

44 - 70

Artigo

**DIREITO, LIBERDADE INDIVIDUAL E O
LOUCO: A INOPERÂNCIA DAS
MEDIDAS DE SEGURANÇA EM FACE DA
LEI ANTIMANICOMIAL**

DOUGLAS DE MORAIS SILVA
HAMILTON DA CUNHA IRIBURE JÚNIOR

DIREITO, LIBERDADE INDIVIDUAL E O LOUCO: A INOPERÂNCIA DAS MEDIDAS DE SEGURANÇA EM FACE DA LEI ANTIMANICOMIAL

LAW, INDIVIDUAL LIBERTY AND THE CRAZY: THE INOPERANCE OF
SECURITY MEASURES IN THE FACE OF THE ANTI-MANICOMIAL LAW

DOUGLAS DE MORAIS SILVA

Mestrando em Direito

Faculdade de Direito do Sul de Minas, Pouso Alegre/Brasil

douglasmoraiss907@gmail.com

HAMILTON DA CUNHA IRIBURE JÚNIOR

Doutorado em Direito

Faculdade de Direito do Sul de Minas, Pouso Alegre/Brasil

<http://lattes.cnpq.br/9009611714454221>

SUMÁRIO: 1. Introdução. 2. Breve digressão histórica sobre os loucos e os manicômios no Brasil. 2.1. Quem é o louco na seara criminal jurídica?; 2.2 A instituição de manicômios judiciais no Brasil. 3. Sistema penal de Medida de Segurança. 4. Loucura e Direito Penal; 4.1 Lei de reforma psiquiátrica ou antimanicomial; 4.2. Vedação absoluta à internação manicomial do louco em observância ao direito à liberdade individual; 5. Conclusão; 6. Referências.

RESUMO: A disciplina *Horizontalização dos Direitos Fundamentais* analisa, com viés hipotético-dedutivo, de que forma as medidas de segurança inoperam em face das disposições da Lei Antimanicomial e provocam redução de acesso a políticas públicas de pessoas em condições de sanidade mental permanentemente comprometida. Analisa, ainda, de que forma essa redução traz impactos à liberdade individual. Contudo, a aplicação da medida de segurança deve ser abolida porque, além de ilegal e inconstitucional, gera um tratamento distinto e nada igualitário entre as pessoas com transtornos mentais que cometem crimes.

PALAVRAS-CHAVE: Direito e loucura; liberdade individual; Lei Antimanicomial.

ABSTRACT: The discipline Horizontalization of Fundamental Rights analyzes, with a hypothetical-deductive bias, how security measures do not operate in the face of the provisions of the Anti-Asylum Law and cause reduced access to public policies for people in conditions of permanently compromised mental health. It also analyzes how this reduction impacts individual freedom. However, the application of the security measure must be abolished, because in addition to being illegal and unconstitutional, it generates a different and not egalitarian treatment between people with mental disorders who commit crimes.

KEYWORDS: Law and madness; individual freedom; Anti-Asylum Law.

SUMÁRIO: 1. Introdução. 2. Breve digressão histórica sobre os loucos e os manicômios judiciais no Brasil. 2.1. Quem é o louco na seara criminal brasileira? 2.2. A instituição de manicômios judiciais no Brasil. 3. Sistema penal de medidas de segurança. 4. Loucura e direito penal. 4.1. Lei de reforma psiquiátrica ou antimanicomial. 4.2. Vedação absoluta à internação manicomial do louco em observância ao direito à liberdade individual. 5. Conclusão. 6. Referências.

1. Introdução

O artigo 26 do Código Penal brasileiro (BRASIL, 1940) dispõe sobre a pessoa imputável por doença mental, atribuindo-lhe a natureza de causa excludente da culpabilidade do réu. Nos termos do dispositivo, todo aquele que, ao tempo da prática do delito e em decorrência de enfermidade mental, houver sido totalmente incapaz de compreender a ilicitude do seu ato ou de se orientar conforme a lei, torna-se isento de pena, devendo cumprir medida de segurança, consubstanciada em internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico por tempo indeterminado, ou tratamento ambulatorial, até que se diagnostique, por meio de perícia psiquiátrica específica, a cessação do estado de periculosidade do agente, entendido, grosso modo, como juízo de presunção de delinquência futura.

De acordo com o discurso jurídico inerente a essa regra penal, a condição de doente mental irresponsabiliza o indivíduo de responder por seus atos. Em vez de penalizá-lo, o Estado, por meio da medida de segurança, assume a sua tutela/custódia. Porém, esse viés protetivo mascara a finalidade estratégica de a referida medida neutralizar o perigo representado pela loucura e pelo crime, legitimada por saberes médico-jurídicos que integram o dispositivo, entendido como “o conjunto de saberes, instituições, legislações, práticas profissionais e preconceitos que sustenta a loucura como um mal a ser combatido” (MALCHER, 2018, p. 160).

A Constituição brasileira (BRASIL, 1988) e a Lei Federal 10.216 (BRASIL, 2001), de um lado, asseguram que indivíduos como os atendidos nos hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico (HCTs) tenham os seus direitos e a sua dignidade resguardados. De outro lado, a triste realidade retratada na precariedade dessas instituições e a absoluta falta de tratamento adequado à doença de que eles são acometidos corrobora que retornem à sociedade com pouca ou nenhuma perspectiva de inclusão, fadados ao isolamento. Logo, mesmo que exerçam o seu direito individual à

liberdade, esses indivíduos permanecem aprisionados e vigiados por uma sociedade discriminante, porquanto contaminada pelo estereótipo que associa a loucura à violência e à criminalidade.

Consoante dados de uma pesquisa realizada pelo Conselho Nacional de Justiça – CNJ – (BRASIL, 2012), existem 23 hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico no Brasil, distribuídos pelas 26 unidades federativas, contando uma população de aproximadamente 4 mil internos. Em 2011, constataram-se em três estados brasileiros 260 pessoas em situação asilar, por terem perdido o vínculo familiar e pela ausência de políticas de desinstitucionalização. No Estado da Bahia, foram encontrados 30 pacientes já com laudo de desinternação, mas ainda custodiados. No Estado do Paraná, das 430 pessoas internadas, não havia mais necessidade alguma de que 108 permanecessem asiladas. E no Estado do Rio de Janeiro, havia 136 pacientes, dos quais 75 permaneciam custodiados simplesmente por não terem para onde ir.

