina⁴¹⁷, é necessário observar que, seguindo os princípios da universalidade e da igualdade, a lei não excepciona os indivíduos que tenham cometido algum delito; ao contrário, seu primeiro artigo dispõe que os direitos previstos na lei devem ser assegurados a todos, sem qualquer discriminação. Assim, a lei, que instituiu a reforma psiquiátrica no País, tem ampla aplicação no tratamento das pessoas com transtornos mentais que tenham cometido fato tipificado como crime.

Ressalta Jacobina que a Lei n. 10.216/2001 expressamente abrangeu as pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei, ao prever, em seu artigo 5º, que deve haver instituição de política específica, com alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, para os pacientes

⁴¹³ BRASIL. **Lei n. 10.216, 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. Brasília, DF: Presidência da República, [2020]. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm. Acesso em: 03 set. 2019.

⁴¹⁴ JACOBINA, op. cit., p. 77.

⁴¹⁵ Ibidem, p. 77.

⁴¹⁶ Ibidem, p. 78.

⁴¹⁷ Ibidem, p. 78.

há muito tempo hospitalizados ou para os que estejam em grave situação de dependência institucional, assegurando, caso necessário, a continuidade do tratamento. Assim, sustenta Jacobina⁴¹⁸ que tal previsão legal derogou as disposições da Lei de Execução Penal, no que se refere à execução das medidas de segurança, pois devem ser aplicadas normas da Lei da Reforma Psiquiátrica aos que cometeram ou não fatos típicos previstos como crimes, inclusive, aos internos de hospitais de custódia e estabelecimentos similares.

Existe, assim, um claro conflito entre a Lei da Reforma Psiquiátrica e a Lei de Execução Penal, sendo que aquela, por ser posterior, derroga a anterior. Também, os prazos mínimos obrigatórios para o regime de internação na medida de segurança, para que só então seja reavaliada a possibilidade de colocação em tratamento ambulatorial (previstos nos artigos 97, §§ 1º e 2º, do Código Penal, e artigos 175 a 179, da Lei de Execução Penal), colidem frontalmente com o artigo 4, §1º, da Lei n. 10.216/2001, que impõe o princípio da utilidade terapêutica da internação, e com o artigo 5º dessa lei, que estabelece o princípio da desinternação progressiva dos pacientes em situação de crônica dependência institucional⁴¹⁹.

Analisando a ampla contradição do sistema penal, que rege as medidas de segurança com o regime jurídico instituído pela Lei da Reforma Psiquiátrica e com os próprios princípios e diretrizes gerais do SUS, afirma Jacobina⁴²⁰:

São logicamente incompatíveis dispositivos do sistema penal que determinam a presunção de periculosidade do louco e o seu tratamento em função do tipo de delito que cometeu (se punido com detenção ou reclusão), baseado em prazos fixos e rígidos, com as normas sanitárias que determinam que o tratamento visará como finalidade permanente a reinserção social do paciente em seu meio, e que o internamento só será indicado quando os recursos extra-hospitalares mostrarem-se insuficientes (art. 49 e parágrafos da Lei de reforma psiquiátrica).

Jacobina⁴²¹ ressalta, também, a incompatibilidade com a Lei da Reforma Psiquiátrica da previsão legal penal, no sentido de que às pessoas com transtornos psíquicos que cometem crimes punidos com reclusão deve ser imposto o regime de internação, cabendo o tratamento ambulatorial apenas às situações em que se cometeu delito punido com detenção. Deve-se aplicar imediatamente, em detrimento dessas disposições, a normativa de que a internação psiquiátrica somente pode ser com laudo médico circunstanciado que justifique sua necessidade (artigo 69, da Lei n. 10.216/2001). A imposição de internação psiquiátrica ou de tratamento ambulatorial não mais pode se justificar apenas pela decisão judicial, que se baseia na pena

⁴¹⁸ JACOBINA, op. cit., p. 78.

⁴¹⁹ Ibidem, p. 79.

⁴²⁰ Ibidem, p. 79.

⁴²¹ Ibidem, p. 79.

prevista para o delito cometido (de reclusão ou detenção), mas sim e, exclusivamente, pela recomendação médica, após análise do paciente.

Menciona o autor⁴²², em outro estudo, conclui que a construção desse novo “direito penal do insano” demanda uma revisão dos fundamentos e da função social do direito de punir, tratando-se de assunto em elaboração. Vale a transcrição de trechos da conclusão do autor:

Repensar a abordagem jurídica à questão da loucura, em matéria criminal, implica em repensar os próprios alicerces filosóficos do direito penal: os *fundamentos* e a *função social do direito de punir*. Considerar, com toda a corrente psiquiátrica tradicional, que a loucura está confinada nos limites da doença mental, e que é um assunto estritamente médico, implica em considerar que o louco é alguém que perde sua voz, sua identidade, sua cidadania. Incapaz de entender plenamente uma realidade que está codificada pelo Outro, com os mesmos olhos dos cidadãos ditos e tidos por normais, uma realidade na qual se vê inserido sem ter sido convidado. E cujos parâmetros podem estar fora ou além da sua compreensão. [...] Poderíamos dizer que a reforma psiquiátrica está sendo construída, e vem se positivando juridicamente de uma forma que nos parece bastante adequada e coerente com o direito constitucional pátrio, enquanto o tratamento dado pelo direito penal e pelo processo penal parece um tanto mofado, um tanto ultrapassado axiologicamente quando comparado com este. Será necessário, pois, construir um novo direito penal do insano, que leve em conta não somente os novos enfoques tão oportunamente trazidos pelos integrantes do movimento, mas também todas as questões de dignidade da pessoa humana, responsabilidade subjetiva e pessoalidade estrita que já constam há tanto da nossa Carta Magna. O assunto está posto. Esperamos o aprofundamento do debate.

Nesse sentido, Randiza Santis Lopes⁴²³ afirma que não há mais espaço para o modelo antigo de tratamento asilar e manicomial, e nem no âmbito do sistema estabelecido no Código Penal Brasileiro. Deve-se aplicar a Lei da Reforma Psiquiátrica também para esse grupo; referida lei instituiu um novo modelo de cuidado em saúde mental, que funciona em sistema de rede de atendimento, denominada Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), vinculada ao Sistema Único de Saúde e criada pela Portaria MS n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Há, ademais, uma base territorial regionalizada e comunitária, que conta com a participação dos usuários e seus familiares e é controlada socialmente por esses atores. O modelo de assistência em comento tem por finalidade a promoção da saúde mental utilizando-se da socialização, isto é, da adaptação dessas pessoas no meio social, respeitando sua condição e tentando combater preconceitos e estigmas; busca-se uma atenção humanizada e focada nas necessidades dos usuários⁴²⁴.

⁴²² JACOBINA, op. cit., pp. 94-95.

⁴²³ LOPES, Randiza Santis. **Família, crime e loucura**: a construção da memória sobre o louco infrator a partir da narrativa dos Familiares dos abrigados no Hospital de custódia e tratamento psiquiátrico Heitor Carrilho. 2017. 107 f. Dissertação (Mestrado em Memória Social) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017, p. 67.

⁴²⁴ Ibidem, p. 67.

Para chegar a essa conclusão, Santis Lopes⁴²⁵ ratifica que há, no caso, um aparente conflito de normas entre a Lei n. 10.216/2001 e o Código Penal, no que toca às disposições relativas à imposição de medida de segurança ao inimputável psíquico, em face das novas diretrizes e paradigmas da Lei da Reforma Antimanicomial. Trazendo as diretrizes da Lei de Introdução às Normas do Direito Brasileiro para a solução dessas antinomias, a autora afirma que ambas as normas são de idêntica hierarquia, pois a Lei n. 10.216/2001 é uma lei ordinária, e a Lei n. 7.209/1984, que modificou os artigos do Código Penal referentes à medida de segurança, tem idêntico *status*. No que toca ao critério da especialidade e ao critério temporal, afirma que, como a Lei n. 10.216/2001 foi editada e entrou em vigor após a Lei n. 7.209/1984 – e ambas tratam da mesma matéria – os dispositivos do Código Penal que são incompatíveis com a Lei da Reforma Psiquiátrica se encontram revogados tacitamente. Assim, deve-se aplicar ao inimputável psíquico que pratica um ilícito penal a Lei n. 10.216/2001, devendo ser acessível a ele o modelo de saúde mental dessa lei em todos os seus aspectos – humanitário, socializante terapêutico e inclusivo⁴²⁶.

Ressalta-se a transcrição de trecho da conclusão de Santis Lopes⁴²⁷, em que aponta não haver mais espaço para a punição da pessoa com transtorno mental que comete um ilícito, e que o objetivo não mais deve ser a cura, mas, sim, a inserção desse indivíduo na sociedade:

A referida reforma deixa para trás o antigo modelo manicomial, cuja regra é a internação das pessoas acometidas de transtornos mentais em instituições totais, com características asilares. Pelo modelo manicomial, o atendimento às pessoas com transtornos mentais é centrado em hospitais psiquiátricos (modelo hospitalocêntrico), tendo por objetivo o tratamento da doença mental, a busca da cura. O novo modelo de cuidado em saúde mental, instituído pela Lei da Reforma Psiquiátrica, opera em sistema de rede de atendimento, a chamada Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), vinculada ao Sistema Único de Saúde e instituída pela Portaria MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. A RAPS opera em base territorial, regionalizada e comunitária, com participação dos usuários e seus familiares e submetida a controle social por esses atores. Tal modelo de atendimento visa à promoção da saúde mental, por meio da socialização – adaptação dos indivíduos acometidos de transtorno mental ao e no meio social –, respeitando sua condição e buscando combater estigmas e preconceitos, por meio de atenção humanizada e centrada nas necessidades dos usuários. Portanto, verifica-se que não tem mais espaço para o modelo antigo, de tratamento asilar e segregacionista, que não se amolda aos objetivos e às diretrizes do modelo antimanicomial. Igualmente, não tem mais lugar o modelo estabelecido no Código Penal Brasileiro, de resposta sancionatória ao agente inimputável psíquico que pratica injusto típico.

⁴²⁵ LOPES, R. S., op. cit., p. 67.

⁴²⁶ Ibidem, pp. 67 e 74.

⁴²⁷ Ibidem, p. 67.

No sentido da solução acima mencionada, observa-se a norma contida no artigo 3º, § 3º, da Lei n. 10.708, de 31 de julho de 2003, que criou a política pública conhecida como “Programa Volta para Casa” e instituiu um auxílio financeiro mensal para a reabilitação psicossocial aos pacientes acometidos de transtornos mentais e egressos de internações em hospitais ou unidades psiquiátricas. O artigo 3º, § 3º, dessa lei, previu, dentre os possíveis beneficiários desse auxílio-reabilitação psicossocial, os egressos de hospitais de custódia que cumpram medida de segurança⁴²⁸. Veja-se⁴²⁹: “Art. 3º [...] §3º Egressos de Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico poderão ser igualmente beneficiados, procedendo-se, nesses casos, em conformidade com a decisão judicial”.

A edição da Lei n. 10.708/2003 decorreu da necessidade de cumprir o artigo 5º, da Lei n. 10.216/2001; tal dispositivo determina que deve ser instituída política pública específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida para os doentes mentais, que permaneceram institucionalizados por longos períodos ou para os que se observe grave situação de dependência institucional, em razão de seu quadro clínico ou de falta de suporte social⁴³⁰.

Deduz, assim, Lopes⁴³¹ que, como os egressos de estabelecimentos destinados ao cumprimento de medida de segurança podem ser beneficiários de política pública instituída para cumprir a Lei n. 10.216/2001, dependendo somente de decisão judicial nesse sentido, resta claro que a Lei da Reforma Psiquiátrica também se destina à pessoa com transtornos mentais considerada inimputável e que tenha cometido um ilícito penal.

Diante dessa dicotomia legal, Villela Lopes⁴³² pesquisou as decisões proferidas acerca dos inimputáveis em conflito com a lei penal pelo Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro, desde a data em que a Lei n. 10.216/2001 entrou em vigor (9 de abril de 2001) até março de 2018, e constatou que o único regramento legal utilizado é o do Código Penal, com a respectiva aplicação de medida de segurança; essa continua a ser a única resposta estatal para tais sujeitos diante da prática de atos delituosos.

Dos estudos mencionados, realizados em hospitais de custódia ou estabelecimentos similares, e em decisões judiciais, observa-se que o operador do direito se fechou à reforma psiquiátrica e à Lei n. 10.2016/2001, no que toca às pessoas com transtornos mentais que

⁴²⁸ LOPES, R. S., op. cit., p. 74.

⁴²⁹ BRASIL. **Lei n. 10.708, de 31 de julho de 2003**. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. Brasília, DF: Presidência da República, [2020]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.708.htm. Acesso em: 07 out. 2020.

⁴³⁰ LOPES, 2017, op. cit., p. 74.

⁴³¹ Ibidem, p. 74.

⁴³² LOPES, Ariadne Villela. **A razão pode ser instrumento de inclusão da loucura?**: Olhares sobre a medida de segurança. 2019. 89 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro-RJ, 2019. pp. 09-10.

cometem crimes, aplicando apenas a legislação penal. Trata-se, assim, de uma clara decisão de política criminal, que poderia ter outro direcionamento, com outras respostas estatais diante de tais sujeitos de direitos, caso assim optassem os operadores do Direito Penal⁴³³.

Juarez Cirino dos Santos⁴³⁴, em exame sobre as alterações decorrentes da Lei n. 10.216/2001 sobre o regime jurídico penal brasileiro das pessoas com transtornos mentais que cometem crimes, afirma que, em uma primeira análise, o claro conflito entre ambas as legislações poderia levar à conclusão de que a Lei n. 10.216/2001 continua a reger os detentores de transtornos mentais que não cometem crimes, e o Código Penal segue norteando o tratamento daqueles que cometem delitos.

Ocorre que, também para Santos, uma leitura sistemática da Lei n. 10.216/2001 leva à conclusão de que, apesar de o legislador não ter tido a “audácia de revogar as normas conflitantes sobre medidas de segurança do Código Penal (em especial, o artigo 97 e seus parágrafos)”, tal legislação instituiu um novo sistema de proteção da pessoa com transtorno mental, que é aplicável ao cidadão comum e ao cidadão que comete delitos (nos termos do artigo 6º, III, da Lei da Reforma Psiquiátrica), tendo revogado tacitamente a legislação criminal contrária⁴³⁵.

Santos⁴³⁶ afirma que a internação compulsória determinada pelo juiz, nos termos do artigo 6º, III, da Lei n. 10.216/2001, é exatamente aquela estabelecida pelo magistrado no âmbito criminal, em decorrência do cometimento de delitos. Assim, a partir dessa legislação, os considerados inimputáveis criminalmente apenas podem ser internados caso haja indicação em laudo médico circunstanciado, sendo que a internação apenas pode ser designada caso os recursos extra-hospitalares forem insuficientes. Assim, conclui o autor que “a norma da internação compulsória é a que subordina as medidas de segurança da legislação manicomial às medidas de proteção da Lei Antimanicomial”.

Consoante Santos⁴³⁷, a previsão da desinternação programada dos pacientes institucionalizados por longo período e em situação de dependência institucional, contida no artigo 5º, da Lei n. 10.216/2001, apresenta como desdobramentos, no âmbito criminal: extingue a situação bárbara e desumanizante consistente na internação por prazo indeterminado; elimina a necessidade de se comprovar a cessão da periculosidade, para que seja extinta a medida de segurança, conforme prevê o artigo 97, §§ 1º e 2º, do Código Penal; e retira a possibilidade de

⁴³³ LOPES, A. V., 2019, op. cit., p. 44.

⁴³⁴ SANTOS, op. cit., p. 662.

⁴³⁵ Ibidem, pp. 662-663.

⁴³⁶ Ibidem, p. 671-672.

⁴³⁷ Ibidem, pp. 672-673.

o magistrado impor um período mínimo de cumprimento da medida de segurança, de um a três anos.

Santos⁴³⁸, ao tratar das consequências das alterações decorrentes da reforma psiquiátrica brasileira no sistema de justiça criminal, afirma que uma das mudanças radicais é o fim das medidas de segurança, criadas com a finalidade de defender a sociedade contra agressões dos doentes mentais; essas devem ser substituídas pelas medidas de proteção para pessoas com transtornos mentais, que são prestadas em unidades de saúde pública e se baseiam na lógica da assistência, da inserção social e familiar dessa pessoa.

Outra consequência da reforma antimanicomial, segundo Santos⁴³⁹, é o abandono definitivo do indefinido conceito de periculosidade criminal, que deixa de poder ser utilizado tanto por presunção legal, no caso dos inimputáveis, como por determinação judicial, no caso dos semi-imputáveis.

Com o enfoque na luta dos direitos humanos desse grupo, Renata Verônica Cortes de Lira⁴⁴⁰ afirma ser inquestionável que a Lei n. 10.216/01 constitui um importante marco legal e instrumento político, propulsor de significativas alterações de paradigmas em relação ao tratamento dispensado às pessoas com transtornos mentais.

Observa Cortes de Lira⁴⁴¹ que os movimentos sociais que resultaram na criação da lei permanecem atuantes em diversas frentes, como a inserção dessas pessoas na sociedade, a ampliação da rede substitutiva, a validade das internações compulsórias de usuários de crack. Entretanto, esse empenho das organizações de direitos humanos não existe na temática de “loucos infratores”. A situação de invisibilidade existente no sistema prisional abrange os manicômios judiciários e seus internos.