Basta uma breve pesquisa nesses estabelecimentos para se constatar que, em todo o país, faltam residências terapêuticas que absorvam pacientes que já cumpriram medidas de segurança, assim como há uma precariedade enorme de equipes de saúde. Geralmente, no quadro funcional dessas unidades, não há psiquiatra, sequer médico, cuja equipe atua com número mínimo de enfermeiros, assistentes sociais e psicólogos. Equipamentos de saúde, no mais das vezes, funcionam em quantidade reduzida, acham-se obsoletos ou funcionam muito mal. A ausência de política de desinternação torna comum a permanência além do tempo devido, situação que se agrava pelos casos de abandono familiar em face do isolamento a que essas pessoas são constantemente submetidas. (MALCHER, 2018, p. 160)

Violência, exclusão, privação da liberdade, maus-tratos, práticas de tortura e as mais variadas ordens de abuso de poder sempre estiveram presentes na história dos manicômios. E no Brasil não

é diferente. A presença dos hospitais de custódia e de tratamento psiquiátrico implica, de fato, a retomada aos famigerados manicômios judiciais, na contramão da luta antimanicomial deflagrada em meados da década de 1970, cujo precursor foi o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA), considerado o ator fundamental para as reflexões acerca da dimensão jurídico-política da Reforma Psiquiátrica brasileira, materializada posteriormente na Lei 10.216/2001, a chamada Lei de Reforma Psiquiátrica ou Lei Antimanicomial, que redirecionou o modelo de saúde mental no Brasil ao trazer como principal inovação o fim do manicômio e, como regra, o tratamento do louco em meio aberto. (CORREIA, SOUSA JUNIOR, 2020, p. 1.626)

2. Breve digressão histórica sobre os loucos e os manicômios judiciais no Brasil

O interesse pelo estudo da loucura atravessou séculos e conquistou espaços entre os diversos tipos de ciência. A loucura, em remoto tempo, era tratada como elemento de absoluta exclusão do indivíduo da sociedade. Há defensores da proposta segundo a qual, no início do desenvolvimento das sociedades, loucos, criminosos, asilados e enfermos eram enviados para um único espaço e recebiam o tratamento de exílio. Somente com o avançar das ciências e da sociedade é que esses espaços coletivos foram divididos em hospitais, asilos, prisões, manicômios e sanatórios. (FOCAULT, 2019, p. 87)

Na história mais recente, os loucos foram torturados e encarcerados, apresentados em espetáculos e desafiados a uma sobrevivência diária. Por isso, o espaço social deles foi sendo conquistado aos poucos. Uma inicial investigação da figura do louco nas principais legislações penais em território brasileiro desde 1500 – quando os limites dos monarcas não eram claros e as Cortes eram meramente espaços de defesas dos direitos normais, sem

dotação de uma jurisdição – até a atualidade traz o reconhecimento e a identidade da pessoa com doença mental ao longo desse período. (HESPANHA, 1994, p. 474)

Em matéria penal, apontam-se algumas instituições psiquiátricas que funcionaram no Brasil e ficaram destacadas por suas condições desumanas, instalações ou tratamentos. Nessa fase, embora poupados, vestígios de torturas e explorações bem como apontamentos de grave lesão à dignidade humana darão subsistência ao discorrido na sequência.

2.1. Quem é o louco na seara criminal brasileira?

O Direito que regeu o Brasil, desde o descobrimento até a independência, foi o Direito português. No primeiros doze anos do Brasil Colonial, vigoraram as Ordenações Afonsinas mandadas compor por D. João I, as quais foram sucedidas pelas denominadas Ordenações Manuelinas, fruto da compilação de uma legislação que desejava ser mais “perfeita” na visão do D. Manuel, o Venturoso, publicada em 1521, cuja vigência se estendeu até 1569, quando entrou em vigor o Código de Dom Sebastião I de Portugal. Durante todo esse período, os conceitos de louco e de loucura não foram explorados, tratando-se de igual maneira as pessoas do território, diferindo unicamente a questão de abrandamento da pena para pessoas com determinadas idades. (PIERANGELLI, 1980, p. 6)

Com o objetivo de reagir contra os realces que obteve D. Sebastião I, por seu Código compilado, Dom Felipe II da Espanha, que assumiu o trono português como Dom Felipe I, ordenou que fossem novamente compiladas as Ordenações Manuelinas. Essa nova estruturação deu origem às Ordenações Filipinas, publicadas em 11 de janeiro de 1603, que buscou corrigir as contradições, acrescentar as disposições posteriores e amenizar os

impactos do Direito Canônico provocados pelo Código de Dom Sebastião I (TRÍPOLI, 1936, p. 118).

Reconhece-se que o Livro V das Ordenações Filipinas – que vigorou por cerca de dois séculos no Brasil – consubstanciou o primeiro Código Penal, o qual se fundamentou em preceitos religiosos, chegando a confundir o crime com pecado e ofensa moral. Nele, eram severamente punidos os hereges, os benzedores, os apóstatas e os feiticeiros (PIERANGELLI, 1980, p. 7).

Nessa legislação, inobservava-se a definição de louco ou mesmo de tratamento, mas abordava o sujeito com desenvolvimento mental incompleto, quando da aplicação da pena, cujo requisito de abrandamento era a idade superior a 17 anos e inferior a 20 anos, em conformidade com o que prescrevia o título CXXXV, item 2.º: “quando os menores serão punidos por os delictos que fizerem” [grafia original] (PORTUGAL, 1603).

A suspensão do Livro V das Ordenações Filipinas se deu em 1830 com a criação do Código Criminal do Império do Brasil (BRASIL, 1830), publicado depois da conquista da Independência de 1822 e a promulgação da Constituição do Império do Brasil de 1824.

O Código Criminal postulado teve norteamento na Constituição do Império (BRASIL, 1824), já que o dispositivo 179 da respectiva Carta garantia a inviolabilidade dos direitos civis e políticos, consubstanciado no princípio da liberdade e da segurança da pessoa e da propriedade.

Foi no artigo 12 do Código Penal do Império do Brasil que Dom Pedro I previu: “Os loucos que tiverem commettido crimes serão recolhidos ás casas para elles destinadas, ou entregues ás suas famílias, como ao juiz parecer mais conveniente” (grafia original) e, antes disso, no artigo 10, § 2º, prescreveu: “Tambem não se julgarão criminosos: [...] Os loucos de todo o genero, salvo se tiverem lucidos intervallos e nelles commetterem o crime”.

Embora seja essa a remota previsão brasileira sobre os loucos que contravêm as leis penais, percebe-se que o termo loucura ainda se restringia ao abstrato, ocupando-se, a bem da verdade de discorrer sobre o tema, a literatura médica da época. (grafia original – BRASIL, 1830)

A partir desse momento, a academia de ciências jurídicas de todo o país discorreu sobre as suas criações ao longo dos séculos XIX e XX. Também passou a ser questionado por juízes principalmente nos debates médicos, o que provocou uma maturação científica no conceito de loucura que alterou a maneira de como o assunto era percebido pelo Direito.

O artigo 26 da Lei 7.209/1984, em uma alteração do Código Penal de 1940, prevê: “é isento de pena o agente que, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou determinar-se de acordo com esse entendimento”. (BRASIL, 1940)

Quando o dispositivo menciona a inimputabilidade penal por dotação de doença mental tida pelo agente, cabe ponderar que a doença mental é compreendida por qualquer tipo de enfermidade ou patologia que elimine a capacidade do entender ou do querer humano. A condição mental comprometida pode ser por doença permanente ou transitória, considerando-se, inclusive, algumas questões físicas que podem afetar a psique da pessoa, como delírio dos tifóides ou dos pneumônicos. Essa condição do agente deve ser atestada por perícia psiquiátrica, que apresentará laudo da condição mental afetada, devendo, como condição para ser reconhecida, fazer-se presente ao tempo da prática delitiva. (GALVÃO, GRECO, 1999, p. 433)

Ainda no dispositivo é mencionado o desenvolvimento mental incompleto, que se refere aos menores de 18 anos e aos portadores de retardo mental. A expressão “desenvolvimento mental re-

tardado” é compreendida por diversas espéciesde oligofrenias, como idiotice, imbecilidade, debilidade mental propriamente dita, e os que detêm carência de certos sentidos. (GALVÃO, GRECO, 1999, p. 438-439)

2.2. A instituição de manicômios judiciários no Brasil

Durante o período colonial brasileiro, só recebiam tratamento à loucura os loucos que pertencessem a famílias financeiramente abastadas, uma vez que eram tratados em seus próprios domicílios ou enviados à Europa para esse fim. Caso contrário, se ficassem agitados, eram encarcerados em cômodos separados e, se necessário, amarrados. Já os alienados pobres, em regra mal nutridos e doentes, vagavam pelas ruas das cidades e, se perturbassem os transeuntes, eram recolhidos às cadeias e às instituições de correção moral, onde facilmente faleciam. As principais terapias para a loucura nos primeiros séculos do Brasil Colônia consistiam nas sangrias ou nos sedenhos, isso quando não se praticavam exorcismos católicos ou fetichistas para os quais com muita frequência se consultavam padres e curandeiros para resolver a questão da insanidade dos doentes. (MOREIRA, *apud* ELIA, 1996, p. 5)

Com o advento do artigo 12 do Código Criminal de 1830, tornou-se inevitável a obrigaçãode a Coroa promover o abrigamento dos loucos, à época também chamados de alienados. Pautados na justificativa de que não havia espaços públicos exclusivos para abrigar esse público, os casos de extrema necessidade eram acolhidos pelas Santas Casas da capital ou do interior. Em outras hipóteses, os pacientes eram confinados nas cadeias públicas e barbaramente amarrados. (ELIA, 1996, p. 5)

O primeiro hospital destinado a acolher e a tratar esses indivíduos no país foi criado pelo Decreto Imperial 82, de 18 de julho de 1841, por D. Pedro II, sob a seguinte motivação: “Desejando

assignalar o fausto dia de Minha Sagração com a criação de um estabelecimento de publica beneficência hei por bem fundar um Hospital destinadoprativamente para tratamento de alienados, com a denominação de Hospício de Pedro Segundo, o qual ficará annexo ao Hospital da Santa Casa da Misericordia desta Côrte” (grafia original – BRASIL, 1841). Construído com uma voluptuosa arquitetura, o local ficou popularmente conhecido como “O Palácio dos Loucos”.

O Hospício Pedro Segundo, o primeiro no país, destacou-se e foi alvo de grandes polêmicas. Durante a existência recebeu, além do nome de fundação, as denominações “Hospício Nacional dos Alienados” e “Hospital Nacional dos Alienados”, até que, sem as mínimas condições de funcionamento, foi fechado e doado à Universidade Federal do Rio de Janeiro, sendo os internos transferidos do prédio, entre março e setembro de 1944, para a Colônia Juliano Moreira e para o Hospital Psiquiátrico do Engenho de Dentro. (FIOCRUZ, 2018, p. 7)

A Colônia Juliano Moreira (Complexo Juliano Moreira), em Jacarepaguá, Rio de Janeiro, ficou conhecida por ter ocupado o posto de terceiro manicômio mais populoso do país. Inaugurada em 1924 com uma área de 7.350.000 m², era popularmente a “Colônia de Alienados de Jacarepaguá”. A instituição foi marcada por métodos pouco ortodoxos de submeter os pacientes a eletrochoque e a cárcere privado, tratamentos degradantes e tortuosos que tiveram fim com a criação da Associação dos Funcionários, em 1986, que assumiu a regência da Colônia e abriu os canais intelectuais da instituição. O Ministério da Saúde, em 1988, destituiu o diretor dela, mediante espaços ocupados pelo Exército e por um tanque de guerra posicionado no portão de entrada, cenário que mudou depois de uma extensa negociação entre os seus funcionários e o governo. Embora ainda em funcionamento, mas sob a denominação de Instituto Municipal de Assistência à Saúde Juliano Moreira (IMASJM), tornou-se irreconhecível depois da reforma psiquiátrica e do avanço da luta antimanicomial. (VASCONCELOS, 2008, p. 120-122)

Em diversos períodos, a Colônia Juliano Moreira encaminhou seus pacientes p o r c a u s a da superlotação ou das baixas condições de abrigamento para o Hospital Psiquiátrico do Engenho de Dentro, também sediado no Rio de Janeiro, nacionalmente afamado por ter sido o berço profissional de Nise da Silveira e por ser a sede da primeira colônia destinada a mulheres alienadas. (SILVA, 2017, p. 3-4)

Também nacionalmente se destaca, porém por seus tratamentos e terrores, o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Professor André Teixeira Lima, igualmente cunhado de Franco Rocha I, no Estado de São Paulo, um hospital-presídio que recebeu seus primeiros internos em 1934, sendo 150 criminosos com doenças mentais. Nas dependências dele há oito pavilhões. O Pavilhão 8, destinado a pessoas extremamente debilitadas, possui grades na parte externa e interna de suas janelas. (TAVORALO, 2003, p. 20-24)

Registre-se que as mencionadas instituições têm em seus históricos tratamentos torturantes e precários, com condições sanitárias calamitosas de iminente reforma de suas dependências, bem como de intervenções e esquecimentos. Não obstante, sobre os manicômios nacionais, importa ainda fazer menção ao “fatídico” Hospital Colônia de Barbacena, em Minas Gerais, fundado em 1903.