Para referida autora, a lógica da periculosidade, do receio de os detentos venham a cometer outros crimes no futuro e, ainda, o preconceito racial que sofrem não mais podem influenciar no período de cumprimento das medidas de segurança em regime de internação⁴⁴².

Além disso, Lira sustenta que, como a internação nesses ambientes apenas prejudica a saúde mental (pois a detenção gera um claro processo de degradação da subjetividade), é necessário que tais instituições sejam extintas. Afirma que a Lei da Reforma Psiquiátrica deve

⁴³⁸ SANTOS, op. cit., p. 672.

⁴³⁹ Ibidem, p. 672.

⁴⁴⁰ LIRA, op. cit., p. 109.

⁴⁴¹ Ibidem, pp. 109-110.

⁴⁴² Ibidem, p. 110.

ser aplicada àqueles que cometem crimes, devendo o regime jurídico criminal destinado aos inimputáveis ser revisto, a fim de considerar os avanços da psiquiatria⁴⁴³.

Branco⁴⁴⁴ afirma que os hospitais de custódia ou manicômios judiciários reúnem a pior face da prisão com a pior face do manicômio, e continuaram constituindo a pior representação do poder penal psiquiátrico, impossibilitando qualquer possibilidade de tratamento adequado. A autora narra que, quando o movimento da reforma psiquiátrica assumiu seu protagonismo no sistema de saúde do Brasil, e lutou pelo fim dos manicômios, tal movimento ignorou os manicômios judiciários e a relação de suas lutas com os considerados infratores à lei.

Monteiro e Araújo⁴⁴⁵ afirmam que, ainda que o hospital de custódia seja devidamente equipado com toda a estrutura adequada de tratamento da saúde mental das pessoas ali internadas, existe um conflito entre a lógica da prisão (a segurança) e a lógica do hospital (a saúde), tanto no que tange à maneira de tratar e se relacionar com o preso-paciente, como à estrutura física do local; quando se prioriza a segurança e a repressão, há, em contraponto, evidente perda no tratamento e na reinserção social.

Nesse sentido, Carvalho⁴⁴⁶, em estudo das pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei, usuários do CAPS Cataguases – MG, e o discurso dos operadores do direito dos processos judiciais, também concluiu pela lacuna existente na área jurídica em relação à reforma psiquiátrica brasileira, chegando a afirmar que a tais cidadãos resta o exercício de uma semi-cidadania:

A psicologia se pôs em campo, lançando-se em uma seara de difícil e desafiadora compreensão: a do direito. As análises apresentadas nesta dissertação fazem ver e fazem falar da lacuna existente entre a prática judiciária e os princípios preconizados pela Reforma Psiquiátrica Brasileira, especialmente, no tocante à inclusão social dos portadores de transtorno mental usuários do CAPS Cataguases (MG), como sujeitos de direitos e deveres, isto é, referente ao âmbito da cidadania. O exercício do poder da justiça, no âmbito da cidadania dos portadores de transtorno mental, evoca ora a antiga relação entre a organização do direito em torno da soberania com a fixação da legitimidade do poder e a obrigação legal da obediência resultante da possibilidade do exercício pleno de poder do curador em relação ao interdito, ora um jogo no qual o ‘benefício’ legal tem, como efeito, a ‘semi-cidadania’.

⁴⁴³ LIRA, op. cit., p. 111.

⁴⁴⁴ BRANCO, op. cit., p. 249.

⁴⁴⁵ MONTEIRO, Rodrigo Padrini; ARAÚJO, José Newton Garcia de. Preso ou paciente? A ambivalência institucional na atividade de agentes penitenciários em um manicômio judiciário de Minas Gerais. **Revista IBCCRIM**, São Paulo: Revista dos Tribunais, n. 144, pp. 29-60, 2018. p. 29.

⁴⁴⁶ CARVALHO, Sandra Maciel de. “Não converso com demente” **Intersecções entre direito e saúde mental: Uma análise de enunciados que compõem processos judiciais envolvendo usuários do CAPS Cataguases-MG.** 2014. 205 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2014. pp. 147-148.

Para Marchewka⁴⁴⁷, os hospitais de custódia e as alas psiquiátricas têm em si uma natureza contraditória; apesar de serem criados para constituírem centros de tratamento para pessoas com transtornos mentais que cometeram delitos e serem intitulados de hospitais, não estão, de fato, inseridos no sistema de saúde; estão, na verdade, na estrutura do sistema penitenciário. Observa-se uma nítida contradição entre a finalidade declarada (de tratamento) e a real inserção desses estabelecimentos, com a “sobreposição de dois modelos de intervenção social — o jurídico-punitivo e o psiquiátrico-terapêutico”. A “ambiguidade existencial” dos hospitais de custódia e das alas psiquiátricas não acabou, mesmo após o advento da Lei da Reforma Psiquiátrica⁴⁴⁸.

No entendimento de Marchewka, apesar da Lei da Reforma Psiquiátrica ter desconstituído a regra da internação obrigatória, tal lógica não foi totalmente apreendida pelas autoridades relacionadas aos poderes Executivo e Judiciário. Ao cometerem crimes, os detentores de transtornos mentais continuam sendo levados para os hospitais de custódia ou estabelecimentos similares⁴⁴⁹.

Analisando tal incompatibilidade, entre o regime jurídico penal das medidas de segurança e a Lei da Reforma Psiquiátrica, Marchewka afirma existir um claro viés punitivista no sistema criminal de tratamento da pessoa com transtornos psíquicos, apesar de a doutrina penal ainda sustentar que o principal objetivo da medida de segurança é o tratamento do indivíduo sancionado⁴⁵⁰.

Sustenta Marchewka⁴⁵¹ que o regime jurídico imposto àquele que cumpre medida de segurança é muito mais gravoso do que o imposto ao indivíduo que cumpre pena privativa de liberdade. Aquele não tem o direito de progredir de regime, de remir pena, de obter o livramento condicional, como, ainda, de ser beneficiado com diversos institutos como a suspensão condicional do processo, a transação penal, a substituição da pena privativa de liberdade por penas restritivas de direitos. Além disso, o inimputável não tem uma pena em concreto a ele aplicada e fica submetido à pena máxima comina ao delito, e tem o regime de internação imposto apenas por se tratar de crime punido com reclusão, independente do quantum da pena abstrata do delito.

A partir da constatação de que a medida de segurança institui forma de invasão da liberdade da pessoa pelo Estado, extremamente semelhante à própria pena, defende

⁴⁴⁷ MONTEIRO, op. cit., p. 20.

⁴⁴⁸ MARCHEWKA, 2016, op. cit., p. 20.

⁴⁴⁹ Ibidem, p. 20.

⁴⁵⁰ Ibidem, p. 110.

⁴⁵¹ Ibidem, p.110.

Marchewka⁴⁵² que devem ser aplicadas à medida de segurança todas as garantias e os princípios constitucionais referentes à pena, tratando-se ambas de sanções criminais destinadas a indivíduos decorrentes do cometimento de crimes, tendo a prerrogativa de privar a liberdade e cercear outros direitos fundamentais, referentes à autodeterminação do indivíduo.

Defende, ainda, Marchewka⁴⁵³ que, diante do conflito entre as medidas de segurança e a Lei da Reforma Psiquiátrica, os tribunais devem utilizar da interpretação analógica *in bonam partem*, sendo preferível a realização do tratamento em meios abertos, como preceitua a moderna psiquiatria.

Para Marchewka⁴⁵⁴, o regime de internação deve ser aplicado apenas em casos excepcionais, mesmo quando se aplica a medida de segurança, uma vez que se deve ter sempre em mente que o fundamento maior da medida de segurança é o tratamento psiquiátrico de um indivíduo, considerado sem culpabilidade penal em razão de ter um transtorno psíquico. Diz, também, que tal excepcionalidade se justifica no fato de que tal medida constitui uma grave restrição à liberdade individual, causando diversos males que violam seus direitos fundamentais, além de agravar a própria doença mental que o acomete.

Sustenta a autora⁴⁵⁵ que não pode prevalecer a regra de que seria obrigatória a internação em todos os casos em que o delito cometido por pessoas com transtornos mentais, consideradas inimputáveis, é punido com pena de reclusão; pelo Código Penal, seria possível a aplicação direta do tratamento ambulatorial apenas no caso de delitos punidos com pena de detenção.

Tal regra estabelece uma diferença absolutamente desproporcional entre o inimputável e o imputável, pois, em muitos desses crimes, o imputável permanece livre, beneficiado com diversos institutos penais e processuais penais, como a substituição da pena privativa de liberdade pelas penas restritivas de direitos, com a suspensão condicional do processo ou com a própria aplicação do regime aberto⁴⁵⁶.

No que se refere ao prazo de duração da medida de segurança, menciona a autora supracitada ser inaceitável que o prazo máximo de duração da medida de segurança seja indeterminado, com prazo mínimo de um a três anos (artigo 97, do CP), enquanto o indivíduo considerado culpável – que cumpre pena privativa de liberdade—, possui uma previsibilidade da data da saída, a qual pode ser diminuída conforme o bom desempenho do condenado, podendo ser beneficiado com a remição e com o livramento condicional. Sustenta

⁴⁵² MARCHEWKA, 2016, op. cit., p. 66.

⁴⁵³ Ibidem, p. 110.

⁴⁵⁴ Ibidem, p. 110.

⁴⁵⁵ Ibidem, p. 110.

⁴⁵⁶ Ibidem, p. 110.

Marchewka⁴⁵⁷ que o indeterminismo do tempo da medida de segurança, condicionando-o à cessação da periculosidade em perícia médica, é inaceitável.

Nesse ponto, deve-se ressaltar que, quando a autora supracitada escreveu o artigo, não havia sido editada a Súmula 527, do Superior Tribunal de Justiça, de maio de 2015, no sentido de que o limite de tempo máximo das medidas de segurança é o máximo da pena cominada ao delito praticado em abstrato. Apesar da súmula, no entanto, seu pensamento continua válido, pois o tratamento para com o inimputável é muito mais gravoso do que aquele dispensado ao imputável; este, quando condenado a cumprir pena em regime fechado, progride de regime após cumprir percentuais da pena aplicada, além de poder usufruir de diversos outros benefícios da execução penal que não alcançam aqueles que cumprem medida de segurança. Além disso, as penas aplicáveis aos imputáveis dificilmente alcançam o máximo da pena.

Tânia Marchewka⁴⁵⁸ analisa que a lei, a doutrina e a jurisprudência no Brasil continuam a adotar uma postura extremamente punitiva em relação ao inimputável. Apesar das mudanças positivas, a discriminação com as pessoas que possuem transtornos mentais e que estejam submetidas às medidas de segurança permanece, assim como um sistema violador de seus direitos e garantias⁴⁵⁹.

Há em tramitação no Congresso Nacional projetos de lei que visam a alterar o Código Penal Brasileiro. Entretanto, nesses projetos, continua a previsão de que o juiz deve decretar a internação para tratamento dos detentores de transtorno mental em conflito com a lei, fato que vai de encontro às previsões da Lei da Reforma Psiquiátrica, pois tal decisão deve ser tomada pelo médico⁴⁶⁰.

Marchewka⁴⁶¹ afirma que – além da aplicação desse regime diferenciado, de institutos destinados aos imputáveis, para que, de fato, possa ocorrer um real tratamento das pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei, com o objetivo principal de inserção e ressocialização – se faz imperiosa a construção de um vínculo entre o Direito e a Saúde. Conclui Marchewka que o Direito não tem utilizado dos instrumentos da saúde mental no diagnóstico do transtorno mental, na aferição da periculosidade, nem na condução do tratamento dos internos com medidas terapêuticas adequadas.

⁴⁵⁷ MARCHEWKA, 2016, op. cit., p 110.

⁴⁵⁸ Ibidem, p 110

⁴⁵⁹ Ibidem, p. 66.

⁴⁶⁰ Ibidem, p. 66.

⁴⁶¹ Ibidem, p 67.

Observou a autora supracitada⁴⁶² que a pessoa com transtornos mentais custodiada é extremamente mal avaliada quanto à sua patologia e quanto ao grau de periculosidade que apresenta para o convívio social, razão pela qual está internada. Outro ponto observado foi a comum falta de apoio socioeconômico familiar para a desinstitucionalização do interno. Em muitos casos, desaparecidos os sintomas, os internos não tiveram sua periculosidade cessada devido à falta de condições para a ressocialização, em razão da ausência de referências familiares e sociais⁴⁶³.

Segundo Marchewka⁴⁶⁴, o exame de cessação da periculosidade seria adequado para subsidiar a desinternação de forma progressiva, caso realizado de maneira adequada, pois o perito pode acompanhar a evolução do paciente em sucessivas análises e, constatando sua evolução, pode atestar a cessação de periculosidade e decidir pela possibilidade de ressocialização. No entanto, apesar de ser um caminho ideal na execução das medidas de segurança, a realidade fática é muito distante dessa possibilidade, pois grande parte dos internados sequer fazem tal exame e estão longe de uma análise frequente, que, efetivamente, avalie sua capacidade de ressocialização.

Ressalte-se que a Política de Saúde Mental, inserida no Sistema Único de Saúde, nasceu de um vultuoso movimento social, o qual reuniu profissionais da saúde mental, organizações profissionais, parlamentares, usuários e familiares, e que ganhou o apoio popular. Tal movimento gerou vários avanços no padrão dos serviços substitutivos à internação no âmbito da saúde mental. Ocorre que os operadores do direito não acompanharam referido movimento, e a reforma psiquiátrica não alcançou as medidas de segurança destinadas às pessoas com transtorno mental em conflito com a lei. A forma como esse tratamento tem sido feito também viola a Lei n. 12.401/2011, que alterou a Lei n. 8.080/1990 para garantir que os tratamentos devem ter base científica⁴⁶⁵.

No âmbito do Direito Penal e Processual Penal, os aparatos legais existentes no início do século XIX tem se perpetuado. Diversamente, a Psiquiatria e a Psicologia, contemporaneamente, não mais defendem as práticas de defesa social que subsidiam o poder punitivo do Estado em relação aos indivíduos com transtornos mentais. As áreas do conhecimento relacionadas à saúde buscam o tratamento e o cuidado dos indivíduos que

⁴⁶² MARCHEWKA, 2016, op. cit., pp. 61-62.

⁴⁶³ Ibidem, p. 63.

⁴⁶⁴ Ibidem, p. 63.

⁴⁶⁵ Ibidem, p. 68.

possuem transtornos mentais, contribuindo, assim, para a tutela da dignidade da pessoa humana e do direito à saúde⁴⁶⁶.

Marchewka⁴⁶⁷ afirma, como solução, que o tratamento adequado para as pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei consiste na reabilitação psicossocial assistida e na alta planejada, nos termos da previsão no artigo 5º, da Lei n. 10.216/2001; exige-se também a implantação de sistema alternativo, que diminua os leitos nos hospitais psiquiátricos, construa residências terapêuticas e desenvolva programas de volta para casa, ambulatórios, Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, projetos de inclusão pelo trabalho, centros de cultura e leitos psiquiátricos em hospitais comuns.

Além disso, Marchewka⁴⁶⁸ sugere a possibilidade de se inspirar na experiência portuguesa, ditada pelo Decreto n. 407, de 1998, e criar unidades de vida apoiada, unidades de vida protegida, unidades de vida autônoma, fóruns sócio-ocupacionais e unidades de apoio integrado.

Trata-se de programas estatais os quais buscam proporcionar alojamento, suprir a satisfação de necessidades básicas, promover a criação ou a manutenção das relações familiares, além de desenvolver a reabilitação psicossocial e ocupacional de pessoas com incapacidades psicossociais; a depender da incapacidade psicossocial e da inserção familiar de cada pessoa beneficiada, essa é incluída em um dos programas. As unidades de vida apoiada, por exemplo, destinam-se a acolher aqueles que não precisam de cuidados clínicos que justifiquem a internação hospitalar, mas que não possuem suporte familiar, e que têm elevado grau de incapacidade psicossocial e de dependência. As unidades de vida autônoma, por sua vez, destinam-se àqueles com reduzido grau de incapacidade psicossocial, clinicamente estabilizados e sem suporte familiar, e fornecem à pessoa formação profissional ou um emprego, além de alojamento⁴⁶⁹.

Marchewka narra que, embora seja possível constatar-se algumas mudanças na prática da execução da medida de segurança, no que se refere à sua progressividade em alguns estados do Brasil, o sistema jurídico vigente ainda é extremamente violador de garantias e direitos desses indivíduos, e torna inviável para muitos internados a possibilidade de liberdade⁴⁷⁰.

⁴⁶⁶ MARCHEWKA, 2016, op. cit., p. 72.

⁴⁶⁷ Ibidem, p. 66.

⁴⁶⁸ Ibidem, pp. 66-67.

⁴⁶⁹ Associação Portuguesa de Apoio à Vítima – APAV. Unidade de Vida Autónoma. 2013. Disponível em: https://www.apav.pt/apoios/index.php?option=com_content&view=article&id=110&Itemid=306. Acesso em: 18 jan. 2021.

⁴⁷⁰ MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL, op. cit., p. 66-67.

Ressalte-se que o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) editou a Recomendação n. 35/2011, orientando os magistrados que “na execução da medida de segurança, adotem a política antimanicomial, sempre que possível, em meio aberto”⁴⁷¹. A análise dessa orientação revela claramente que o Conselho Nacional de Justiça manteve a coexistência de dois regimes jurídicos paralelos, um regime manicomial para a execução das medidas de segurança, e um regime antimanicomial para as medidas de proteção; a orientação do CNJ é apenas no sentido de que sejam aplicadas as diretrizes humanizadoras da Lei da Reforma Psiquiátrica às medidas de segurança, e não todas as normas contidas nessa lei⁴⁷².