Em torno de 60 mil pessoas morreram dentro das dependências do Manicômio de Barbacena. Os corpos desses seres humanos, quando o cemitério não os comportava mais, foram, por vezes, objeto de tráfico entre a Instituição e a Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais e da Universidade Federal de Juiz de Fora; em outras oportunidades, acabaram sendo diluídos em ácido. O local foi responsável pelo maior escândalo nacional, com repercussão internacional, de tortura e desumanidade com os internos. (ARBEX, 2013, p. 69)

Esses manicômios, responsáveis por capítulos obscuros da história brasileira, foram capazes de chocar até os mais experientes pesquisadores globais de suas épocas, e continuam a provocar espanto nos atuais.

3. Sistema penal de medidas de segurança

A conformação legal vigente das medidas de segurança no Brasil segue a sistemática do Código Penal (BRASIL, 1940) na sua origem, cujas condicionantes de aplicabilidade passaram a ser a prática de um delito e a periculosidade do agente, nos termos do artigo 76, incisos I e II.

Originariamente, as medidas de segurança não se restringiam aos indivíduos considerados inimputáveis – o que somente veio a ocorrer com a Reforma Penal da Parte Geral do Código Penal de 1984, podendo também ser aplicadas ao agente imputável, desde que legalmente presumida a sua periculosidade (artigo 78), ou as determinadas em função de um juízo discricionário do magistrado, baseado na personalidade e nos antecedentes do autor do delito bem como nas circunstâncias e nos motivos de sua prática (artigo 77).

Tratava-se do sistema “duplo binário”, da expressão *doppio binario*, cunhada pela legislação italiana, que consiste na imposição sucessiva da pena e da medida de segurança em consequência do mesmo fato para o condenado presumivelmente perigoso. (DOTTI, 2002, p. 621)

Com a alteração promovida pela Lei 7.209 (BRASIL, 1984), passou a adotar-se o “sistema vicariante”, também identificado como “binário único”, que consiste na imposição exclusiva da pena ou da medida de segurança, evitando-se assim a aplicação dupla de ambas.

Conforme as atuais regras do sistema penal pátrio, o autor imputável de uma conduta punível apenas estará sujeito à pena correspondente, ao passo que a pessoa inimputável, à medida de segurança unicamente. Quanto àquele que vier a ser considerado semi-imputável, mais conhecido na seara jurídica como “fronteiriço”, só poderá ser aplicada uma ou outra: pena ou medida de segurança.

As medidas de segurança, ao lado das penas, são modalidades de resposta criminal, entendidas, portanto, como espécies do gênero sanção penal. Contudo, diferentemente das penas, que apresentam caráter retributivo-preventivo, as medidas têm natureza eminentemente preventiva. Enquanto as penas pressupõem a culpabilidade do agente para sua aplicação, o fundamento para a imposição das medidas de segurança consiste na periculosidade do indivíduo.

O Código Penal brasileiro (BRASIL, 1940) prevê duas espécies de medidas de segurança: a) detentiva – aplicável tanto aos imputáveis quanto aos semi-imputáveis, com a internação em hospital de custódia ou tratamento em outro estabelecimento; b) restritiva – aplicável se a pena privativa de liberdade cominada for de detenção, quando há tratamento ambulatorial realizado em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou local com dependência médica adequada. Este é o regramento do Estatuto Repressivo, artigos 96 e 97.

Independentemente de ser internação ou tratamento ambulatorial, a execução da medida de segurança se dará no hospital de custódia e tratamento psiquiátrico – mais conhecido como manicômio judiciário. Trata-se, portanto, do local destinado ao cumprimento da medida de segurança aplicada ao imputável ou ao semi-imputável. Não importa se a natureza da medida de segurança imposta é a substitutiva de caráter processual – quando o juiz do processo substitui a pena aplicada ao semi-imputável pela medida de segurança, entendendo necessário o tratamento curativo – ou a substitutiva de caráter incidental – quando o juiz da execução penal substitui a pena pela medida de segurança em virtude de superveniência de doença mental ou perturbação da saúde mental durante o seu cumprimento.

Diferentemente da pena privativa de liberdade, cujo *quantum* de aplicação deve obedecer aos limites definidos expressamente na legislação penal, variando entre patamares mínimo e máximo na co-

minação em abstrato de cada tipo penal, as medidas de segurança não apresentam limite máximo, apenas o mínimo de um a três anos, nos termos do § 1º do artigo 97 do Código Penal. (BRASIL, 1940)

O fato de inexistir limite temporal máximo previsto em lei propicia que as medidas de segurança possam protrair-se indefinidamente no tempo, permitindo a longa permanência de indivíduos em manicômios judiciais, em uma situação de perpétua privação da liberdade. Importa registrar que apenas em 2015, e por meio da jurisprudência, foi que se passou a fixar um prazo máximo para o cumprimento, nos termos da decisão do Superior Tribunal de Justiça (BRASIL, 2015), ínsita na Súmula 527, *in verbis*: “o tempo de duração da medida de segurança não deve ultrapassar o limite máximo da pena abstratamente cominada ao delito praticado”.

De toda sorte, uma vez aplicada, a medida de segurança vigorará por tempo indeterminado, de modo que a liberdade do indivíduo passa a estar vinculada à cessação da “periculosidade”, cujo reconhecimento demanda um exame pericial sensível que declare expressamente que ele não oferece mais riscos à convivência social.

A aplicação da medida de segurança baseada na periculosidade social (juízo que se volta para o futuro) e não na culpabilidade penal (juízo que se volta para o passado) é próprio de um direito penal perigoso e constitucionalmente temerário. Vale frisar a histórica dificuldade para se determinar com precisão o conceito de periculosidade, o qual tem sido lastreado por critérios confusos e bastante discrepantes.

Sebastián Soler (1929, p. 21) define a periculosidade como “a potência, a capacidade, a aptidão ou a idoneidade que um homem tem para converter-se em causa de ações danosas”. Conforme essa ideia, qualquer pessoa mentalmente sadia poderia ser considerada perigosa, permitindo-se a aplicação de alguma medida de natureza punitiva, típica do chamado direito penal de autor, fundado na ideia de periculosidade, cujo conceito não

vai além de sintoma de uma inferioridade biológica, psicológica ou de natureza moral. Nesse aspecto, o crime passa a ser “apenas uma lente que permite ver alguma coisa daquilo onde verdadeiramente estaria o desvalor que se encontra em uma característica do autor”. (ZAFFARONI, BATISTA *et al*, 2015, p. 131).