Diante de todo o exposto, considera-se que, diante da constatação da incompatibilidade entre as disposições do Código Penal e da Lei de Execução Penal com a Lei n. 10.216/2001, a qual instituiu a reforma psiquiátrica no País, a principal proposta de mudança entre os autores que estudam a matéria é a de que se aplique imediatamente a Lei Antimanicomial, por ter derogado as disposições criminais referentes às pessoas com transtornos mentais que cometeram crimes.

3.3 O POSICIONAMENTO DE GUARESCHI E WEIGERT

Outra relevante exposição a respeito das pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei é a defendida por Guareschi e Weigert⁴⁷³, uma vez que, na busca por soluções jurídicas, tais autoras realizam um estudo multidisciplinar com a psicologia.

Inicialmente, assim como os demais autores abordados no tópico anterior, as autoras supracitadas⁴⁷⁴ defendem que a Lei Paulo Delgado, ao positivar, no Brasil, a reforma psiquiátrica, não apenas revogou os preceitos do Código Penal que regem a aplicação dessa sanção penal aos inimputáveis e semi-imputáveis, como modificou a finalidade da resposta jurídica a ser dada pelo Estado, que deixou de ser o tratamento da pessoa com transtornos mentais para ser o cuidado e a prevenção, o que implica uma mudança no fundamento dessa resposta, que deixou de ser a periculosidade.

⁴⁷¹ CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Recomendação n. 35, de 12/07/2011**. Dispõe sobre as diretrizes a serem adotadas em atenção aos pacientes judiciários e a execução da medida de segurança. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/849>. Acesso em: 15 out. 2020.

⁴⁷² SANTOS, op. cit., p. 674.

⁴⁷³ GUARESCHI, Neuza Maria de Fátima; WEIGERT, Mariana de Assis Brasil e. A execução das medidas de segurança e a lei da reforma psiquiátrica no Brasil contemporâneo. **Revista Eletrônica do Curso de Direito da Universidade Federal de Santa Maria**, v. 10, n. 02, pp. 768-787, 2015.

⁴⁷⁴ WEIGERT, Mariana de Assis Brasil e. **Entre silêncios e invisibilidades**: os sujeitos em cumprimento de medidas de segurança nos manicômios judiciários brasileiros. 2015. 211 f. Tese (Doutorado em Psicologia Social e Institucional) – Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015. p. 175.

Afirma Weigert⁴⁷⁵ que, assim como países mais desenvolvidos no tratamento do inimputável, como a Itália, o Brasil deve abandonar de forma definitiva o conceito de periculosidade, que continua a se pautar em diagnósticos clínicos e exames anamnésicos. Qualquer conceito de periculosidade é imprestável, pois é impossível que a psiquiatria ou qualquer outra ciência consiga prever o futuro, e assim realizar uma prognose de reincidência.

Afirma Karam, mencionada por Guareschi e Weigert, que o conceito de periculosidade é absolutamente subjetivo, não sendo possível se afirmar, concretamente, se A ou B, com ou sem transtornos mentais, vá ou não praticar crimes no futuro. A suposta periculosidade do inimputável é uma ficção que se fundamenta apenas no preconceito ao “louco”, que é tido como diferente e, por isso, perigoso. Tal imprecisão, por si, viola o princípio da legalidade, exigido em matérias penais, conforme expressa previsão da Constituição⁴⁷⁶.

Para Weigert⁴⁷⁷, a ideia da periculosidade legitima as incontáveis violências sofridas pelos detentores de transtornos psíquico, que tenham cometido um crime; “ameaçar o conceito de periculosidade seria como retirar o principal alicerce de toda a lógica perversa que se volta ao sujeito interno nos manicômios judiciais brasileiros”. A desconstrução dessa ideia é essencial, pois esta ainda é revestida por um suposto caráter irretocável de ciência, apesar de tratar-se apenas de um exercício de futurologia.

A partir da Lei n. 10.216/2001, passou-se a entender que a pessoa com transtorno psíquico é um sujeito de direitos com capacidade, autonomia e responsabilidade de intervir no rumo do processo terapêutico. A mudança do enfoque sobre a pessoa com transtorno mental foi radical; pela visão da periculosidade, a pessoa com deficiência psicossocial constituía apenas um objeto de intervenção, de cura e de contenção, não se admitindo a capacidade de fala da pessoa internada em manicômio judicial ou estabelecimento semelhante; ao contrário, sua fala é compreendida como um sintoma de sua patologia e de sua periculosidade, o que reafirma a anormalidade do sujeito, marcando uma vez mais que este é o seu lugar de existência⁴⁷⁸.

Alerta Weigert⁴⁷⁹ que o atual discurso da irresponsabilidade do considerado louco-infrator é uma falácia, pois, em nome da proteção de seus direitos, produz-se a ampla violação destes; em nome da garantia dos direitos dos inimputáveis em um discurso tutelar, estes são excluídos da possibilidade de serem responsabilizados penalmente, mas, concomitantemente,

⁴⁷⁵ WEIGERT, op. cit., p. 175.

⁴⁷⁶ KARAM, Maria Lúcia. Medidas de segurança: punição do enfermo mental e violação da dignidade. *Verve*, v. 2, pp. 210-224, 2002. p. 217.

⁴⁷⁷ WEIGERT, op. cit., p. 176.

⁴⁷⁸ GUARESCHI; WEIGERT, op. cit., p. 778.

⁴⁷⁹ WEIGERT, op. cit., p. 176.

de forma perversa, são excluídos dos limites à ação punitiva estatal que protege os condenados a penas privativas de liberdade.

A partir desses pressupostos, defendem Guareschi e Weigert⁴⁸⁰ que o novo cenário inaugurado pela reforma psiquiátrica no País obsta que se continue a sustentar que o detentor de sofrimento psíquico é absolutamente irresponsável pelos seus atos, lícitos ou ilícitos. Tal lei, ao colocar esse indivíduo como capaz de reger seus atos e de ser ativo na tomada de decisões relativas à sua vida, estabelece um novo paradigma para o tratamento jurídico das pessoas com transtorno mental em conflito com a lei, e tal mudança demanda a construção de novos institutos no Direito Penal, alterando o sistema até então considerado como tão científico e intocável.

Até a Lei da Reforma Psiquiátrica, a racionalidade da periculosidade considerava o louco somente um objeto de intervenção, de cura ou de contenção, sendo que essa pessoa, quando internada no manicômio judicial, não tinha qualquer possibilidade de fala; tudo que dizia constituía apenas a confirmação de seu estado de loucura⁴⁸¹. Weigert traz o exemplo do livro *Canto dos Malditos*, em que um jovem internado em um hospital psiquiátrico por sua família, por ser viciado em maconha, ao contar a sua própria história, fala da explicação que outro interno lhe deu sobre o tratamento ali recebido⁴⁸²:

Caiu aqui dentro o tratamento é generalizado. Ninguém escuta você, você é um viciado e está enlouquecendo por falta de drogas. Isso é o que representa sua figura para eles e a sua família. Vocês está [sic] doente, ficando louco e...a louco, ninguém dá ouvidos! Nós não temos nem esse direito. Se você se matar para que o ouçam, irão dizer que você se matou porque estava louco...

É imperioso, conforme sustentam Guareschi e Weigert, que se passe a tratar a pessoa com transtorno mental como um sujeito de direitos, e não como um objeto de intervenção de um laboratório psiquiátrico-forense, um ser a ser curado⁴⁸³. Logo, ao ser reconhecido como um sujeito de direitos e deveres, é necessário que se permita que o indivíduo com transtornos mentais que cometeu um delito possa responder pelo crime; trata-se de uma alteração humanizante, pois o reconhece como um sujeito capaz de se submeter a um conjunto de regras que se aplicam a todos⁴⁸⁴.

No caminho percorrido pela antipsiquiatria e pelo movimento antimanicomial, reconhece-se a importância de que o sujeito com transtornos psíquicos seja visto e tratado como

⁴⁸⁰ GUARESCHI; WEIGERT, op. cit., p. 778.

⁴⁸¹ WEIGERT, op. cit., p. 176.

⁴⁸² BUENO, Austregésilo Carrano. **Cantos dos Malditos**. Rio de Janeiro: Rocco: 2004. p. 72.

⁴⁸³ GUARESCHI; WEIGERT, op. cit., pp. 778-779.

⁴⁸⁴ BARROS-BRISSET, 2010b, op. cit.

um indivíduo responsável, tanto pelos seus atos passados, como pelo seu próprio processo terapêutico e pelos seus futuros projetos. Negar à pessoa com transtornos psiquiátricos a capacidade de se responsabilizar por seus atos apenas auxilia a possibilidade de tratá-lo como um objeto, de coisificar tal sujeito⁴⁸⁵.

Dessa narrativa, observa-se que essa alteração de paradigma no tratamento da pessoa com deficiência, inclusive psicossocial, que deixa de ser olhada apenas com uma perspectiva médica, como um sujeito a ser curado, que depende de políticas assistenciais, para ser visto como um sujeito de direitos que deve ser inserido na sociedade, com voz ativa, representa claramente a mudança de paradigma no tratamento da pessoa com deficiência, que deixou de seguir o modelo biomédico para acolher o modelo social.

Afirma Weigert⁴⁸⁶ que se faz necessário pensar em meios de responsabilização do sujeito com sofrimento psíquico que comete atos delituosos; entretanto, o processo de responsabilização pelos atos do passado é essencial para seu processo terapêutico, impedindo sua coisificação.

Para mencionada autora, a psicologia costuma apontar a necessidade de responsabilização do sujeito considerado psicótico como condição essencial à evolução de seu processo terapêutico, colocando-o como sujeito responsável pelo que ocorreu, e não como objeto. Nesse sentido, no âmbito do campo de estudo da psicanálise⁴⁸⁷:

Assim, na perspectiva psicanalítica, longe de tentar construir uma perspectiva universal do crime, tendo em vista que estes são '[...] fenômenos que se manifestam no extremo de um afastamento dos signos naturais da enfermidade e de saber estabelecido' (Tendlarz & Garcia, 2013, p. 18), busca-se atuar na escuta do particular de cada um, na tentativa de desvendar as motivações que levaram aquele sujeito em específico à passagem ao ato, possibilitando repensar as vantagens e desvantagens que a aplicação ou não de uma pena podem trazer no sentido de sua responsabilização subjetiva. Pois é certo que, diante de uma mesma estrutura psicótica, a resposta manifestada depende de uma particular posição subjetiva, o que nos remete à necessidade de repensar a responsabilização desses criminosos, para que aquele sujeito possa formular, para si, o texto da sua passagem ao ato, passando-se do real ao simbólico, que é o único registro que pode fazer o sujeito construir um sentido para o seu ato e tratar de suas consequências, tanto para ele quanto para o Outro. Temos que a passagem ao ato se caracteriza por essa passagem da cena do Outro para a cena do mundo. Essa distinção é essencial para compreendermos a aplicação da Lei para o psicótico infrator que, como Lei fundamentada na linguagem é ficcional. Se, na passagem ao ato, ele, como sujeito, sai da cena do Outro, rompe o laço com esse Outro, de que maneira as ficções jurídicas poderão fazê-lo recuperar esse laço, incluí-lo no pacto social? Apostamos aqui que é possível trazer esse sujeito de volta à cena do Outro ao considerarmos sua condição de sujeito, ao tomá-lo como tal na aplicação

⁴⁸⁵ GUARESCHI; WEIGERT, op. cit., p. 780.

⁴⁸⁶ WEIGERT, op. cit., p. 181.

⁴⁸⁷ MOREIRA, Greta Fernandes; FUKS, Betty Bernardo. Bárbara-cena: da imputabilidade penal à responsabilização subjetiva do criminoso psicótico. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 21, n. 3, p. 511-524, 2018.

da Lei. Se é como objeto que ele resta na passagem ao ato, é preciso que a Lei possa lhe (re)situar em sua condição de sujeito, fazendo-o responsável pelo crime que cometeu. A responsabilidade do sujeito inclui, portanto, o impacto que seu ato produz sobre ele, na medida em que este ato o reintegra à sua própria história, sendo que, não podemos esquecer, o que não for subjetivado como responsabilidade, pode retornar como culpa, com concomitante punição. Voltemos ao texto lacaniano de 1950, no ponto em que Lacan postulou que ‘[...] se a psicanálise irrealiza o crime, ela não desumaniza o criminoso’ (p. 131). Desumanizar o criminoso, tirando-lhe a condição de ser responsável por seu ato, mesmo que seja à sua maneira, é fazer com que ele fique fora do pacto social e, conseqüentemente, da linguagem. Logo, é preciso que ele fale sobre seu ato e que tenha a chance de dar a ele um sentido. E a função da Lei é justamente a de fazê-lo reencontrar o caminho do Outro, do qual ele se desgarrou com seu ato. Trata-se de, não apenas, dar consistência ao crime como fato concreto do Direito, mas sim tomá-lo pela vertente da subjetividade, levando em consideração o sujeito tal como ele se apresenta para a psicanálise. Não meramente um sujeito de Direito, da razão, mas de um sujeito do inconsciente, representado pelo significante que pode ter motivações que extrapolam a capacidade do julgador e as evidências do processo. Entretanto, cumpre ressaltar que não se pretende aqui sugerir a exclusão de qualquer um desses discursos — jurídico e psiquiátrico — da questão da inimputabilidade penal, muito menos sugerir uma mudança na legislação. Ao contrário, pensa-se que essas três visões podem, de alguma maneira, se complementar no sentido de proporcionar um deslinde justo e efetivo a cada caso que se apresente em juízo. Não se discute, por exemplo, que um exame psiquiátrico bem feito pode contribuir com importantes elementos que permitem definir um parecer a ser apresentado ao juiz. Entretanto, não se pode permitir que o psiquiatra forense se transforme, de maneira imperceptível, no que Foucault (1975/1987) chamou de ‘juiz oculo’, o que, infelizmente, muitas vezes ainda acontece. (Grifou-se).

Nesse sentido, Carvalho⁴⁸⁸ sustenta que a impossibilidade de responder perante o Poder Judiciário pelo crime cometido ao ser considerado inimputável, apesar de ser efetivamente punido com as medidas de segurança, traz relevantes conseqüências clínicas para aquele que detém transtorno mental. O principal efeito da inimputabilidade no processo terapêutico, posto que o ato delituoso tenha sido cometido em situação de grande perturbação, é a “impossibilidade de elaboração da vivência do delito cometido como um importante passo no processo terapêutico que permitiria a organização subjetiva de seu ato”.

Ressalte-se que essa noção salutar de responsabilização, necessária ao processo terapêutico do detentor de transtornos mentais que comete crimes, pode vir até de outras áreas do Direito distintas do Direito Penal, como sugere Weigert⁴⁸⁹. Programas de reconhecido sucesso prático na reinserção social do detentor de transtornos psíquicos, como o PAI-PJ e o PAILI, que serão explicados no próximo tópico desta dissertação, não desresponsabilizam o sujeito em razão do transtorno psíquico, mas, ao contrário, esse é chamado a assumir o seu ato de outra forma que não na detenção manicomial.

⁴⁸⁸ CARVALHO, op. cit.

⁴⁸⁹ WEIGERT, op. cit., pp. 180 e 186.

Barros-Brisset⁴⁹⁰, citada por diversas vezes por Weigert, relata que no processo de estruturação do projeto PAI-PJ, sob o ponto de vista da psicologia, foi possível observar como a imposição de medidas de segurança, em uma sentença absolutória, não é apreendida pelo detentor de transtorno mental como uma punição pelo ato cometido, tão necessária ao processo terapêutico:

Através da atenção dispensada ao percurso singular daqueles indivíduos, tivemos a compreensão de que é fundamental atribuir consequência às suas respostas. Começávamos a perceber, ainda que de modo muito inicial, que o ato-crime tinha consequências sobre cada um daqueles acompanhados pela pesquisa. **Responder pelo seu crime diante do Juiz; demonstrar para sua cidade e sua família que tinha respondido ‘direito’ pelo crime que cometeu, de acordo com a Lei; estas eram respostas que começavam a se apresentar com certa regularidade nas falas e nos comportamentos daquelas pessoas.** Parecia, enfim, cada um do seu modo, que estavam verdadeiramente envolvidos num trabalho muito particular de construir algum sentido para o sem sentido de seu ato, ensejando encontrar um apoio para o que emergiu estranho de si mesmo, inscrevendo essa esquisitice no mundo, e isso significava consentir com a medida penal que se inscreve no social, inscrita no código penal, dirigida a todos que cometem crimes.

Parecia ser muito importante no tratamento de cada um arrumar um modo de alojar, na sua relação com os outros, uma resposta em relação ao ato que praticaram, uma resposta reconhecida como socialmente válida, principalmente. Um deles, o F.J., disse assim: **‘Estou no hospital agora, tratando da minha doença, mas quando vou pagar pelo que fiz? Tenho que pagar pelo crime que cometi para que todos na minha cidade me recebam de volta.** Só depois de cumprir a minha pena, poderei voltar para a sociedade.’ F.J. escrevia nuns papezinhos pequenos relatos do seu crime, da sua esquisitice; dizia que escrevia para não esquecer quando fosse falar com o Juiz. Pareceu-nos, logo de início, que inscrever na ordem do mundo a resposta fora da Lei, ao responder pelo seu ato esquisito, podia ser um caminho para encontrar um jeito de ser recebido nessa ordem social de um jeito razoável. Encontrar-se com o dispositivo jurídico, submeter-se aos seus procedimentos, foi se revelando como um dos recursos humanizantes essenciais para restaurar o laço social que se rompeu com o crime. (Grifou-se)

Sugerem, então, Guareschi e Weigert⁴⁹¹, como proposta de alteração do tratamento das pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei, que haja a responsabilização penal em um juízo condenatório, com aplicação de pena, e não medida de segurança. Propõem, também, que o meio de responsabilização penal desses indivíduos seja semelhante ao que já ocorre com o tratamento da semi-imputabilidade, isto é, caberia ao juiz, após aplicar a pena, diminuí-la em razão da culpabilidade reduzida e, a depender da quantidade de pena, substituir a pena privativa de liberdade por outra medida, como o tratamento ambulatorial ou uma pena restritiva de direitos.

⁴⁹⁰ BARROS-BRISSET, 2010b, op. cit.

⁴⁹¹ GUARESCHI; WEIGERT, op. cit., pp. 781-782.

Guareschi e Weigert⁴⁹² sustentam a responsabilização penal como solução intermediária às mazelas e violências do tratamento atual das pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei. Concluem que a solução da responsabilização penal dos inimputáveis se apresenta como um caminho garantista intermediário, anterior às possibilidades abolicionistas reais e desejáveis que a Lei da Reforma Psiquiátrica oferece.

Segundo Weigert⁴⁹³, com o advento da Lei da Reforma Psiquiátrica, deve haver, em primeiro lugar, o reconhecimento da exclusão de qualquer possibilidade de aplicação da medida de segurança, situação em que o detentor de transtorno mental é tratado como objeto, e não como sujeito com lugar de fala. Em segundo lugar, propõe a autora que haja uma alteração processual para substituir a absolvição imprópria pela responsabilização penal daquele sofre de um transtorno psíquico em um juízo condenatório, aplicando a ele a respectiva pena.

Weigert afirma que a alteração da forma de tratamento jurídico e resposta estatal dada à pessoa com transtorno mental que comete crimes permite a lenta desconstrução da racionalidade voltada aos “anormais”, vistos como monstros humanos a serem corrigidos, como afirmava Foucault⁴⁹⁴. Refletir sobre os modos de responsabilização da pessoa com transtorno mental é um meio de fazê-la ter voz, deslocando-a do tradicional lugar de pessoas que podem ser coisificadas, sobre quem se deve tutelar e intervir⁴⁹⁵.

Nesse sentido, Weigert cita Mattos⁴⁹⁶, que afirma que todos os cidadãos, independentemente de transtorno psíquico, devem ser considerados imputáveis ao serem julgados e penalizados criminalmente, aplicando-se a todos as garantias inerentes à condição de réu. Propõe, outrossim, Mattos que haja a imposição de uma pena delimitada no caso de condenação daquele com transtorno psíquico, dentro dos parâmetros de dosimetria previstos no Código Penal. Sugere que o transtorno psíquico seja considerado como atenuante genérica da pena, caso haja correlação entre o crime e a patologia, e que a pena imposta seja cumprida assim como o faz o imputável, sendo determinada a internação em hospital penitenciário geral apenas em períodos de crise e se o caso assim exigir.

Weigert também cita Queiroz⁴⁹⁷, que propõe que o juiz realize a individualização da pena, dosando-a no caso concreto em que o inimputável é sentenciado, e, apenas após, substitua

⁴⁹² GUARESCHI; WEIGERT, op. cit., pp. 781-782.

⁴⁹³ WEIGERT, op. cit., p. 181.

⁴⁹⁴ FOUCAULT, Michel. **Os Anormais**: curso no Collège de France (1974 – 1975). São Paulo: Martins Fontes, 2001. pp. 413-415.

⁴⁹⁵ WEIGERT, op. cit., p. 181.

⁴⁹⁶ MATTOS, Virgílio de. **Crime e Psiquiatria**: Uma Saída: Preliminares para a Desconstrução das Medidas de Segurança. Rio de Janeiro: Revan, 2006. p. 168.

⁴⁹⁷ QUEIROZ, Paulo. **Direito Penal**: parte geral. 7. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2011. p. 458.

a pena por medida de segurança pelo mesmo prazo. Assim, em vez de submeter o inimputável ao prazo máximo da pena em abstrato do delito cometido, conforme dispõe a Súmula 527, do STJ, ele teria um prazo determinado para a medida de segurança, qual seja, o prazo da pena em concreto aplicada.

Propõe Weigert⁴⁹⁸ que o detentor de transtorno psíquico tenha, inicialmente, uma abordagem jurídica próxima à da semi-imputabilidade. O tratamento dado pela legislação criminal ao semi-imputável se assemelha às diretrizes trazidas pela Lei n. 10.216/01, pois preserva a ideia de que devem ser asseguradas, na esfera jurídica da pessoa que sofre com o transtorno, capacidades diferenciadas de compreensão e vontade.

A proposta é que os considerados inimputáveis também tenham sua sanção penal, em decorrência do delito, quantificada, e o regime inicial de pena definido, assim como a possibilidade de substituição da penalidade por outra modalidade de sanção, como as penas restritivas de direito⁴⁹⁹.

Em segundo momento, assim como permite o Código Penal para os semi-imputáveis, a pena privativa de liberdade pode ser substituída por medida de segurança, sendo aplicável o cumprimento em regime ambulatorial sempre que o regime inicial correspondente fosse o aberto ou se fosse viável a substituição por penas restritivas de direitos. Em determinados casos, a própria pena restritiva de direitos poderia ter um caráter terapêutico, não sendo necessária a conversão em medida de segurança⁵⁰⁰.

No que se refere à medida de segurança em regime de internação, esta é totalmente incompatível com a reforma psiquiátrica brasileira, que proibiu qualquer forma de tratamento manicomial. Quando necessária, em casos excepcionais, a internação psiquiátrica somente é possível quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes, sendo, portanto, medida subsidiária e temporária, conforme dispõem o artigo 3º e o artigo 4º, da Lei n. 10.216/01⁵⁰¹.

A manutenção de hospitais de custódia, manicômios judiciais e estabelecimentos similares, destinados ao cumprimento de medidas de segurança em regime de internação, são inadmissíveis e ilegais. Não se justifica a exclusão única dos que detêm transtornos psíquicos e praticam delitos do regime geral destinado aos usuários dos serviços de saúde mental – previsto na Lei n. 10.216/01; estes não devem ser colocados em manicômios, mas sim receber

⁴⁹⁸ WEIGERT, op. cit., p. 182.

⁴⁹⁹ Ibidem, p. 183.

⁵⁰⁰ Ibidem, p. 183.

⁵⁰¹ Ibidem, p. 183.

tratamento em hospitais gerais no caso de necessidade de intervenção médica com internação⁵⁰².

Os avanços decorrentes da reforma psiquiátrica devem ser absorvidos pelas práticas judiciais, pois também abrangem aqueles que cometem delitos. Além disso, o modelo instituído pela Lei da Reforma Antimanicomial está em harmonia com o discurso oficial do Código Penal de que a finalidade da medida de segurança é garantir um tratamento assegurado pelo Estado e não impor uma sanção⁵⁰³.

Weigert⁵⁰⁴ afirma que apenas se justifica a manutenção do título “medida de segurança” para o tratamento a fim de garantir o controle a ser exercido pelo juiz, em relação ao cumprimento da medida. A decretação da extinção da medida ocorreria, então, quando ultrapassado o limite da pena fixada pelo juiz, ou quando acabasse a necessidade de manter o tratamento a ser realizado no sistema público de saúde.

Weigert⁵⁰⁵ explica que sua proposta se baseia nos casos de sucesso do PAILI e do PAI-PJ, os quais revelaram o quão fértil é o campo trazido pelo movimento da reforma psiquiátrica, e, concomitantemente, a precariedade da legislação criminal, que continua arraigada “aos conceitos higienistas da psiquiatria do século passado”.

Alerta Weigert⁵⁰⁶ que a manutenção do tratamento do considerado anormal dentro da dogmática do Direito Penal serve à manutenção da engrenagem que os mantém com a tarja de perigosos e, para tanto, os vitimiza. A busca de soluções que divergem da reclusão em manicômios judiciários e às violências ali perpetradas contraria essa racionalidade voltada ao “anormal”, e mudanças nessa realidade apenas ocorrerão quando as ciências jurídica e da saúde se unirem em prol desses caminhos alternativos e se afastarem da doutrina da periculosidade.

Assim, segundo Weigert⁵⁰⁷, a Lei da Reforma Psiquiátrica permitiu, inicialmente, a derrogação do conceito de periculosidade que fundamenta as medidas de segurança; redefiniu o indivíduo com transtornos mentais, como sujeito de direitos com voz ativa e com uma especial maneira de compreensão dos seus atos (“culpabilidade sui generis”); e proibiu sanções de natureza manicomial, com caráter asilar.

A Lei n. 10.216/2001 rompeu dois grandes paradigmas no tratamento do inimputável no âmbito penal: o primeiro foi o de tratar a pessoa com transtornos psíquicos como sujeito de

⁵⁰² Ibidem, p. 183.

⁵⁰³ Ibidem, p. 184.

⁵⁰⁴ Ibidem, p. 184.

⁵⁰⁵ Ibidem, pp. 184-185.

⁵⁰⁶ Ibidem, p. 185.

⁵⁰⁷ Ibidem, p. 185.

direitos, cuja consequência é a de garantir paridade de tratamento no processo penal de conhecimento e a de gerar instrumentos que viabilizem formas não-manicomiais de execução das medidas de segurança; o segundo rompimento – ainda mais profundo, segundo a autora – é o da saída integral do usuário do sistema de saúde mental em conflito com a lei do sistema penal⁵⁰⁸.

Conclui Weigert⁵⁰⁹ que “não seria inviável pensar que a reforma psiquiátrica criou um espaço de análise e valoração da responsabilidade jurídica do inimputável, alheio à lógica punitiva e carcero-cêntrica do sistema penal”.

Nesse contexto de punição fora do sistema penal, se insere o caminho final proposto por Weigert⁵¹⁰, sendo que o intermediário está focado nas garantias criminais na responsabilização penal, anteriormente tratados. Nessa outra modalidade, haveria uma exclusiva responsabilização jurídica da pessoa com transtorno mental que comete crimes na esfera extrapenal, sobretudo, no âmbito cível. Nessa esfera, a atuação judicial seria apenas voltada ao estabelecimento dos critérios de indenização da vítima pelos danos materiais e morais decorrentes do delito, sem qualquer ingerência do sistema jurídico-penal.

Dispensa-se, assim, a responsabilização jurídica pelo ato praticado advinda do Direito Penal, com seu ínsito punitivismo e violência, sendo que essa responsabilização viria de outra área jurídica. Nesse ponto, é importante lembrar que o processo penal é intrinsecamente degradante, e, como a própria Lei n. 10.216/2001 impõe meios de desinternação e tratamento, não há razões para manter a pessoa que sofre de transtornos psíquicos em contato com esse âmbito jurídico. Lembra Weigert⁵¹¹ que o distanciamento do detentor de sofrimento psíquico dos sistemas punitivos do Estado é um importante passo para a alteração da lógica de tratamento dessas pessoas.

Defende a autora que a mudança da área do Direito responsável pela responsabilização contemplaria o aspecto terapêutico da responsabilização jurídica, além de que seria possível evitar que esse indivíduo sofresse o estigma decorrente do sistema criminal. Afirma que “quanto menos direito penal houver nessa amarração infalível, menos violência haverá”⁵¹².

⁵⁰⁸ Ibidem, p. 185.

⁵⁰⁹ Ibidem, p. 185.

⁵¹⁰ Ibidem, p. 186.

⁵¹¹ Ibidem, p. 186.

⁵¹² Ibidem, p. 186.

Além da reparação pelo dano causado, seria possível impor ao indivíduo que cometeu o delito o respectivo tratamento, na rede de saúde pública, conforme disposto na Lei n. 10.216/2001, aplicável a todas as pessoas, independentemente do cometimento de crimes⁵¹³.

Sustenta Weigert⁵¹⁴ que a Lei da Reforma Psiquiátrica possibilita sua aplicação para o adequado tratamento, além de viabilizar a responsabilidade pelo delito praticado pelo detentor de transtornos mentais, sem a necessidade de intervenções do Direito Penal. Entretanto, a dificuldade em refletir sobre fórmulas alternativas, alheias ao sistema penal, revelam “o nível do enraizamento do sistema punitivo em nós mesmos”.

Trazem Guareschi e Weigert inovadora forma de pensar acerca das alternativas para o alcance de um caminho humanizante, considerando as pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei como sujeitos de direitos que devem ser responsabilizados por seus atos, constituindo tal responsabilização um importante passo do processo terapêutico; a tutela do detentor de transtorno psíquico apenas o coisifica, e em nada contribui com a humanização de seu tratamento. Logo, apontam as autoras, em um primeiro momento, uma alternativa de responsabilização criminal não-manicomial e com todas as garantias do imputável na condição de réu; em um segundo momento, um caminho de responsabilização pelo ato praticado na espera extrapenal.

3.4 OS PROJETOS PAI-PJ, PAILI E PCIPP

Com base na Lei n. 10.216/2001, em 14 de janeiro de 2014, o Ministério da Saúde criou o Serviço de Avaliação e Acompanhamento das Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP), editando normas próprias de atenção às pessoas com transtorno mental que tenham cometido crimes; trata-se de um plano do SUS para acompanhamento desse grupo vulnerável⁵¹⁵.

O principal objetivo dessa política foi a alteração do direcionamento do tratamento da saúde mental desses internados, substituindo o modelo das medidas de segurança em hospitais de custódia e alas psiquiátricas por medidas terapêuticas de meio aberto, com bases comunitárias, que priorizem o retorno à liberdade em detrimento da internação em ambiente fechado⁵¹⁶. A principal finalidade desse programa e da equipe que o compõe é o de restringir a

⁵¹³ Ibidem, p. 186.

⁵¹⁴ Ibidem, pp. 186-187.

⁵¹⁵ MINISTÉRIO DA SAÚDE. Saúde Mental no Sistema Prisional. Disponível em: https://aps.saude.gov.br/ape/pnaisp/saude_mental. Acesso em: 30 ago. 2020.

⁵¹⁶ Ibidem.

entrada de pessoas com transtornos psíquicos que cometeram ilícitos penais nos estabelecimentos de meio fechado⁵¹⁷.

O EAP prevê que as pessoas encarceradas com transtornos psíquicos sejam acompanhadas por psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, psiquiatras ou médicos com experiência em saúde mental e por profissional com formação em ciências humanas, sociais ou da saúde, todos componentes do Sistema Único de Saúde. O objetivo de trabalho dessa equipe é assegurar a existência de projetos individualizados de medidas terapêuticas, e acompanhar sua execução⁵¹⁸.

Com fulcro na Lei n. 10.216/2001 e no EAP, há, no Brasil, programas de apoio ao inimputável que são referências de tratamento, na busca pela humanização da relação do paciente com o Judiciário.

Em Minas Gerais, há o Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário portador de sofrimento mental infrator – PAI-PJ. O Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais implantou tal programa a partir de um estudo feito por alunos do curso de Psicologia do Centro Universitário Newton Paiva, que analisaram processos criminais nos quais os autores dos crimes eram pessoas com sofrimento psíquico⁵¹⁹.

O programa PAI-PJ realiza um acompanhamento do indivíduo com transtorno psíquico que cometeu algum crime. No programa, uma equipe multidisciplinar, composta por psicólogos, assistentes sociais e bacharéis em Direito, auxilia o magistrado a definir qual melhor medida judicial a ser aplicada no caso concreto, tendo como finalidade conjugar tratamento, responsabilidade e inserção social⁵²⁰.

O PAI-PJ foi instituído pelo Tribunal de Justiça de Minas Gerais, em maio de 2010, e, em dez anos, conseguiu extinguir a cultura manicomial da execução penal daquele Estado, tendo viabilizado o acesso das pessoas com transtornos mentais que praticaram delitos ao tratamento adequado na rede pública. Desde a implantação do programa, 799 pacientes já se submeteram a ele, e o índice de reincidência é de apenas 2%, que apenas ocorreu em delitos de menor gravidade⁵²¹.

⁵¹⁷ MINISTÉRIO DA SAÚDE, op. cit.

⁵¹⁸ Ibidem.

⁵¹⁹ LIRA, op. cit., p. 62.

⁵²⁰ TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE MINAS GERAIS. **PAI-PJ - Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário portador de sofrimento mental infrator**. Apresentação. Disponível em: http://www.tjmt.jus.br/INTRANET.ARO/CMS/GrupoPaginas/105/1020/PAI-PJ_DO_TJMG.doc. Acesso em: 10 out. 2020.

⁵²¹ Ibidem.

Ao se analisarem as premissas que fundamentam o programa, tem-se que este se orienta pelas diretrizes da Lei da Reforma Psiquiátrica, buscando auxiliar a autoridade judicial, em uma atuação multidisciplinar por meio da rede pública. Vale a transcrição das premissas que subsidiam o projeto⁵²²:

PREMISSAS BÁSICAS:

O PAI-PJ:

Acompanha os processos criminais nos quais o réu ou sentenciado é ou apresenta indícios a ser portador de sofrimento mental, fornecendo subsídios técnicos para a prestação jurisdicional nas várias fases do processo.

Visa a auxiliar a autoridade judicial na individualização da aplicação e execução das penas e medidas de segurança, de acordo com o previsto na legislação penal vigente. Se orienta pelos princípios da reforma psiquiátrica, promovendo o acesso a tratamento em saúde mental na rede substitutiva ao modelo manicomial.