Percebe-se no sistema penal brasileiro, em particular desde o advento do Código Penal (BRASIL, 1940) e da Lei de Execuções Penais (BRASIL, 1984), a teoria da periculosidade a medidas de segurança aplicadas de forma generalizada a indivíduos imputáveis ou não, já que o direito penal perigoso gerou estragos que permanecem até hoje e refletem para muito além das referidas medidas. Veja-se, por exemplo, o art. 8º da Lei de Execuções Penais, o do famigerado exame criminológico, procedimento igualmente previsto para fins de concessão do livramento condicional, nos termos do art. 83, parágrafo único, do Código Penal, que exige, para o condenado por crime de natureza dolosa cometido com violência ou grave ameaça à pessoa, a constatação de “condições pessoais que façam presumir que o liberado não voltará a delinquir”. Eo mesmo Código Penal, art. 59, prevê que o magistrado, quando da fixação da pena, deverá averiguar a “personalidade do agente”.

Destarte, a teoria da periculosidade e, consequentemente, das medidas de segurança, não encontra qualquer espaço no Estado Democrático de Direito. A propósito, a Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) conferiu à culpabilidade o colorido especial de pressuposto fundamental para a imposição de quaisquer sanções penais, nos termos dos incisos XLV e LVII do art. 5º, razão pela qual a aplicação das medidas de segurança vai de encontro ao princípio constitucional (e também legal) da culpabilidade, porque são espécies de sanção penal lastreadas na periculosidade.

Tão falacioso quanto o mito da periculosidade, outra ficção jurídica presente na legislação nacional é o laudo de exame de cessação da periculosidade necessário para que o indivíduo se veja

livre da medida de segurança, nos termos do que prescreve o § 1º do artigo 97 do Código Penal. A bem da verdade, consiste em um exercício de futurologia que “continua a alcançar mulheres e homens submetidos às medidas de segurança de recolhidos aos manicômios judiciais por serem acometidos de transtornos mentais”. (CAETANO, 2018, p. 89)

Qualquer espécie de sanção penal só será legitimamente aplicada em conformidade com o direito penal do fato e desde que embasada no princípio da culpabilidade, o qual, aliás, é “o mais importante dos que derivam diretamente do estado de direito, porque sua violação implica o desconhecimento da essência do conceito de pessoa”. (ZAFFARONI, BATISTA *et al*, 2015, p. 245)

Rechaçável, assim, a ideia arbitrária de que uma pessoa seja penalizada pelo que poderá fazer e não pelo que realmente fez, não se devendo, pois, dar guarida a um conceito axiomático sem relevância teórica à luz da metodologia científica. (YAROSCHESKY, COELHO, 2013, p. 26)

Logo, se o direito penal do autor não se coaduna em hipótese alguma com o Estado Democrático de Direito, também não existe lugar para que a periculosidade seja admitida como fundamento na imposição de sanções penais, na medida em que a periculosidade resulta da análise de condições inerentes ao próprio indivíduo e não ao delito. Portanto, não há sustentação alguma as medidas de segurança no regime constitucional brasileiro, próprias do direito penal perigoso.

4. Loucura e direito penal

No contexto do Estado de Direito brasileiro, a Constituição Federal de 1988 elegeu, já no inciso III do artigo 1º, a dignidade da pessoa humana como fundamento da República Federativa,

conceito profundamente sensível e caro às sociedades cristãs ocidentais contemporâneas, resgatado pela cultura ocidental lastreada na concepção kantiana de que a pessoa deve ser considerada sempre como fim, nunca como meio, notadamente depois da Segunda Guerra Mundial, diante de toda sorte de horrores perpetrados naquele período.

Na questão da dignidade, os autores, em geral, buscam a sua raiz na autonomia do indivíduo, na capacidade de ele entender o fato e de agir conforme esse entendimento. Em outras palavras, enxergam a dignidade no fato de a pessoa ter vontade própria, estar livre para fazer ou deixar de fazer algo sem ser forçada por agentes externos. Contudo, nesse contexto, de acordo com Jacobina (2004, p. 75), a doutrina deixa de lado a discussão sobre a pessoa humana que apresenta sua capacidade de entendimento ou de determinação tolhida por forças internas.

Tratar o inimputável ou semi-imputável de forma equiparada à do imputável, a fim de lhe conferir o “devido processo legal” ou de não o considerar “culpado até o trânsito da sentença penal condenatória”, conforme determina a Constituição Federal (BRASIL, 1988) no artigo 5º, incisos LIV e LVII, respectivamente, nada tem de dignidade, na medida em que se estará a submeter ao processo penal uma pessoa que não tem a capacidade de compreender esses termos. Como verificar a culpa de alguém que é legalmente irresponsável pelos seus atos? Como garantir a personalidade (a pena não deve passar da pessoa do condenado) se, conforme o sistema penal e processual penal em prática, o louco deve ser absolvido e depois apenado?

Com vistas a afastar essa sistemática retrógrada e inconstitucional, emergiu no ordenamento jurídico brasileiro a Lei 10.216/2001 (BRASIL, 2001), mais conhecida como Lei de Reforma Psiquiátrica ou Antimanicomial, que impõe um dever de releitura quanto à execução das medidas de segurança, voltando a atenção ao novo

paradigma de reorientação do modelo de saúde mental que coloca em xeque, de uma vez por todas, o mito da periculosidade e o estigma do “louco perigoso”. Dessa maneira, o tratamento penal da loucura deixa de repetir, como preocupação única, a dimensão da segurança pública e passa a ser abordada na esfera de acolhimento da saúde pública. (CAETANO, 2018, p. 143)

4.1. Lei de reforma psiquiátrica ou antimanicomial

A Lei Federal 10.216/2001 (BRASIL, 2001) trouxe novo paradigma de cuidado para com as pessoas com transtornos mentais no Brasil e configurou um passo importante na conquista de seus direitos ao reconhecê-las como cidadãs, o que constitui um dos principais instrumentos de proteção e defesa dos direitos humanos dessas pessoas. Essa lei, que garante a oferta de um tratamento humanizado e tem como finalidade a reinserção social desses seres humanos, prevê o fechamento progressivo dos manicômios e a desinstitucionalização das pessoas acometidas de transtornos mentais, retirando-as das paredes de um hospital e reintegrando-as no âmbito da comunidade, redirecionando, portanto, o modelo assistencial em saúde mental.

Conforme Pereira (2004, p. 179), o Projeto de Lei 3.657/1989 – que originou a Lei de Reforma Psiquiátrica apresentado à Câmara dos Deputados – teve a fundamental participação do Movimento Nacional de Luta Antimanicomial, que durante sua trajetória delimitou o problema e propôs uma resolução ao reforçar a importância do enfrentamento das instituições de exclusão social e a elaboração de estratégias para garantir os direitos sociais e a própria cidadania dos loucos. (BRASIL, 1989)

Segundo a Lei de Reforma Psiquiátrica ou Antimanicomial, essas pessoas devem ser tratadas de forma digna, garantindo-lhes, entre outros direitos: o acesso ao melhor tratamento do sistema de

saúde em consonância com suas necessidades; a proteção de toda e qualquer forma de exploração e abuso; o sigilo sobre suas informações garantido; e, principalmente, o tratamento em ambiente terapêutico da forma menos invasiva possível. Há, ainda, a Resolução n.º 5 do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (BRASIL, 2004), que estabelece as diretrizes para a adequação das medidas de segurança às disposições dessa lei.