Trabalha no sentido de viabilizar a acessibilidade aos direitos fundamentais e sociais previstos.

Dar-se-á de modo intersetorial, promovendo a parceria do Judiciário, Ministério Público e o Executivo através da rede pública de saúde e da rede de assistência social, de acordo com as políticas vigentes, na atenção integral ao portador de sofrimento mental.

Tal programa ganhou prêmios nacionais e tem sido convidado para exposições em congressos europeus sobre o tratamento da pessoa com transtorno psíquico que comete crime. Como afirma o Tribunal de Justiça de Minas Gerais em seu site, ao explicar o PAI-PJ: “Os resultados atingidos pelo programa permitiram destruir o mito que envolve o doente mental. O índice de reincidência é praticamente zero, sendo que nenhum dos pacientes condenados pela prática de crime violento voltou a cometê-lo”⁵²³.

Sobre o funcionamento cotidiano do PAI-PJ, Barros-Brisset⁵²⁴ afirma que este busca acompanhar de forma integral o paciente portador de sofrimento mental, em todas as fases do processo criminal. Esse auxílio ocorre de modo a promover o acesso à rede pública de saúde e à rede de assistência social, com parceria entre o Judiciário, o Executivo e a comunidade.

Os casos podem ser encaminhados ao programa tanto pelos juízes criminais, como por estabelecimentos prisionais, familiares, instituições de saúde mental e outras entidades; a pessoa encaminhada deve responder a um processo criminal, independentemente da instauração de incidente de sanidade mental. Em seguida, o programa realiza uma avaliação jurídica, social e clínica do caso da pessoa encaminhada e é requerida ao juiz criminal a autorização para o acompanhamento⁵²⁵.

⁵²² TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE MINAS GERAIS, op. cit.

⁵²³ Ibidem.

⁵²⁴ BARROS-BRISSET, 2010b, op. cit.

⁵²⁵ Ibidem.

Após a autorização, a pessoa é direcionada à rede pública de saúde mental, e, em conjunto com essa rede, o PAI-PJ elabora um projeto terapêutico e social individualizado para aquele paciente; esse projeto é frequentemente revisto e reconstruído, de acordo com a sua evolução. O programa ocorre no trâmite do processo criminal e continua depois da sentença, até o final da execução penal, independentemente de ter sido fixada pena ou medida de segurança⁵²⁶.

Esse acompanhamento é feito pela equipe interdisciplinar do programa, composta por psicólogos judiciais, assistentes sociais judiciais e assistentes jurídicos. Os psicólogos acompanham os pacientes, os tratam e escutam, além de os encaminhar aos pontos da rede de saúde pública municipal, já previamente escolhidos para ampliar os recursos de tratamento, locais estes a que o sujeito poderá recorrer nos momentos de crise. Os assistentes jurídicos acompanham os andamentos processuais e as audiências, orientam o paciente judiciário sobre o processo e são responsáveis pelos ofícios encaminhados ao processo, com base nos pareceres interdisciplinares da equipe. Os assistentes sociais buscam garantir ao paciente judiciário os meios de acesso aos direitos fundamentais e sociais, à medida que o caso indique⁵²⁷.

Essa equipe interdisciplinar não apenas apoia o paciente judiciário em sua relação com a sociedade, como funciona como um serviço auxiliar do Judiciário, embasando decisões judiciais, com relatórios. Há, então, na execução penal um efetivo acompanhamento pela autoridade judicial da sanção penal aplicada⁵²⁸.

Barros-Brisset⁵²⁹ afirma que, no início do PAI PJ, havia constantemente um “fantasma da periculosidade” que rondava as equipes interinstitucionais e que as fazia se questionar se estavam enganadas em desenvolver o projeto. Afirma, no entanto, que, com o tempo, “a periculosidade foi perdendo sua cor, apagando-se sem nos assustar”, e foram surpreendidos com suas respostas positivas de sociabilidade dos pacientes judiciários, decorrentes da simples oferta de uma rede de acompanhamento.

Inspirado na experiência satisfatória do Estado de Minas Gerais, o Ministério Público de Goiás criou o Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator – PAILI, que supervisiona o tratamento dispensado ao paciente com transtorno mental em conflito com a lei na rede de atenção em saúde mental, abrangendo os CAPS, leitos psiquiátricos em hospitais gerais, clínicas psiquiátricas conveniadas ao SUS, e serviços residenciais terapêuticos; além disso,

⁵²⁶ Ibidem.

⁵²⁷ Ibidem.

⁵²⁸ Ibidem.

⁵²⁹ Ibidem.

media a relação entre o paciente e o juiz, em um canal direto de comunicação que simplifica e desburocratiza o acesso à justiça⁵³⁰.

Sem a burocracia dos processos judiciais, aplica-se, por meio da assistência psicossocial, o projeto terapêutico elaborado para cada paciente individualmente, colocando-se como principal objetivo a reinserção do paciente à família e à sociedade⁵³¹.

As equipes de saúde mental, psicossociais, dos CAPS ou de unidades de internação tem ampla autonomia para definirem e colocarem em prática os melhores caminhos terapêuticos, sendo apenas acompanhados pelos profissionais do PAILI, cuja atuação busca a integração com a rede de atenção em saúde mental⁵³².

Os profissionais de saúde não dependem de determinações judiciais para conduzir o tratamento, nem para tomar decisões importantes, como a desinternação e o encaminhamento do paciente para uma residência terapêutica ou para a família. Evitam-se, portanto, longas internações geradoras de situação de dependência institucional⁵³³.

As residências terapêuticas são uma opção viável quando o reeducando não tem uma rede de apoio familiar. As residências terapêuticas são casas localizadas em áreas urbanas, destinadas a acolher e suprir as necessidades de moradia de pessoas com transtornos mentais graves. Há, nesses locais, a prestação de serviços por profissionais de diversas áreas, vinculados ao Sistema Único de Saúde, buscando a reabilitação psicossocial e, especialmente, a progressiva inclusão social do morador⁵³⁴.

A execução da medida de segurança continua conduzida pelo juiz, em um processo criminal; no entanto, quem estabelece a modalidade do tratamento a ser dispensado ao paciente é o médico habilitado a definir a necessidade desta ou daquela terapia, em cooperação com as equipes psicossociais⁵³⁵.

Na execução da medida de segurança no PAILI, não se fala em periculosidade, por tratar-se de conceito considerado superado com o advento da Lei da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial; logo, não mais se realiza o exame de cessação da periculosidade, mas sim um exame de avaliação psicossocial, feito pela equipe técnica do PAILI. O que se busca verificar

⁵³⁰ SILVA, Haroldo Caetano da (coord.). **PAILI: Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator**. 3. ed. Goiânia: MP/GO, 2013. pp. 17 e 25.

⁵³¹ *Ibidem*, p. 25.

⁵³² *Ibidem*, p. 25.

⁵³³ *Ibidem*, p. 25.

⁵³⁴ MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Residências Terapêuticas: o que são, para que servem**. Série F. Comunicação e Educação em Saúde. 1. ed. 2004. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/120.pdf>. Acesso em: 19 jan. 2021. p. 06.

⁵³⁵ SILVA, 2013, op. cit., p. 27.

com tal exame é a evolução no processo de reintegração social do indivíduo com transtorno mental⁵³⁶.

“Avaliação Psicossocial” é o nome dado ao parecer feito por psicólogos, analisando aspectos comportamentais de personalidade e testes que estimam a potencialidade do indivíduo em relação a certas características pessoais, com a finalidade de apreender seu perfil psicológico⁵³⁷. No caso do PAILI, a realização desse exame analisa a evolução daquele que foi considerado inimputável no tratamento e no processo de reinserção familiar e social. Nesse programa, a medida de segurança, tratamento psiquiátrico compulsório, tem como principal finalidade a reinserção social do paciente em seu meio, conforme expressamente dispõe o artigo 4º, § 1º, da Lei n. 10.216/2001⁵³⁸.

A equipe multiprofissional do PAILI é composta por assistentes sociais, advogados, psicólogos, médicos psiquiatras, acompanhantes terapêuticos e auxiliares administrativos, todos vinculados à Secretaria de Estado da Saúde. Além de possuir autonomia para as rotinas de atendimento, tal equipe realiza a integração entre o paciente, a rede de atenção em saúde mental, o sistema penitenciário, o Judiciário, o Ministério Público, e a Defensoria Pública⁵³⁹.

O programa admite que a aplicação da medida de segurança, em seus moldes, abranja o semi-imputável e aquele que desenvolve o transtorno mental ou é diagnosticado durante o cumprimento de pena⁵⁴⁰.

A atuação do PAILI se inicia com o encaminhamento pelos juízes das pessoas sentenciadas a medidas de segurança; o programa, então, realiza um estudo do caso e elabora um projeto terapêutico individualizado, encaminhando o paciente ao recurso terapêutico adequado à situação, que pode ser a internação em clínicas psiquiátricas conveniadas ao SUS ou o tratamento ambulatorial em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Ambulatórios de Psiquiatria, Programa de Saúde da Família, entre outros⁵⁴¹.

O programa também atua no âmbito da assistência social, psicológica e jurídica, requerendo benefícios sociais, como o Benefício de Prestação Continuada e o benefício do

⁵³⁶ SILVA, 2013, op. cit., p. 27.

⁵³⁷ GUIMARÃES, Liliana Andolpho Magalhães; MARTINS, Daniela de Almeida; BOTELHO, Adriana Silva de Oliveira. Contribuições para a Avaliação Psicossocial da Norma Reguladora 33 (NR-33). **Perspectivas em Gestão & Conhecimento**, João Pessoa, v. 3, Número Especial, p. 57-66, out. 2013. Disponível em: <http://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/pgc>. Acesso em: 21 jan. 2021. p. 62.

⁵³⁸ SILVA, 2013, op. cit., p. 26.

⁵³⁹ Ibidem, p. 27.

⁵⁴⁰ Ibidem, p. 17.

⁵⁴¹ SILVA, Martinho Braga Batista e. O desafio colocado pelas pessoas em medida de segurança no âmbito do Sistema Único de Saúde: a experiência do PAILI-GO. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, pp. 653-682, 2010. p. 670.

Programa de Volta para Casa, realizando visitas domiciliares para orientações psicossociais, fazendo atendimentos para orientações jurídicas até a cessação de seu vínculo com a Justiça⁵⁴².

Outrossim, há, no País, outro projeto nesse sentido, que se inspirou nesses outros dois, desenvolvido no Estado do Piauí, denominado Programa de Cuidado Integral ao Paciente Psiquiátrico (PCIPP). Esse programa, criado em 2016, pelo Juiz da Vara de Execuções Penais de Teresina, José Vidal de Freitas Filho, também tem como objetivo expresso aplicar a Lei da Reforma Antimanicomial ao inimputável⁵⁴³:

[...] consiste na aplicação do entendimento de que a Lei nº 10.216/01 (Lei Antimanicomial) revogou as normas do Código Penal e da Lei de Execução Penal relativas às medidas de segurança, devendo ser dado às pessoas com transtorno mental em conflito com a Lei, o tratamento necessário e durante o tempo necessário, sem qualquer vinculação com o crime atribuído, mas, tendo em vista, exclusivamente, o cuidado do paciente, objetivando proporcionar-lhe condições para ter uma vida a mais 'normal' possível e, preferencialmente, junto de sua família.

Na Cartilha do PCIPP, afirma-se expressamente que o Tribunal de Justiça do Estado do Piauí adotou a corrente doutrinária minoritária que entende que a Lei n. 10.216/2001 derogou o Código Penal e a Lei de Execução Penal no tocante às medidas de segurança⁵⁴⁴.

José Vidal Freitas Filho⁵⁴⁵ afirma que, na primeira visita que fez ao Hospital Psiquiátrico que existia em Teresina, denominado Hospital Penitenciário Valter Alencar, constatou a absoluta falta de atenção à saúde e ao tratamento dos que deveriam estar em cumprimento de medida de segurança, além das condições estruturais precárias e desumanas:

Já nessa primeira visita, constatei, estarecido, que o Hospital Penitenciário Valter Alencar se tratava, única e tão somente, de um prédio, com a denominação de hospital, porém, HPVA – Hospital Penitenciário Valter Alencar sem o preenchimento de qualquer dos requisitos para ser considerado estabelecimento de saúde, pois não havia equipe de médicos, enfermeiros, nutricionistas, etc., mas, apenas um médico psiquiatra e um clínico, cada um atendendo apenas um dia da semana, em um período, não recebendo verbas do SUS e nem medicamentos. Ademais, os pacientes com transtorno mental, que não recebiam qualquer terapia, ficavam em alojamentos coletivos, denominadas enfermarias, misturados com os pacientes clínicos. Mais assombroso ainda, talvez por ser localizado ao lado da Colônia Agrícola Major Cesar Oliveira, havia à época, internados neste estabelecimento prisional do regime semiaberto, 34 pacientes com transtorno mental recolhidos a pavilhão junto dos demais presos, em ambiente insalubre, imundo e malcheiroso.

⁵⁴² Ibidem, p. 670.

⁵⁴³ TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO PIAUÍ. **Programa de Cuidado Integral ao Paciente Psiquiátrico – PCIPP**. Disponível em: <http://www.tjpi.jus.br/portaltjpi/vep/programas/pcipp/>. Acesso em: 10 out. 2020.

⁵⁴⁴ Ibidem, p. 04.

⁵⁴⁵ Ibidem, p. 05.

Narra, ainda, Freitas Filho⁵⁴⁶ que, nesse hospital de custódia, encontrou o caso de “Toinha”, mulher com transtornos mentais acusada de homicídio que ali permaneceu por 21 anos. Entretanto, seu processo criminal foi extraviado, e ela nunca foi julgada. Após a implantação do programa e devido ao corte das relações familiares, ela foi encaminhada a uma residência terapêutica.

O PCIPP busca, exclusivamente, dar ao paciente o tratamento necessário e durante o tempo necessário, não havendo nenhuma finalidade sancionatória, nem discussão acerca da periculosidade. A internação também não ocorre quando o crime cometido é punido com reclusão, mas apenas quando a necessidade dessa for recomendada por laudo médico, sendo que essa pode ocorrer em qualquer unidade de saúde com leito psiquiátrico; ainda que o crime cometido seja grave, a medida indicada depende da análise da equipe de saúde, não sendo obrigatória a internação do paciente⁵⁴⁷.

Em referido programa não há prazo mínimo de internação, ficando o paciente internado enquanto necessário. Entretanto, após desinternado, esse é encaminhado ao tratamento ambulatorial em unidade de saúde ou em CAPS, sendo acompanhado por equipe de saúde; após um ano em tratamento ambulatorial, sem qualquer notícia de problemas na socialização, a medida de segurança é extinta e esse é encaminhado para tratamento na rede pública, como um cidadão comum⁵⁴⁸.

A Cartilha afirma que a Vara de Execuções Penais de Teresina não teve qualquer notícia de reincidência dos pacientes que estavam internados em cumprimento de medida de segurança nos Hospitais de Custódia do município⁵⁴⁹.

Existem, assim, iniciativas inovadoras de programas estaduais de aplicação efetiva da Lei Reforma Psiquiátrica Antimanicomial aos pacientes com transtornos mentais que tenham cometido crimes, em detrimento da aplicação única da lei penal e processual penal, os quais têm alcançado bons resultados na inserção social e familiar dessas pessoas, com baixíssimos ou nenhum índice de reincidência.

⁵⁴⁶ TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO PIAUÍ, p. 07.

⁵⁴⁷ Ibidem, p. 08.

⁵⁴⁸ Ibidem, pp. 08-09.

⁵⁴⁹ Ibidem, p. 08.

CONCLUSÃO

O presente estudo acerca das pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei revelou como elas, em regra, constituem um grupo estigmatizado, alvo de diversos fatores de exclusão e ainda sofrem, no Brasil, constantes e graves violações de direitos mínimos de existência digna. Os detentores de transtornos psíquicos constituem grupo significativamente vulnerável dentro da população carcerária, que já é negligenciada pelo Estado em muitos aspectos.

O crime e a loucura sempre tiveram uma correlação histórica e, por muito tempo, os detentores de transtornos mentais, posto que não cometessem delitos, eram presos em manicômios e em prisões, sendo vistos como perigosos e anormais.

Tal realidade foi prevalente até o advento dos movimentos sociais de reforma psiquiátrica antimanicomial, surgidos na Europa, e que foram consagrados no Brasil pela Lei n. 10.216/2001. Tal movimento revolucionou o tratamento das pessoas com transtornos mentais, ao estabelecer que a internação psiquiátrica deve ser excepcional e temporária, recomendável, apenas, quando todos os meios não hospitalares se mostrarem insuficientes.

O fato considerado como o marco propulsor dessa efetiva mudança de tratamento no País foi o Caso Damião Ximenes Lopes, em que o Brasil foi condenado pela Corte Interamericana de Direitos Humanos pelos abusos, negligências e tortura sofridos por Damião na Casa de Repouso Guararapes, em Sobral - CE.

Além disso, com o advento da Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência, a pessoa com deficiência deixou de ser vista um objeto a ser curado para tornar-se um sujeito de direitos, com poder de fala e de tomada de decisões, notadamente, em relação à sua própria vida.

Apesar de o mencionado documento internacional ter optado por não prever expressamente aqueles que possuem transtorno mental dentro do conceito de deficiência, tendo mantido termo cuja interpretação pode levar a sua abrangência, revela-se que tais indivíduos devem ser tutelados pelos direitos ali previstos.