No universo de proposições e avanços levados a efeito no âmbito das políticas de saúde direcionadas à pessoa com transtorno mental, a Lei 10.216/2001 teve como foco modificar o paradigma de tratamento e garantia de direitos e proteção às pessoas com doença mental. O maior destaque foi a nomeação de que a internação em hospitais de tratamento psiquiátrico seria realizada como medida excepcional, circunscrita apenas aos casos em que outros recursos de cuidado se mostrassem insuficientes e, ainda assim, por períodos determinados. Nesses casos extraordinários, a segregação deveria englobar os serviços médicos, os de assistência social, os psicológicos, os ocupacionais e os de lazer de forma a oferecer amparo integral à pessoa com sofrimento mental. (BRASIL, 2001).

As reformulações que se estabelecem no contexto da referida lei pretendem fomentar práticas de natureza concomitantemente políticas, jurídicas, clínicas e institucionais. Por conseguinte, no lugar do abrigo institucional, a comunidade se torna o “meio privilegiado para o atendimento das necessidades sociais, de saúde e outras condições requeridas pelos sujeitos, sendo os serviços e redes de suporte de base comunitária os aparatos mais adequados para contribuir com tal finalidade”. (SILVA, CAMPOS *et al*, 2018, p. 253)

Apesar dos efeitos salutarres derivados da vigência desse marco legal forjado a partir das lutas instauradas em prol da reforma psiquiátrica, percebe-se que, passados anos da sua publicação, a eficácia ainda é em parte incipiente no que concerne

às práticas dirigidas a esses indivíduos que, além do sofrimento psíquico, apresentam-se em conflito com a lei e, por essa razão, passaram a ser englobados também nos domínios das intervenções jurídicas, sendo passíveis da consequência penal tradicional denominada medida de segurança, cuja legitimidade para aplicação ainda encontra suporte no argumento jurídico ora inconstitucional previsto no artigo 96 do Código Penal (BRASIL, 1940), que contempla a opção do internamento.

Nesses casos, em particular, o mecanismo da internação asilar persiste como a estratégia mais corriqueira, conforme atesta o relatório produzido pelo Conselho Federal de Psicologia de 2015 depois de inspeção em hospitais de custódia nos diferentes estados do país, o que confirma mas também denuncia a ineficiência desse dispositivo como método de tratamento, seja pela estrutura física, seja pela lógica que sustenta. (SILVA, CAMPOS *et al*, 2018, p. 253)

A demonstrar tal assertiva, decisões do Supremo Tribunal Federal entre abril de 2001 e janeiro de 2018 – acerca da aplicação da medida de segurança pós-advento da Lei 10.216/2001 – verificaram a permanência da medida de segurança de internação como resposta jurídica dada à pessoa em sofrimento mental considerada irresponsável pelos seus atos e que comete fato definido como crime, sem considerar as mudanças previstas pelo novo paradigma de cuidado com as pessoas acometidas de transtornos mentais. Apesar do rol de direitos firmados na Constituição e na lei, em três dos 16 casos analisados, as pessoas estavam internadas havia mais de 30 anos quando seus pleitos chegaram ao Supremo Tribunal Federal. (NETTO, NAVES, 2018, p. 199)

Esse cenário de patente afronta à Constituição Federal e de ilegalidade não pode permanecer, em face dos direitos da pessoa humana. É inadmissível que o indivíduo com transtornos mentais tenha ceifado o seu direito individual à liberdade em razão da prática decrime sem a consciência de tê-lo cometido.

4.2. Vedação absoluta à internação manicomial do louco em observância ao direito à liberdade individual

O ambiente desumano encontrado nos manicômios exige ações imediatas do poder público e da própria sociedade, porque envolve questões de saúde e de direitos de seres humanos que se encontram discriminados e esquecidos, duplamente estigmatizados como loucos e criminosos. Trata-se, pois, de uma população altamente vulnerável e muito fragilizada.

A internação desses indivíduos, inimputáveis e mantidos fechados nesses hospitais de custódia, transforma a vida de muitos deles em prisão perpétua, pois o risco de periculosidade nunca é extinto, já que o tratamento que lhes é devido não é prestado de maneira adequada pelo Estado. Isso não se coaduna com a dignidade humana, muito menos se alinha aos princípios constitucionais da Carta Magna e da Reforma Psiquiátrica promovida pela legislação infraconstitucional.

A vigência da Lei Antimanicomial passou a regular na integralidade a atenção em saúde mental no território brasileiro e, embora não tenha declarado expressamente a revogação da disciplina legal que prevê a internação psiquiátrica como medida de segurança, acabou por derogar as disposições que se tornaram incompatíveis com a novel legislação.

Os princípios inerentes à Lei de Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2001) determinam que se promova o acesso ao tratamento em saúde mental na rede pública, substitutiva ao modelo manicomial. Logo, o tratamento do indivíduo com transtorno mental deve dispensar o manicômio judiciário como lugar para esses loucos infratores, o que afasta essa prática reacionária e a substitui pela inclusão dessa população nas políticas públicas de atenção à saúde mental, sem desprezar, no entanto, a importância do tratamento jurídico na solução de cada caso.

Nesse contexto, as políticas públicas voltadas à saúde dessas pessoas devem caminhar em sentido diametralmente oposto às práticas asilares, integrando-se aos princípios constitucionais e fundamentais dos direitos humanos e às diretrizes da reforma psiquiátrica conformadas pela Lei 10.216/2001, as quais resgatam essencialmente a humanidade do portador de sofrimento mental infrator, para que a prática “corresponda à esperança que palpita em todo ser condenado de se reintegrar no sentido vivido”. (LACAN, 2003, p. 131)

A privação da liberdade dos indivíduos loucos deve ser combatida a todo custo. Não é mais possível nem concebível tolerar seu convívio com internações perpétuas fundamentadas na periculosidade presumida em função do diagnóstico de “doente mental”, ou no conceito de “incapacidade do agente” e de outros diagnósticos utilizados para estigmatizar o indivíduo como portador de um deficit permanente de humanidade.

Esse entendimento retrata a interlocução do direito com a saúde mental dentro dos parâmetros estabelecidos pela luta antimanicomial e pela reforma psiquiátrica. Em razão disso, os hospitais de custódia ou os manicômios, por força da Lei 10.216/2001, devem ser definitivamente superados para abrir espaço à rede substitutiva e à integração comunitária, orientação que deve ser efetivada, irredutivelmente, nos casos que envolvem o “louco infrator”. (BRISSET, JUNCAL, 2018, p. 456)

O direito à liberdade individual dos loucos infratores deve alinhar-se, pois, a uma proposta que seja desenhada conforme os ditames da Lei 10.216/2001 (Lei de Reforma Psiquiátrica), com a vedação absoluta da internação manicomial, extinguindo-se os hospitais de custódia e o tratamento psiquiátrico. Paralelamente, deve investir-se na rede pública desáude com a articulação dos recursos sociais necessários para o correto, devido e humanizado acolhimento desses indivíduos, desvinculando-os, assim,

completa e definitivamente de qualquer referencial de impunibilidade e periculosidade e, consequentemente, das perícias médicas para verificação da suposta cessação de periculosidade.

5. Conclusão

No Brasil, por mais de 300 anos inexistiu qualquer previsão legal em matéria penal acerca dos loucos, de forma que eles eram equiparados aos demais cidadãos no rigor e na exigência. Submetidos a formas variadas de crueldade e tratamento desumano, os mais agressivos eram confinados às prisões e às Santas Casas, até que em 1841 lhes foi destinada a primeira instituição, sob decreto de D. Pedro II, a qual, desgraçadamente, ficou popularmente conhecida como “O Palácio dos Loucos”.

De acordo com o Código Penal, o doente mental é considerado inimputável e, na hipótese de ele cometer crime, ser-lhe-á aplicada uma medida de segurança, a qual se baseia na periculosidade do indivíduo – diferentemente da pena, cujo fundamento consiste na culpabilidade. Tem-se, ainda, que a medida de segurança pode ser de caráter detentivo ou restritivo, cuja execução, de qualquer sorte, acaba sendo confinada a um hospital de custódia e a um tratamento psiquiátrico. Em outras palavras, um manicômio judiciário.

Independentemente da espécie da medida de segurança adotada, trata-se de modelo incompatível com o legítimo efeito. Anota-se que o cumprimento da medida de segurança foi fixado pela Súmula 527 do Superior Tribunal de Justiça com o prazo máximo abstrato de extensão. Com isso, inicia-se o afastamento do eterno confinamento do doente mental às entidades de custódia, demonstrativo do cenário e do rigor que ocupava a punição fundada na potencialidade de risco e não efetivamente no dano provocado.

A periculosidade, como fundamento da medida de segurança, encontra lastro em conhecimento médico, sociológico e jurídico que remonta ao final do século XIX, com as ideias da Escola Positiva, representada, principalmente, por Cesare Lombroso, Enrico Ferri e Raffaele Garofalo, a qual adotou o modelo da causalidade baseado na existência de uma deficiência nata e na amoralidade intrínseca dos indivíduos que levou à higienização, e, sobretudo, ao estigma de os doentes mentais serem necessariamente perigosos para justificar o seu isolamento, o que, de acordo com o artigo 97, § 1º, do Código Penal, pode dar-se, na prática, por tempo indeterminado.

O importante marco na luta pelos direitos das pessoas com transtornos mentais se deu com a entrada em vigor da Lei Federal 10.216/2001, que ficou conhecida como a Lei de Reforma Psiquiátrica ou Lei Antimanicomial, com a pretensão de solucionar os conflitos que orbitam a questão da medida de segurança criminal. Garantidora de humanidade durante o tratamento dos doentes mentais, busca a sua reinserção social e, principalmente, prevê a extinção progressiva dos manicômios, trazendo à prática determinadas políticas de desinternação dos acometidos pelos diversos transtornos. Embora configure uma guinada no trato desses indivíduos, sob a perspectiva da saúde mental, requer maior eficácia da lei diante das situações hodiernas.

De fato, a Lei Federal 10.216, em vigor desde abril de 2001, pretendeu modificar o paradigma do tratamento em saúde mental no Brasil. A internação foi nominalmente revista para apenas ser aplicável em caráter excepcional, e só quando outras formas de cuidado não se demonstrarem eficientes. Contudo, a aplicação da medida de segurança deve ser abolida porque, além de ilegal e inconstitucional, gera um tratamento distinto e nada igualitário entre as pessoas com transtornos mentais que cometem crimes. Para elas, a medida cabível é a segurança, não o tratamento traduzido em apartação social muitas vezes por prazo indeterminado. O caminho não pode ser outro senão a real extinção dos

grandes centros de tratamento mental, ainda sobreviventes, que violam a dignidade da pessoa humana e passam despercebidos seus direitos e garantias fundamentais.

Não obstante reconhecer a novel legislação como inovadora na seara da saúde mental das pessoas com transtornos dessa natureza, deve-se avançar a eficácia de um modelo para tratamento que privilegie a inclusão desses indivíduos indevidamente chamados de “loucos” em uma rede de apoio psicossocial em que atuem peritos psiquiátricos e uma equipe multidisciplinar voltada à desinstitucionalização, reintegrando os portadores de transtornos mentais à comunidade.

Entretanto, a mudança de paradigma decorrente da Lei de Reforma Psiquiátrica ou Lei Antimanicomial urge maior abertura da sociedade para a questão. O longo caminho para trilhar maiores oportunidades para o indivíduo é a responsabilização social pelo outro, respeitando-o em sua diferença, subjetividade e individualidade, sem submetê-lo à violência do rótulo, do estigma de perigoso que ainda persiste no seio da sociedade.

Por derradeiro, é indispensável mencionar o viés da metodologia hipotético-dedutiva da leitura e revisão de títulos bibliográficos e legislação vigente, bem como o meio lógico entre o louco e a sua liberdade individual de forma que um se incompatibiliza com o outro quando contrastados com o sistema penal de medidas de segurança, ainda mais ao submeter a análise o presente cenário sob a óptica da Lei de Reforma Psiquiátrica ou Lei Antimanicomial.

6. Referências

ARBEX, Daniela. *Holocausto brasileiro*: vida, genocídio e 60 mil mortes no maior hospício do Brasil. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

BRASIL. *Código Criminal do Império do Brasil*. Publicado em 16 dez. 1830. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lim/lim-16-12-1830.htm>. Acesso em 24.1.2023.

BRASIL. *Constituição Política do Império do Brasil*. Outorgada em 25 mar. 1824. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao24.htm>. Acesso em: 24.1.2023.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. *Seminário –Judiciário, sistema penal e sistema socioeducativo: questões estruturais e mudanças necessárias*, em 3 e 4 mar. 2012. Disponível em: <<https://www.cnj.jus.br/seminario-apresenta-diagnostico-dos-hospitais-de-custodia-no-pais/>>. Acesso em: 27.12.2022.

BRASIL. Decreto-lei 2.848, 7 dez. 1940. Código Penal. *Diário Oficial da União*, Brasília, 31 dez. 1940. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848.htm>. Acesso em: 27.12.2022.