As pessoas com transtornos mentais, assim como o conceito previsto na Convenção, também têm impedimentos a longo prazo de natureza mental os quais podem obstruir sua inserção social. A interpretação de que tal grupo está incluído entre as pessoas com deficiência foi adotada expressamente pela Corte Interamericana de Direitos Humanos, no julgamento do Caso Damião Ximenes.

Apesar da mudança paradigmática ocorrida na forma de visualizar e lidar com as pessoas com transtornos psíquicos, essa revolução não alcançou as pessoas com transtornos mentais que cometem atos tipificados como crimes. Elas continuaram sendo regidas pela legislação criminal, claramente norteadas por princípios de defesa social, higienistas, e pela lógica manicomial.

Na legislação criminal e de execução penal, o regime legal existente desde a primeira metade do século XX tem permanecido praticamente intocável. O próprio nome “medidas de segurança” já indica como estas são voltadas, em primeiro lugar, à visão que se considerava ser de defesa da sociedade em face desses indivíduos considerados perigosos. Hoje, o que fundamenta a imposição das medidas de segurança é o conceito de periculosidade, consistente no risco de o inimputável voltar a delinquir; entretanto, a análise desse risco é permeada de subjetividade e preconceitos, sendo impossível a qualquer ciência a previsão concreta do futuro.

O regime jurídico criminal destinado a dar uma resposta estatal à pessoa com transtorno mental que comete delitos não apenas não alcança a finalidade que afirma possuir, que é o tratamento, como, ainda, comumente ocasiona graves violações de direitos humanos a essa parcela populacional, estando na contramão da legislação específica de saúde voltada às pessoas com transtornos mentais.

É possível, assim, observar como as legislações penal e processual penal sobre o tema encontram-se ultrapassadas, e não acompanharam a Psiquiatria e a Psicologia, que não mais defendem práticas de defesa da sociedade, as quais sustentam o poder punitivo criminal do Estado em relação a essas pessoas. Notadamente após o avanço do tratamento medicamentoso, as áreas da saúde passaram a buscar o tratamento, a inserção social, a assistência e o cuidado dos indivíduos que possuem transtornos psíquicos.

Dentre as propostas doutrinárias de alteração de tratamento jurídico do inimputável, tem-se, em um primeiro momento, a aplicação aos inimputáveis e às medidas de segurança de todas as garantias e princípios referentes aos imputáveis e à pena, na medida em que constituem ambas formas graves de invasão na esfera de liberdade da pessoa pelo Estado.

Ressalte-se que, atualmente, o regime jurídico aplicável às pessoas com transtornos mentais é muito mais gravoso que aquele aplicável às pessoas condenadas por penas privativas de liberdade. Os inimputáveis não têm direito a diversos dos benefícios aplicáveis ao imputável, como a progressão de regime, o livramento condicional, a aplicação de uma pena em concreto, entre diversos outros benefícios. Conforme entendimento jurisprudencial sumulado, o período máximo pelo qual podem ser obrigados a cumprir a medida de segurança é a pena máxima em abstrato; ao imputável, por sua vez, é praticamente impossível a aplicação da pena máxima

prevista para o tipo penal dentro dos direcionamentos de dosimetria da pena atualmente vigentes na lei e na jurisprudência.

Outro passo apontado por muitos autores que estudam o assunto é a aplicação imediata da Lei n. 10.216/2001, que teria derogado tacitamente a legislação criminal sobre o inimputável, por ser com ela incompatível. Assim, também no âmbito criminal a internação dos que possuem transtornos mentais e que cometem crimes deve ser excepcional e temporária, determinada apenas em laudo médico fundamentado, quando os meios extra-hospitalares se revelarem insuficientes. A partir de mencionada lei, encontra-se revogada a previsão de que o regime de internação na medida de segurança pode ser determinado pelo juiz apenas motivada pelo fato de o crime ser punido com reclusão; a regra passa a ser a do tratamento prestado em unidades de saúde pública, que se fundamentam na lógica do cuidado, e da inserção social e familiar da pessoa com transtorno psíquico.

Também não mais devem subsistir as normas que preveem a internação decorrente medida de segurança por prazo indeterminado, havendo um prazo mínimo a ser fixado pelo juiz, de um a três anos, pois o tratamento deve ser prescrito pelo médico, dentro das diretrizes da Lei da Reforma Psiquiátrica, que veda a internação em manicômios e permite apenas a internação psiquiátrica temporária.

Como fase intermediária entre o regime jurídico criminal atual e a ampla aplicação da Lei da Reforma Psiquiátrica, há autores que defendem que a responsabilização criminal das pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei ocorra de forma semelhante à do semi-imputável, sendo o transtorno psíquico uma causa de diminuição de pena. Apontam a relevância da responsabilização do sujeito pelo ato praticado no processo terapêutico, fase essencial à reconstrução de seus projetos futuros. Impedir que a pessoa com transtornos psiquiátricos se responsabilize por seus atos, apenas contribui para a finalidade de tratá-la como um objeto, e, assim, coisificar tal sujeito.

Buscando a aplicação das diretrizes e dos princípios da Lei n. 10.216/2001 às pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei, em detrimento da aplicação da legislação criminal, programas de três estados do Brasil têm alcançado bons resultados na inserção social dessas pessoas: o PAI-PJ, do Poder Judiciário de Minas Gerais; o PAILI, do Ministério Público de Goiás; e o PCIPP, do Poder Judiciário do Piauí. Os três possuem baixíssimos índices de reincidência e têm em comum a aplicação das diretrizes de tratamento em meio aberto, com assistência à saúde, visando à integração familiar e social. Para seu desenvolvimento, os programas possuem uma equipe multidisciplinar, que conta com profissionais da área jurídica,

da psiquiatria, da psicologia e da assistência social, buscando interligar os profissionais da saúde, o Judiciário, a comunidade e a família da pessoa inserida no programa.

Observa-se que, apesar de avanços no debate do tratamento a ser dispensado ao inimputável, as propostas doutrinárias de alteração do tratamento das pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei, e que priorizam o fundamento da dignidade humana, ainda constituem ponto extremamente controverso, não apenas no Brasil, como em países europeus e nos Estados Unidos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABDALLA-FILHO, Elias; SOUZA, Patrícia Abdalla de. Bioética, Psiquiatria Forense e a aplicação da Medida de Segurança no Brasil. **Revista Bioética**, v. 17, n. 2, pp. 181-190, 2009.

AGAMBEN, Giorgio. **Homo Sacer**: o poder soberano e a vida nua. Tradução de Henrique Burigo. 1. ed. 2. reimp. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2007.

ALENCAR, Evandro Luan de Mattos; RAIOL, Raimundo Wilson Gama. Uma análise do Caso Ximenes Lopes *versus* Brasil: o debate sobre Políticas Públicas, Saúde Mental e Direitos Humanos no Sistema Interamericano de Direitos Humanos. **Revista Direito e Justiça - Reflexões Sociojurídicas**, v. 20, n. 36, pp. 129-155, janeiro/abril de 2020. Disponível em: http://srvapp2s.santoangelo.uri.br/seer/index.php/direito_e_justica/article/view/2982/1963. Acesso: 03 mar. 2020.

ALISSON, Elton. Estudo indica população mais vulnerável a transtorno mental grave. Estudo realizado no Brasil e em países europeus analisou grupos mais propensos ao primeiro episódio psicótico. **Jornal da USP**, janeiro de 2018. Disponível em: <https://jornal.usp.br/ciencias/ciencias-da-saude/estudo-indica-populacao-mais-vulneravel-a-transtorno-mental-grave/>. Acesso em: 27 ago. 2020.

ALVARADO, Paola Andrea Acosta. El diálogo judicial interamericano, un camino de doble vía hacia la protección efectiva. In: MEZZETTI, Luca; CONCI, Luiz Guilherme Arcaro. **Diálogo entre cortes**: a jurisprudência nacional e internacional como fator de aproximação de ordens jurídicas em um mundo cosmopolita. Brasília: Ordem dos Advogados do Brasil, 2015. p. 501-530. Disponível em: <http://www.oab.org.br/publicacoes/pesquisa?termoPesquisa=arcaro#0000000610>. Acesso em: 09 out. 2020.

AMARANTE, Paulo Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 491-94, 1995. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csp/v11n3/v11n3a11.pdf. Acesso em: 20 jan. 2021.

AMERICAN ASSOCIATION ON INTELLECTUAL AND DEVELOPMENTAL DISABILITIES - AAIDD. Definition of Intellectual Disability. Disponível em: <https://www.aaid.org/intellectual-disability/definition>. Acesso em: 20 jan. 2021.

ANTUNES, Maria João. **Medida de Segurança de Internamento e Facto de Inimputável em Razão de Anomalia Psíquica**. 2002. 531 f. Dissertação (Doutoramento em Ciências Jurídico-criminais) – Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra, Coimbra Editora, 2002.

ANTUNES, Maria João. O internamento de imputáveis em estabelecimentos destinados a inimputáveis (os arts. 103º, 104º e 105º do Código Penal de 1982). **Boletim da Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra**. Coimbra Editora, 1993.

ANTUNES, Maria João. **Penas e Medidas de Segurança**. Coleção Manuais Universitários. 1. Ed. Coimbra: Edições Almedina. 2018.

ARAÚJO, Luiz Alberto David. **A proteção constitucional das pessoas portadoras de deficiência**. 4. ed. Brasília: CORDE, 2011.

ARAÚJO, Luiz Alberto David; COSTA FILHO, Waldir Macieira da. O Estatuto da Pessoa com Deficiência - EPCD (Lei 13.146, de 06.07.2015): algumas novidades. **Revista dos Tribunais**, v. 962/2015, dez. 2015.

ARRUDA, Rejane Alves; CALVES, João Paulo; PEREIRA, Ricardo Souza. **Manual de Direito Processual Penal**. São Paulo: Saraiva, 2015.

ARRUDA, Ana Luiza Gardiman; JUNQUEIRA, Gustavo. Inimputabilidade e Direito Penal do Inimigo: conveniente classificação do louco. **Revista Direito UFMS**, v. 6, n. 2, pp. 130 – 152, jul.-dez. 2020, p. 150. Disponível em: <https://seer.ufms.br/index.php/revdir/issue/view/643>. Acesso em: 15 jan. 2021.

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE APOIO À VÍTIMA – APAV. Unidade de Vida Autônoma. 2013. Disponível em: https://www.apav.pt/apoios/index.php?option=com_content&view=article&id=110&Itemid=306. Acesso em: 18 jan. 2021.

BANDEIRA, R. Mais da metade de presos com problemas psiquiátricos na Bahia ainda aguarda laudos. 2011. Conselho Nacional de Justiça. **Agência CNJ de Notícias**. Disponível em: <http://www.cnj.jus.br/mais-da-metade-de-presos-com-problemas-psiquiatricos-na-bahia-ainda-aguarda-laudos/>. Acesso em: 06 out. 2019.

BARROS-BRISSET, Fernanda Otoni de. Um dispositivo conector - relato da experiência do PAI-PJ/TJMG, uma política de atenção integral ao louco infrator, em Belo Horizonte. **Rev. Bras. Crescimento Desenvol. Hum.**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 116-128, abr. 2010a. Disponível: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822010000100016&lng=pt&nrm=iso. Acesso: 19 jan. 2021.

BARROS-BRISSET, Fernanda Otoni de. **Por uma política de atenção integral ao louco infrator**. Belo Horizonte: Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais, 2010b.

BARROSO, Sabrina Martins; SILVA, Mônia Aparecida. Reforma Psiquiátrica Brasileira: o caminho da desinstitucionalização pelo olhar da historiografia. *Revista SPAGESP*, Ribeirão Preto, v. 12, n.1, pp. 66-78, jun. 2011. Disponível: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702011000100008&lng=en&tlng=en. Acesso em: 05 set. 2019.

BECK, Aaron T.; DAVIS, Denise D.; FREEMAN, Arthur. **Terapia cognitiva dos transtornos de personalidade**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

BITENCOURT, César Roberto. **Código Penal Comentado**. 7ª. ed. São Paulo: Saraiva, 2012.

BITENCOURT, Cezar Roberto. **Tratado de Direito Penal - Parte Geral**. 25. Ed. São Paulo: Editora Saraiva, 2019.

BOBBIO, Norberto. **A era dos direitos**. Tradução de Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

BOTTI, Nadja Cristiane Lappann; TORRÉZIO, Michele Cecília Silva. Festival da loucura e a dimensão sociocultural da Reforma Psiquiátrica. **Rev. Psicol. Soc.**, Belo Horizonte, v. 26, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?frbrVersion=2&script=sci_arttext&pid=S0102-71822014000500022&lng=en&tlng=en. Acesso em: 04 set. 2019.

BRANCO, Thayara Silva Castelo. **Medidas de segurança no Brasil: o exercício do poder (penal) no âmbito da normalização terapêutica**. 2016. 45 f. Tese (Doutorado em Ciências Criminais) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016.

BRASIL. **Decreto n. 3.956, de 8 de outubro de 2001**. Promulga a Convenção Interamericana para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Pessoas Portadoras de Deficiência. Brasília, DF: Presidência da República, [2020]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2001/D3956.htm . Acesso em: 25 jan. 2020.

BRASIL. **Decreto n. 40, de 15 de fevereiro de 1991**. Promulga a Convenção Contra a Tortura e Outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes. Brasília, DF: Presidência da República, [2019]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/D0040.htm. Acesso: 29 mai. 2019.

BRASIL. **Decreto n. 5.296, de 2 de dezembro de 2004**. Regulamenta as Leis nº 10.048, de 8 de novembro de 2000, que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, [2020]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/d5296.htm . Acesso em: 23 jan. 2020.

BRASIL. **Decreto n. 592, de 6 de julho de 1992b**. Atos Internacionais. Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos. Brasília, DF: Presidência da República, [2019]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/d0592.htm. Acesso: 29 mai. 2019.

BRASIL. **Decreto n. 6.949, de 25 de agosto de 2009**. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. Brasília, DF: Presidência da República, [2019]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm. Acesso: 10 jan. 2019.

BRASIL. **Decreto n. 678, de 6 de novembro de 1992a**. Promulga a Convenção Americana sobre Direitos Humanos (Pacto de São José da Costa Rica), de 22 de novembro de 1969. Brasília, DF: Presidência da República, [2020]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D0678.htm. Acesso em: 25 jan. 2020.

BRASIL. **Decreto n. 8.766, de 11 de maio de 2016b**. Promulga a Convenção Interamericana sobre o Desaparecimento Forçado de Pessoas, firmada pela República Federativa do Brasil, em Belém, em 10 de junho de 1994. Brasília, DF: Presidência da República, [2019]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/decreto/D8766.htm. Acesso: 29 mai. 2019.

BRASIL. **Decreto n. 8.767, de 11 de maio de 2016a**. Promulga a Convenção Internacional para a Proteção de Todas as Pessoas contra o Desaparecimento Forçado, firmada pela República Federativa do Brasil em 6 de fevereiro de 2007. Brasília, DF: Presidência da República, [2019]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/decreto/D8767.htm Acesso em: 29 mai. 2019.

BRASIL. **Decreto n. 98.386, de 9 de dezembro de 1989**. Promulga a Convenção Interamericana para Prevenir e Punir a Tortura. Brasília, DF: Presidência da República, [2019]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1980-1989/D98386.htm. Acesso em: 29 mai. 2019.

BRASIL. **Decreto-lei n. 2.848, de 7 de dezembro de 1940**. Código Penal. Brasília, DF: Presidência da República, [2019]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848compilado.htm. Acesso em: 12 jan. 2019.

BRASIL. **Decreto-Lei n. 4.657, de 4 de setembro de 1942**. Lei de Introdução às normas do Direito Brasileiro. Brasília, DF: Presidência da República, [2020]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-Lei/del4657.htm . Acesso em: 06 out. 2020.

BRASIL. **Lei n. 10.708, de 31 de julho de 2003**. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. Brasília, DF: Presidência da República, [2020]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.708.htm. Acesso em: 07 out. 2020.

BRASIL. **Lei n. 7.210, de 11 de julho de 1984**. Institui a Lei de Execução Penal. Brasília, DF: Presidência da República, [2019]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7210.htm. Acesso em: 04 set. 2019.

BRASIL. **Lei n. 10.216, 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. Brasília, DF: Presidência da República, [2019]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm. Acesso: 03 set. 2019.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **Súmula 527**. Aprovada em 13/05/2015. Disponível em: http://www.stj.jus.br/docs_internet/SumulasSTJ.pdf. Acesso em: 06 out. 2019.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Habeas Corpus n. 84219/SP**, rel. Min. Marco Aurélio, 9.11.2004, Disponível em: <http://www.stf.jus.br/arquivo/informativo/documento/informativo369.htm#Medida%20de%20Seguran%C3%A7a%20e%20Limita%C3%A7%C3%A3o%20Temporal>. Acesso em: 05 out. 2019.

BUENO, Austregésilo Carrano. **Cantos dos Malditos**. Rio de Janeiro: Rocco, 2004.

CABALLO, Vicente E. (coord.). **Manual de trastornos de la personalidad**. Descripción, evaluación, y tratamiento. Madrid: Síntesis, 2004.

CALIXTO, Angela J.; CARVALHO, Luciani Coimbra de. Diálogos interjudiciais: a obrigatoriedade de seu desenvolvimento no sistema interamericano de proteção dos direitos humanos. **Revista Eletrônica do Curso de Direito da UFSM**, v. 14, n. 01, 2019.

CAMPBELL, Jane. **Growing Pains: Disability politics - the journey explained and described**. 1996. Disponível em: <https://www.independentliving.org/docs6/campbell1996.html>. Acesso em: 07 jan. 2021.