BRASIL. Decreto 82, 18 jul. 1841. *Fundando um Hospital destinado privativamente para tratamento de Alienados, com a denominação de Hospício de Pedro Segundo* (grafia original). Disponível em: <<https://legis.senado.leg.br/norma/385725/publicacao/15742236>>. Acesso em: 12.1.2023.

BRASIL. Lei 7.209, 11 jul. 1984. Altera dispositivos do Decreto-Lei 2.848, 7 dez. 1940 – Código Penal, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1980-1988/17209.htm>. Acesso em: 12.1.2023.

BRASIL. Lei 10.216, 6 abr. 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da União*, Brasília, 9 abr. 2001. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/10216.htm>. Acesso em: 12.1.2023.

BRASIL. Lei 7.210, 11 jul. 1984. Institui a Lei de Execução Penal. *Diário Oficial da União*, Brasília, 13 jul. 1984. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/1980-1988/L7209.htm>. Acesso em: 12.1.2023.

BRASIL. Projeto de Lei 3.657, 12 set. 1989. Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória. Disponível em: <<http://imagem.camara.gov.br/Imagem/d/pdf/DCD29SET1989.pdf#page=30>>. Acesso em: 23.12.2022.

BRASIL. Resolução n.º 5, 4 maio 2004. Dispõe a respeito das Diretrizes para o cumprimento das Medidas de Segurança, adequando-as à previsão contida na Lei 10.216 de 6 abr. 2001. Disponível em: <<https://www.gov.br/depem/pt-r/composicao/cnpec/resolucoes/2004/resolucao05de04demaio2004.pdf>>. Acesso em: 23.12.2022.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Súmula 527. *Diário da Justiça Eletrônico*, 18 de maio de 2015. Disponível em: <<https://scon.stj.jus.br/SCON/sumulas/doc.jsp?livre=@num=%27527%27>>. Acesso em: 17.12.2022.

BRISSET, Fernanda Otoni de Barros; JUNCAL, Regina Geni Amorim. O que diriam os “loucos”? *Revista Brasileira de Ciências Criminais*, São Paulo, n.º 144, junho, 2018.

CORREIA, Ludmila Cerqueira; SOUSA JUNIOR, José Geraldo de. O Movimento Antimanicomial como sujeito coletivo de direito. *Revista Direito e Práxis*, Rio de Janeiro, v. 11, n.º 3, 2020.

DOTTI, René Ariel. *Curso de direito penal* – parte geral. Rio de Janeiro: Forense, 2002.

ELIA, Francisco Carlos da Fonseca. *Doença mental e cidade: o hospício de Pedro II*. Rio de Janeiro: Fundação Casa de Rui Barbosa. Ministério da Cultura, 1996.

FOCAULT, Michel. A história da loucura. 11 ed., São Paulo: Editora Perspectiva, 2019.

GALVÃO, Fernando; GRECO, Rogério. *Estrutura jurídica do crime*. Belo Horizonte: Mandamentos, 1999.

HAROLDO, Caetano. *Loucura e direito penal: pistas para a extinção dos manicômios judiciais*. Tese de doutorado em Psicologia – Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2018.

HESPAHNA, Antônio Manuel. *Às Vésperas do Leviatã*: instituições e poder político Portugal – Sec. XVII. Coimbra: Almedina, 1994.

JACOBINA, Paulo Vasconcelos. Direito penal da loucura: medidas de segurança e reforma psiquiátrica. *Revista de Direito Sanitário*, São Paulo, vol. 5, n.º 1, março, 2004.

LACAN, Jacques. *Outros escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2003.

MALCHER, Farah de Sousa. Crime e loucura: a exclusão do louco infrator pelo dispositivo jurídico. *Revista Brasileira de Ciências Criminais*, São Paulo, n.º 144, junho, 2018.

MOREIRA, Juliano. Memórias do Dr. Juliano Moreira. *Archivos Brasileiros de Psiquiatria*, n.º 1, 1907, apud ELIA, Francisco Carlos da Fonseca. *Doença mental e cidade*: o hospício de Pedro II. Rio de Janeiro: Fundação Casa de Rui Barbosa. Ministério da Cultura, 1996.

NETTO, MenElick de Carvalho; NAVES, Letícia. A punição da loucura: as decisões do Supremo Tribunal Federal após a Lei da Reforma Psiquiátrica. *Revista Brasileira de Ciências Criminais*, São Paulo, n.º 144, junho, 2018.

PEREIRA, Rosemary Corrêa. *Políticas de saúde mental no Brasil*: o processo de formulação da lei de reforma psiquiátrica (10.216/01). Tese de doutorado em Ciências na área de Saúde Pública – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004.

PIERANGELLI, José Henrique. *Códigos penais do Brasil*: evolução histórica. Bauru: Javoli, 1980.

PORTUGAL. Ordenações Filipinas. Portugal, 11 de janeiro de 1603. Disponível em: [<http://www1.ci.uc.pt/ihit/proj/filipinas/ordenacoes.htm>]. Acesso em: 24.1.2023.

SILVA, Aline Reis da; CAMPOS, Bruno da Silva *et al.* Do silenciamento e segregação à responsabilidade: por um tratamento renovado para o psicótico em conflito com a lei. *Revista Brasileira de Ciências Criminais*, São Paulo, n.º 144, junho, 2018.

SILVA, Carine Neves Alves da. *Colônia de Alienados de Engenho de Dentro (1911- 1932)*. XXIX Congresso Nacional de História. Brasília, 2017.

SOLER, Sebastián. *Exposición y crítica de la teoría del estado peligroso*. Buenos Aires: Valerio Abeledo Editor, 1929.

TAVORALO, Douglas. *A casa do delírio: reportagem no Manicômio Judiciário de Franco Rocha*. 2. ed. São Paulo: Senac, 2003.

TRÍPOLI, César. *História do Direito Brasileiro (Ensaio)*. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1936.

VASCONCELOS, Vinicius Carvalho de. *A dinâmica do trabalho em Saúde Mental*: limites e possibilidades na contemporaneidade e no contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Dissertação mestrado em Saúde Pública – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz), Rio de Janeiro, 2008.

YAROCHEWSKY, Leonardo Isaac; COELHO, Thalita da Silva. Periculosidade criminal: conceito, tratamento e consequências. *Percursos Acadêmicos*, Belo Horizonte, v. 3, n.º 5, janeiro a junho, 2013.

ZAFFARONI, Eugênio Raúl; BATISTA, Nilo *et al.* *Direito penal brasileiro I*. Rio de Janeiro: Revan, 2015.

Artigo recebido em 19/06/2023.

Artigo aprovado em 27/06/2023.

DOI: 10.59303/dejure.v22i40.503