CAMPELLO, Livia Gaigher Bosio; SILVEIRA, Vladimir Oliveira da. Dignidade, Cidadania e Direitos Humanos. Trabalho publicado nos Anais do XIX Encontro Nacional do CONPEDI, jun. 2010. Disponível em: <http://www.publicadireito.com.br/conpedi/manaus/arquivos/anais/fortaleza/3914.pdf>. Acesso em: 16 jan. 2021.

CARVALHO, Sandra Maciel de. **“Não converso com demente” Intersecções entre direito e saúde mental**: Uma análise de enunciados que compõem processos judiciais envolvendo usuários do CAPS Cataguases-MG. 2014. 205 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2014.

CHIRIBOGA, Luis Gallegos. Entrevista concedida a Regina Atalla e traduzida por Claudia Schilling. **Sur – Revista Internacional de Direitos Humanos**, v. 08, n. 14, São Paulo, jun. 2011. Disponível em: <https://sur.conectas.org/wp-content/uploads/2017/11/sur14-port-completa.pdf>. Acesso em: 16 dez. 2019.

COHEN, Claudio; SALGADO, Maria Teresa Munhoz. Reflexão sobre a autonomia civil das pessoas portadoras de transtornos mentais. **Revista Bioética**. Conselho Federal de Medicina: Brasília, v. 17, n. 2, pp. 232-235, 2009. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3615/361533249006.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2020.

COMISSÃO INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. Demanda en el caso de Damião Ximenes Lopes (Caso 12.237) contra la República Federativa del Brasil. Disponível em: <http://www.cidh.org/demandas/12.237%20Ximenes%20Lopez%20Brasil%201oct04.pdf>. Acesso em 28 jan. 2020.

CONCI, Luiz Guilherme Arcaro. Controle de convencionalidade e o Dialógo entre ordens internacionais e constitucionais comunicantes - Por uma abertura crítica do Direito brasileiro ao Sistema Interamericano de proteção de direitos humanos. *In*: COELHO, Marcus Vinicius Furtado (org.). **Reflexões sobre a Constituição** – Uma homenagem da advocacia brasileira. 1. ed. Brasília: Leya, 2013. v. 1.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Recomendação n. 35, de 12/07/2011**. Dispõe sobre as diretrizes a serem adotadas em atenção aos pacientes judiciários e a execução da medida de segurança. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/849>. Acesso em: 15 out. 2020.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. Mais da metade de presos com problemas psiquiátricos na Bahia ainda aguarda laudos. Disponível em: <http://www.cnj.jus.br/mais-da-metade-de-presos-com-problemas-psiquiatricos-na-bahia-ainda-aguarda-laudos/>. Acesso em: 06 out. 2019.

CORREIO BRAZILIENSE. **Parlamento japonês aprova indenização de vítimas de esterilização forçada**. Disponível em: <https://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/>

[mundo/2019/04/24/interna_mundo,751208/japao-aprova-indenizacao-de-vitimas-de-esterilizacao-forcada.shtml](http://www.mundo21online.com/2019/04/24/interna_mundo,751208/japao-aprova-indenizacao-de-vitimas-de-esterilizacao-forcada.shtml). Acesso: 21 jan. 2020.

CORTE INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. Sentença do Caso Damião Ximenes Lopes *versus* Brasil (Mérito, Reparações e Custas). Sentença de 4 de julho de 2006 Disponível em: http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_149_por.pdf. Acesso em: 29 jan. 2020.

COSTA, Klecyus Weyne de Oliveira. A Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa Com Deficiência e o Regime das Incapacidades no Código Civil, pp. 173-212. **Cadernos do Ministério Público Estadual do Ceará**. Disponível: <http://www.mpce.mp.br/wp-content/uploads/2017/07/4-A-Lei-Brasileira-de-Inclus%C3%A3o-da.pdf>. Acesso: 02 nov. 2019.

CRENSHAW, Kimberlé. A interseccionalidade na discriminação de raça e gênero. **VV. AA. Cruzamento: raça e gênero**. Brasília: Unifem, v. 1, n. 1, p. 7-16, 2004. Disponível em: <http://www.acaoeducativa.org.br/fdh/wp-content/uploads/2012/09/Kimberle-Crenshaw.pdf>. Acesso em: 11 abr. 2020

DAMASCENO, Luiz Rogerio da Silva. Direitos humanos e proteção dos direitos das pessoas com deficiência. Evolução dos sistemas global e regional de proteção. **Jus**, 2014. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/32710/direitos-humanos-e-protecao-dos-direitos-das-pessoas-com-deficiencia>. Acesso em: 10 set. 2019.

DHANDA, Amita. Construindo um novo léxico dos direitos humanos: convenção sobre os direitos das pessoas com deficiências. **Sur. – Revista internacional de Direitos Humanos**, v. 02, n. 08, São Paulo, jan. 2005, pp. 43-60. Disponível em: <https://sur.conectas.org/wp-content/uploads/2017/11/sur8-port-completa.pdf>. Acesso em: 16 jan. 2020.

DICIONÁRIO MICHAELIS. Conceito de Periculosidade. Disponível em: <http://michaelis.uol.com.br/busca?r=0&f=0&t=0&palavra=periculosidade>. Acesso em: 23 set. 2020.

DIOGO, Darciane. Homem passa mais de 50 anos por furtar alimentos do vizinho no Rio. **Estado de Minas**, 2012. Disponível em: https://www.em.com.br/app/noticia/nacional/2012/12/18/interna_nacional,337691/homem-passa-mais-de-50-anos-por-furtar-alimentos-do-vizinho-no-rio.shtml. Acesso em: 25 jan. 2021.

DINIZ, Débora. **A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil. Censo 2011**. Brasília: Editora UNB, 2013. Disponível em: http://newpsi.bvs-psi.org.br/ebooks2010/pt/Acervo_files/custodia_tratamento_psiqiatrico_no_brasil_censo2011.pdf. Acesso em: 06 out. 2019.

DINIZ, Débora. **O que é Deficiência**. 2007. Disponível em: http://www.museusacessiveis.com.br/arquivosDown/20190204153017_o_que_c%C2%A9_de_fic%C2%AAncia_-_dc%C2%A9bora_diniz.pdf. Acesso em: 07 jan. 2019.

DINIZ, Debora; BARBOSA, Livia; SANTOS, Wederson Rufino dos. Deficiência, Direitos Humanos e Justiça. **Sur. – Revista internacional de Direitos Humanos**, v. 06, n. 11, São

Paulo, dez. 2009. Disponível em: <https://sur.conectas.org/wp-content/uploads/2017/11/sur11-port-completa.pdf>. Acesso em: 16 dez. 2019.

DURÃO, Ana Maria Sertori; SOUZA, Maria Conceição Bernardo de Mello; MIASSO, Adriana Inocenti Grupo de acompanhamento de portadores de Esquizofrenia em uso de Clozapina e de seus familiares: percepção dos participantes. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 58, n. 5, pp. 524-528, set-out. 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v58n5/a05v58n5.pdf>.

DUTRA, Maria Cristina Bechelany. As relações entre psicose e periculosidade: contribuições clínicas da concepção psicanalítica da passagem ao ato. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 3, n. 4, pp. 48-58, 2000.

ESTADÃO. Transtornos mentais atingem 23 milhões de pessoas no Brasil. **Agência Brasil**. 2018. Disponível em: <https://saude.estadao.com.br/noticias/geral,transtornos-mentais-atingem-23-milhoes-de-pessoas-no-brasil,573367>. Acesso: 05 set. 2020.

FÁVERO, E. A. G. **Direitos das pessoas com deficiência: garantia de igualdade na diversidade**. Rio de Janeiro: WVA Editora; 2004.

FAVILLI, Federico; AMARANTE, Paulo. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 10, n. 25, p. 151-193, 2018. Disponível em: <http://stat.ijkem.incubadora.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/5184/5209>. Acesso em: 11 out. 2020.

FENIGSTEIN, A.; VANABLE, P. A. Paranoia and Self-Consciousness. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 62, n. 1, p. 129-138, 1992. Doi: 10.1037/0022-3514.62.1.129.

FERRAZ, Carolina Valença; SILVA NETTO, Manuel Camelo Ferreira da. A pessoa com deficiência e o exercício da parentalidade: o direito à reprodução e ao planejamento familiar sob a ótica da diversidade funcional. **Revista Direito UFMS**, v. 4, n. 1, pp. 139-154, jan.-jun. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.21671/rdufms.v4i1.5158>. Acesso em: 16 fev. 2021.

FERREIRA, Amauri. Culpa, Ressentimento e a Inversão dos Valores em Nietzsche. **Revista Filosofia**, Editora Escala, ed. 36, jun. 2009.

FERREIRA, Wasney de Almeida. A estrutura sintática e semântica dos delírios de perseguição e de referência na esquizofrenia paranóide: um estudo de caso. **Ciências & Cognição**, v. 15, p. 228-238, 2010. Disponível em: <http://cienciasecognicao.org/revista/index.php/cec/article/view/326/205>. Acesso em: 01 jan. 2021.

FIGUEIREDO, Kellyane Madureira; FENSTERSEIFER, Liza. Inventário Multifásico Minnesota de Personalidade (MMPI): Análises Psicométricas. **Pretextos-Revista da Graduação em Psicologia da PUC Minas**, v. 1, n. 1, p. 220-236, 2016.

FLORES, Andrea; LOPES, Jodascil Gonçalves. **Manual de Direito Penal**. São Paulo: Saraiva, 2015.

FOCHI, Guilherme Rubino de Azevedo; CASTILHO, José Carlos Ramos. Transtorno de personalidade paranoide: uma revisão. *Psychiatry Online*. n. 4, out. 1999. Disponível em: <http://www.polbr.med.br/ano99/para1099.php>. Acesso em: 22 dez. 2020.

FOUCAULT, Michel. **Os Anormais**: curso no Collège de France (1974 – 1975). São Paulo: Martins Fontes, 2001.

GIACON, Bianca Cristina Ciccone; GALERA, Sueli Aparecida Frari. Primeiro episódio da esquizofrenia e assistência de enfermagem. *Rev. Esc. Enferm. USP*. São Paulo, v. 40, n. 2, pp. 286-91, jun. 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n2/18.pdf>. Acesso em: 26 dez. 2020

GOMES FILHO, Antônio Magalhães; TORON, Alberto Zacharias; BADARÓ, Gustavo Henrique. **Código de Processo Penal Comentado** [livro eletrônico]. 2. ed., São Paulo: Revista dos Tribunais, 2019.

GRECO, Rogério. **Código Penal Comentado**. 11. ed. Rio de Janeiro: Ed. Impetus, 2017.

GUARESCHI, Neuza Maria de Fátima; WEIGERT, Mariana de Assis Brasil e. A execução das medidas de segurança e a lei da reforma psiquiátrica no Brasil contemporâneo. **Revista Eletrônica do Curso de Direito da Universidade Federal de Santa Maria**, v. 10, n. 02.

GUIMARÃES, Liliana Andolpho Magalhães; MARTINS, Daniela de Almeida; BOTELHO, Adriana Silva de Oliveira. Contribuições para a Avaliação Psicossocial da Norma Reguladora 33 (NR-33). **Perspectivas em Gestão & Conhecimento**, João Pessoa, v. 3, Número Especial, p. 57-66, out. 2013. Disponível em: <http://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/pgc>. Acesso em: 21 jan. 2021.

JACOBINA, Paulo Vasconcelos. Direito penal da loucura: medida de segurança e reforma psiquiátrica. **Revista de Direito Sanitário**, v. 5, n. 1, pp. 67-85, março de 2004.

JACOBINA, Paulo Vasconcelos. **O Direito Penal da Loucura**. 1. ed. Brasília: Escola Superior do Ministério Público da União, 2008.

JESUS, D. E. **Direito Penal: Parte geral**. 32. ed. Revisada e atualizada. São Paulo: Saraiva, 2011.

KARAM, Maria Lúcia. Medidas de segurança: punição do enfermo mental e violação da dignidade. **Verve**, v. 2, pp. 210-224, 2002.

KITTAY, Eva Feder. **Love's Labor**: Essays on Women, Equality and Dependency. 2. ed. New York: Routledge, 2020.

LEBRE, Marcelo. Medidas de segurança e periculosidade criminal: medo de quem? **Responsabilidades**, Belo Horizonte, v. 2, n. 2, pp. 273-282, set. 2012 / fev. 2013. Disponível: http://www.mpdf.mp.br/saude/images/saude_mental/Medida_seguranca_periculosidade_criminal.pdf. Acesso em: 21 set. 2020

LEITE, Flávia Piva Almeida. A Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência: amplitude conceitual. A busca por um modelo social. **Revista de Direito Brasileira**, v. 3, n.

2, pp. 31-53, 2012. Disponível em: <https://indexlaw.org/index.php/rdb/article/view/2654/2548>. Acesso em: 25 jan. 2020.

LEITE, Thiago. A vida nua e o vida loka: reflexões a partir do pensamento de Giorgio Agamben. Arquivos do CMD. **Dossiê Universal e Particular**, v. 2, n. 1, 2014.

LIMA, Antônio Carlos de; CASTRO, Camila de Moura; SILVA, Ana Paula da. Ensaio sobre saúde mental, sistema prisional e direitos humanos: por uma radicalização da desinstitucionalização. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 9, n. 24, p.123-147, 2017.

LIMA, José Fabrício Silva de. **Nota Técnica do Conselho Nacional de Defensores Públicos Gerais** – CONDEGE. Disponível em: https://anadep.org.br/wtksite/cms/conteudo/44561/Nota_Tecnica_EAP_vf_condege_assinada_.pdf. Acesso em: 31 ago. 2020.

LIMA, Fernanda da Silva; TEIXEIRA, Marina Raupp. Sistema Interamericano de Direitos Humanos e os desafios da implementação das decisões da Corte IDH no Brasil: um estudo do caso Damião Ximenes Lopes. **Revista DIREITO UFMS**, v. 4, n. 2, pp. 117 – 141, jul. - dez. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.21671/rdufms.v4i2.7324>. Acesso em: 15 fev. 2021

LIRA, Renata Verônica Cortes de. **Loucos sob medida: Compassos e descompassos entre a reforma psiquiátrica e os manicômios judiciais**. 2014. 115 f. Dissertação (Mestrado em Direito) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

LISZT, Franz von. **Tratado de direito penal alemão**. Brasília: Senado Federal, 2006. v. 1.

LOPES, Ana Maria D’avila; FREIRE, Cylviane Maria Cavalcante de Brito Pinheiro. O reconhecimento do estado de coisas inconstitucional no sistema penitenciário brasileiro. **Revista Brasileira de Direitos Fundamentais & Justiça**, v. 10, n. 35, 2016.

LOPES, Ariadne Villela. **A razão pode ser instrumento de inclusão da loucura? Olhares sobre a medida de segurança**. 2019. 89 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro-RJ, 2019.

LOPES, Laís Vanessa Carvalho de Figueiredo. **Convenção sobre os direitos das pessoas com deficiência da ONU, seu protocolo facultativo e a acessibilidade**. 2009. 229 f. Dissertação (Mestrado em Direitos Humanos) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2009.

LOPES, Randiza Santis. **Família, crime e loucura: a construção da memória sobre o louco infrator a partir da narrativa dos Familiares dos abrigados no Hospital de custódia e tratamento psiquiátrico Heitor Carrilho**. 2017. 107 f. Dissertação (Mestrado em Memória Social) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

MARCHEWKA, Tânia Maria Nava. **Análise dos diagnósticos e tratamentos em hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico no Rio de Janeiro e Distrito Federal à luz da saúde mental baseada em evidências**. 2016. 194 f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2016.

MARCHEWKA, Tânia Maria Nava. As contradições das medidas de segurança no contexto do direito penal e da reforma psiquiátrica no Brasil. **Revista de Direito Sanitário**, v. 2, n. 3, pp. 102-111, 2001.

MATTOS, Virgílio de. **Crime e Psiquiatria: Uma Saída: Preliminares para a Desconstrução das Medidas de Segurança**. Rio de Janeiro: Revan, 2006.

MENDES, André Caixeta da Silva. **O STF e a proibição de insuficiência**. A proporcionalidade na litigância de direitos sociais. 2018. 111 f. Monografia (Graduação em Direito). Escola de Formação da Sociedade Brasileira de Direito Público - SBDP, São Paulo, 2018.

MENDES, Soraia da Rosa; FARIA, Gustavo Dalul. A (dis)funcionalidade da medida de segurança no paradigma da reforma psiquiátrica. **Revista IBCCRIM**, v. 26, n. 144, pp. 217-250, jun. 2018.

MÉNDEZ, Ruan E. “Temos perdido o sentido do propósito de eliminar a tortura”. Entrevista concedida a Vivian Calderoni e Oliver Hudson. **Sur – Revista internacional de Direitos Humanos**, v. 14, n. 25, São Paulo, jul. 2017. Disponível em: <https://sur.conectas.org/wp-content/uploads/2017/09/sur-25-portugues-completo.pdf> . Acesso em: 15 dez. 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Residências Terapêuticas: o que são, para que servem**. Série F. Comunicação e Educação em Saúde, 1ª ed., 2004. Disponível em: <https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/120.pdf> . Acesso em: 19 jan. 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Série F. **Comunicação e Educação em Saúde**. Departamento de Gestão da Educação na Saúde 2ª. ed., 1ª reimpr. Brasília: Ministério da Saúde; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde Mental no Sistema Prisional**. Disponível em: https://aps.saude.gov.br/ape/pnaisp/saude_mental . Acesso em: 30 ago. 2020.

MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL. Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão. **Parecer sobre medidas de segurança e hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico sob a perspectiva da Lei n. 10.216/2001**. 1. ed. Brasília, 2011.

MIRABETE, Julio Fabbrini; FABBRINI, Renato. **Manual de direito penal – Parte Geral**. 26. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MONTEIRO, Rodrigo Padrini; ARAÚJO, José Newton Garcia de. Preso ou paciente? A ambivalência institucional na atividade de agentes penitenciários em um manicômio judiciário de Minas Gerais. **Revista IBCCRIM**, São Paulo: Revista dos Tribunais, n. 144, pp. 29-60, 2018.

MONTROSS, Christine. Hard time or hospital treatment? Mental illness and the criminal justice system. **New England Journal of Medicine**, v. 375, n. 15, p. 1407-1409, 2016.

MORANA, Hilda C. P.; STONE, Michael H.; ABDALLA FILHO, Elias. Transtornos de personalidade, psicopatia e serial killers. **Rev Bras Psiquiatr**. V. 28, Supl. II, pp.74-9, 2006.

MOREIRA, Greta Fernandes; FUKS, Betty Bernardo. Bárbara-cena: da imputabilidade penal à responsabilização subjetiva do criminoso psicótico. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 21, n. 3, p. 511-524, 2018.

MURIBECA, Mercês. Seven, “os sete crimes capitais” de David Fincher: a mente do psicopata. **Cogito**. 2008, v. 9, p. 77-81. Disponível em: <http://pepsic.bvs-psi.org.br>. Acesso em: 19 jan. 2021

NEVES, Marcelo da Costa Pinto. Transconstitucionalismo, con especial referencia a la experiencia latinoamericana. **La justicia constitucional y su internacionalización: ¿hacia un lus constitucionale commune en América Latina?**, v. 2, pp. 745-756, 2010.

NORONHA, Edgard Magalhães. **Direito penal**. São Paulo: Saraiva, 1980.

NUNES, Laura M. Crime - psicopatia, sociopatia e personalidade antissocial. **Revista da Faculdade de Ciências Humanas e sociais**. Porto - Portugal: Edições Universidade Fernando Pessoa, v. 6, pp. 152-161, 2009.

OAB RIO DE JANEIRO. **Mutirão tira 108 pessoas de hospital psiquiátrico em Curitiba**. 2012. Disponível em: <https://oab-rj.jusbrasil.com.br/noticias/3138841/mutirao-tira-108-pessoas-de-hospital-psiquiatrico-em-curitiba?ref=amp>. Acesso em: 06 out. 2019.

OLIVEIRA, Renata. **Transtornos mentais atingem 68% das mulheres encarceradas no estado de São Paulo**. Disponível em: <https://www.revistaforum.com.br/transtornos-mentais-atingem-68-das-mulheres-encarceradas-no-estado-de-sao-paulo-2/>. Acesso em: 12 jan. 2019.

OLIVER, M. The Social Model in Action: if I had a hammer. *In*: BARNES, C.; MERCER, G. **Implementing the Social Model of Disability: Theory and Research**. Leeds: The Disability Press, 2004. pp. 18-31. Disponível em: <https://disability-studies.leeds.ac.uk/wp-content/uploads/sites/40/library/Barnes-implementing-the-social-model-chapter-2.pdf>. Acesso em: 04 dez. 2021. p. 30.

OLSSON, Giovanni; CASTALDI, Valquíria. O poder do Estado no uso da violência legítima: um olhar sobre o sistema prisional brasileiro e sua (in) efetividade. **Revista Brasileira de Direitos Fundamentais & Justiça**, v. 12, n. 38, p. 47-73, 2018.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração de Direitos do Deficiente Mental, de 22 de dezembro de 1971**. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/Direito-dos-Portadores-de-Defici%C3%Aancia/declaracao-de-direitos-do-deficiente-mental.html>. Acesso: 09 out. 2020.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 10 de dezembro de 1948**. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2018/10/DUDH.pdf>. Acesso em: 28 mai. 2019.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Regras Mínimas das Nações Unidas para o Tratamento de Presos, de 17 de dezembro de 2015**. Disponível em: https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/Nelson_Mandela_Rules-P-ebook.pdf. Acesso em: 28 mai. 2020.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Regras das Nações Unidas para o Tratamento de Mulheres Presas e Medidas não Privativas de Liberdade para Mulheres Infratoras**. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2019/09/cd8bc11ffdc397c32eecd40afbb74.pdf>. Acesso em: 28 mai. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **CID-10: Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Direções Clínicas e Diretrizes Diagnósticas**. Porto Alegre: Artmed Editora, 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Folha informativa - Transtornos mentais**. Folha informativa atualizada em abril de 2018. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5652:folha-informativa-transtornos-mentais&Itemid=839. Acesso em: 05 set. 2020.

PASSOS, Rachel Gouveia; PORTUGAL, Sílvia. Breve balanço da política de saúde mental: análise comparativa Brasil e Portugal a partir da experiência das residências terapêuticas. **Revista de Políticas Públicas**, v. 19, n. 1, p. 91-102, 2015.

PERSSON, Veronika. **Ansvar vid allvarlig psykisk störning**. Juridiska Fakulteten vid Lunds Universitet, 2017. Disponível em: <https://lup.lub.lu.se/luur/download?func=downloadFile&recordId=8908237&fileId=8915772>. Acesso em: 12 out. 2020.

PINHEIRO, Flavia de Campos. ARAÚJO, Luiz Alberto David. A pessoa com deficiência e a defesa coletiva em juízo: o papel das associações. **Revista Direito UFMS**, v. 1 n. 1, Ed. Especial, pp. 145 - 163, jan.-jun. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.21671/rdufms.v1i1.1237>. Acesso em: 17 fev. 2021.

PIOVESAN, Flávia. **Temas de Direitos Humanos**. 5. ed. São Paulo: Saraiva, 2012.

PRADO, Alessandra Mascarenhas; SCHINDLER, Danilo. A medida de segurança na contramão da Lei de Reforma Psiquiátrica: sobre a dificuldade de garantia do direito à liberdade a pacientes judiciários. **Revista Direito GV**, São Paulo, v. 13, n. 2, pp. 628-652, maio-ago., 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/2317-6172201725>. Acesso em: 23 set. 2020.

PRADO, Luiz Regis. **Curso de Direito Penal Brasileiro**. Parte Geral. 6. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2018. v. 1.

PROCURADORIA GERAL DISTRITAL DE LISBOA. **Código Penal de Portugal**. Legislação. Disponível em: http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?ficha=101&artigo_id=&nid=109&pagina=2&tabela=leis&nversao=&so_miolo=. Acesso em: 03 out. 2020.

QUEIROZ, Paulo. **Direito Penal: Parte Geral**. 7. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2011.

RAMOS, André de Carvalho. **Curso de Direitos Humanos**. 5. ed. São Paulo: Saraiva, 2018.

RAMOS, André de Carvalho. **Processo Internacional de Direitos Humanos**. 5. ed. São Paulo: Saraiva, 2016.

- RAMOS, André de Carvalho. Reflexões sobre as vitórias do caso Damião Ximenes. **Conjur**, 2006. Disponível em: https://www.conjur.com.br/2006-set-08/reflexoes_vitorias_damiao_ximenes. Acesso em: 12 jan. 2019.
- RAUTER, Cristina. **Criminologia e subjetividade no Brasil**. Rio de Janeiro: Revan, 2003.
- REQUIÃO, Maurício. **Estatuto da pessoa com deficiência altera regime civil das incapacidades**. Disponível em: https://juslaboris.tst.jus.br/bitstream/handle/20.500.12178/87543/2015_requiao_mauricio_estatuto_pessoa.pdf?sequence=1. Acesso em: 29 jan. 2020.
- RODRIGUEZ, Víctor Gabriel. **Livre arbítrio e Direito Penal**: revisão frente aos aportes da neurociência e à evolução dogmática. 1ª ed. São Paulo: Marcial Pons, 2018.
- ROSA, Gerson Faustino; CARVAL, Gisele Mendes de. Funcionalismo sistêmico e direitos fundamentais na seara penal. **Revista Pensamento Jurídico**, São Paulo, v. 11, n. 2, jul./dez. 2017. Disponível em: <https://fadisp.com.br/revista/ojs/index.php/pensamentojuridico/article/view/100/144>. Acesso em: 11 ago. 2020.
- ROSENTHAL, Keith. A Revolução Russa e os deficientes. **Revista Outubro**, n. 30, pp. 143-171, maio de 2018. Disponível em: http://outubrorevista.com.br/wp-content/uploads/2018/05/07_Keith-Rosenthal.pdf. Acesso: 24 jan. 2020.
- SÁ, Alvino Augusto. **Criminologia Clínica e Execução Penal**. Proposta de um modelo de Terceira Geração. 2.ed. São Paulo: Saraiva, 2015.
- SANTINONI, Tatyane; OLIVEIRA, Keila. **Projeto Reintegra atende reeducandos por meio da telemedicina**. Portal do governo do Estado de Mato Grosso do Sul. 24/setembro/2020. Disponível em: <http://www.ms.gov.br/projeto-reintegra-atende-reeducandos-por-meio-da-telemedicina/>. Acesso em: 11 jan. 2021.
- SANTOS, Juarez Cirino. **Direito Penal Parte Geral**. 8ª. ed. Florianópolis: Tirant lo Blanch, 2018.
- SARACENO, Benedetto. **Libertando identidades**: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. 2. ed. Rio de Janeiro: Te Corá, 2001.
- SARLET, Wolfgang Ingo. **Dignidade da pessoa humana e direitos fundamentais na Constituição da República de 1988**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2002.
- SASSAKI, Romeu Kazumi. Como chamar as pessoas que têm deficiência? In: SASSAKI, Romeu Kazumi. **Vida independente**: história, movimento, liderança, conceito, filosofia e fundamentos. São Paulo: RNR, 2003.
- SASSAKI, Romeu Kazumi. **Terminologia sobre deficiência na era da inclusão**. Disponível em: <https://www.ocuidador.com.br/imgs/utilidades/terminologia-50aa23697289a.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2021.
- SENAT - SERVICE DES ETUDES JURIDIQUES. L'irresponsabilité pénale des malades mentaux. **Les Documents de Travail du Sénat**. Série Législation Comparée, 2004, pp. 01-29. Disponível em: <https://www.senat.fr/lc/lc132/lc132.pdf>. Acesso em: 12 out. 2020.

SENTENCING COUNCIL FOR ENGLAND AND WALES. **About us**. Disponível em: <https://www.sentencingcouncil.org.uk/about-us/>. Acesso em: 11 out. 2020.

SILVA, Haroldo Caetano da (coord.). **PAILI**: Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator. 3. ed. Goiânia: MP/GO, 2013.

SILVA, Martinho Braga Batista e. O desafio colocado pelas pessoas em medida de segurança no âmbito do Sistema Único de Saúde: a experiência do PAILI-GO. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, pp. 653-682, 2010.

SILVA, Otto Marques da. **A Epopéia Ignorada** - A Pessoa Deficiente na História do Mundo de Ontem e de Hoje. 1. ed. São Paulo: CEDAS, 1987.

SILVA, Virgílio Afonso da. **Direitos fundamentais**. Conteúdo essencial, restrições e eficácia. 2. ed. São Paulo: Malheiros Editores, 2014.

SILVEIRA, Vladmir Oliveira da. Direitos Humanos Fundamentais das Pessoas com Deficiência. **Revista Direito UFMS**, v. 1, n. 1, Ed. Especial, pp. 103 – 130, jan.- jun. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.21671/rdufms.v1i1.1235>. Acesso em: 16 fev. 2021.

SOUZA, Carlos Alberto Crespo de; MORETTO, Cíntia Pacheco; CORNELLIS, Fabiana. Transtorno de personalidade anti-social: pena ou medida de segurança? **Psychiatry on-line Brasil**, v. 11, n. 8, 2006. Disponível em: <http://www.polbr.med.br/ano06/artigo0806.php>. Acesso em: 03 out. 2020.

SQUINCA, Flávia. O debate sobre deficiência e cuidado como desafio para as teorias de justiça. **Revista de Estudos Universitários**, Sorocaba, SP, v.34, n.1, p. 57-69, jun. 2008.

STONE, Michael H.. Serial sexual homicide: biological, psychological, and sociological aspects. **Journal of Personality Disorders**. pp. 1-18. 2001.

TAVARES, Natália Lucero Frias; GARRIDO, Rodrigo Grazinoli; SANTORO, Antônio Eduardo Ramires. Política de saúde no cárcere fluminense: impactos da pandemia de COVID-19. **Revista Estudos Institucionais**, v. 6, n. 1, pp. 277-300, jan./abr. 2020.

TELLES, Lisieux E. de Borba; DAY, Vivian Peres; ZORATTO, Pedro Henrique Iserhard. **Transtornos Psicóticos**. In: ABDALLA-FILHO, Elias; CHALUB, Miguel; TELLES, Lisieux E. de Borba. **Psiquiatria Forense de Taborda**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.

THE UNION OF THE PHYSICALLY IMPAIRED AGAINST SEGREGATION (UPIAS) AND THE DISABILITY ALLIANCE. Fundamental Principles of Disability. (This unabridged version was electronically scanned and reformatted from the original document by Mark Priestley, in consultation with Vic Finkelstein and Ken Davis (October 1997)). UPIAS, 1975, p. 20. Disponível em: <https://disability-studies.leeds.ac.uk/wp-content/uploads/sites/40/library/UPIAS-Disability-Challenge1.pdf>. Acesso em 05 jan. 2021.

TOMÉ, Semiramys Fernandes; DANTAS, Débora Kaliny Fernandes. **Da aplicabilidade da medida de segurança**: um instrumento sancionador em face do agente inimputável.

Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/51864/da-aplicabilidade-da-medida-de-seguranca-um-instrumento-sancionador-em-face-do-agente-inimputavel/1>. Acesso: 05 out. 2019.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE MINAS GERAIS. PAI-PJ - Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário portador de sofrimento mental infrator. Apresentação. Disponível em: http://www.tjmt.jus.br/INTRANET.ARO/CMS/GrupoPaginas/105/1020/PAI-PJ_DO_TJMG.doc. Acesso em: 10 out. 2020.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO PIAUÍ. Programa de Cuidado Integral ao Paciente Psiquiátrico – PCIPP. Disponível em: <http://www.tjpi.jus.br/portaltjpi/vep/programas/pcipp/>. Acesso em: 10 out. 2020.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO PIAUÍ. Vara de Execuções Penais de Teresina. Cartilha do Programa de Cuidado Integral do Paciente Psiquiátrico – PCIPP. Disponível em: <http://www.tjpi.jus.br/portaltjpi/wp-content/uploads/2018/09/Cartilha-PCIPP.pdf>. Acesso em: 10 out. 2020.

VALENÇA, Alexandre Martins *et al.* Responsabilidade penal nos transtornos mentais. **J Bras Psiquiatr**, v. 54, n. 4, p. 328-333, 2005. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Antonio_Nardi/publication/287093504_Penal_imputability_in_mental_disorders/links/56814c1408ae1e63f1edc210.pdf. Acesso em: 05 jan. 2021.

VAZ, Carla Vieira. **Pessoas com deficiência: O dever do Estado e a Inclusão Social**. 2017. 115 f. Dissertação (Mestrado em Direito) – Fundação de Ensino Eurípedes Soares da Rocha, Marília – SP, 2017. Disponível em: <https://aberto.univem.edu.br/handle/11077/1625>. Acesso em: 19 set. 2019.

VERDÉLIO, Andreia. Revogada portaria que extinguiu serviço a presos com transtorno mental. **Agência Brasil**. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2020-07/revogada-portaria-que-extinguiu-servico-presos-com-transtorno-mental>. Acesso em: 30 ago. 2020.

VIDAL, Carlos Eduardo Leal; BANDEIRA, Marina; GONTIJO, Eliane Dias Contijo. Reforma psiquiátrica e serviços residenciais terapêuticos. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 57, n. 1, pp. 70-79, 2008.

VIGGIANO, Fernando Braga; DIORIO, Marcela Venturini. Medida de Segurança e reforma psiquiátrica. **Revista do Ministério Público de Goiás**, n. 36, pp. 229-256, jul. a dez. 2018. Disponível em: http://www.mp.go.gov.br/revista/pdfs/5/12-artigo27ok_Layout%201.pdf. Acesso em: 05 out. 2019.

VIOLA, João Felipe Nicolay da Silva; PAZÓ, Cristina Grobério. De Machado a Jacobina: um histórico da doença mental no Brasil e a invisibilidade dos doentes perante o direito brasileiro. **Anais do IV CIDIL – Censura, Democracia e Direitos Humanos**, RDL – Rede Brasileira Direito e Literatura, 2016, pp. 518-531. Disponível em: <http://rdl.org.br/seer/index.php/anacidil/article/view/123>. Acesso em: 04 set. 2020.

WEIGERT, Mariana de Assis Brasil e. **Entre silêncios e invisibilidades: os sujeitos em cumprimento de medidas de segurança nos manicômios judiciais brasileiros**. 2015. 211 f.

Tese (Doutorado em Psicologia Social e Institucional) – Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

ZAFFARONI, Eugênio Raúl *et al.* **Direito Penal Brasileiro**. 1. ed. Rio de Janeiro: Revan, 2017. v. II, tomo II.

ZAFFARONI, Eugênio Raúl *et al.* **Direito Penal Brasileiro**. 2. ed. Rio de Janeiro: Revan, 2018. v. II, tomo I.