

TRANSTORNO MENTAL E A LEI: a relação entre a loucura e a criminalidade no Direito Penal brasileiro¹

Fernanda Feitosa de Oliveira²
Profa. Clarissa Nezi Vezon³

RESUMO

Vivenciamos uma incoerência no modo de tratar e conhecer a loucura na área do Direito. A partir disso, verificou-se a importância de buscar uma discussão sobre a reestruturação e coerência pertinentes ao assunto. Partindo desse conhecimento, resgataremos brevemente o contexto histórico sobre a loucura, os hospícios e manicômios judiciais, situando-nos na problemática do tratamento dado ao indivíduo portador de transtorno mental. Deste modo, este estudo objetiva analisar a relação entre a loucura e a criminalidade no Direito Penal brasileiro. Para tanto, pretende-se discutir os conceitos que sustentam o doente mental criminoso em seu lugar de imprecisão: inimputabilidade, responsabilidade, periculosidade e medida de segurança. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, a qual consiste em procurar explicar um problema a partir de referências teóricas publicadas em artigos, livros, dissertações e teses.

Palavras-chave: Transtorno mental. Inimputabilidade. Criminalidade.

1 INTRODUÇÃO

A ciência tem como finalidade compreender e transformar o comportamento dos indivíduos. No campo da saúde mental, o comportamento individual ou desviante é cada vez mais frequentemente entendido nos termos de uma indicação psicológica. Apesar de tal indicação, faz-se ainda uma clara e imediata avaliação

¹ Artigo apresentado como trabalho de conclusão de especialização, submetido ao Centro Universitário do Rio Grande do Norte como requisito para obtenção de nota final do curso de especialização em Avaliação Psicológica, sob a orientação da Profa. Clarissa Nezi Vezon.

² Pós-graduanda do curso de Avaliação Psicológica. E-mail: fernandapsico1992@gmail.com

³ Professora orientadora, mestre em Psicologia (UFRN) e docente do curso de Pós-graduação do Centro Universitário do Estado do Rio Grande do Norte. E-mail: clarenzon@hotmail.com.

moral das condutas realizadas por indivíduos julgados mentalmente sadios, mas isenta-se desse tipo de avaliação moral indivíduos considerados loucos ou alienados.

No contexto criminal, pode-se ver claramente esse tipo de avaliação moral em sujeitos considerados doentes, relacionando suas atitudes a atos de violência, as quais são vistas como consequências da delinquência. Dessa forma, surge uma questão a indagar: qual seria a relação entre a loucura e a criminalidade no Direito Penal brasileiro? Autores como Fry (1985), Carrara (1998) e Corrêa (1998), já discutiam tal relação, pontuando que a loucura e a criminalidade, bem como a formação de instituições de controle e regeneração, fazem parte do cenário de discussões teóricas e implementações políticas (CARRARA, 1998).

O termo *loucura* está se transformando, com o passar do tempo, em uma espécie de incerteza, o qual está sendo esquecido e afastado das discussões científicas, filosóficas e jurídicas. Tornou-se uma mera palavra que, nos dias atuais, é pouco utilizada, pois a mesma entrou no inventário daquelas politicamente incorretas, deixando de ser pronunciada para então se distanciar da definição da normalidade/razão. Hoje, utilizam-se termos mais precisos, como doença mental, transtorno mental, saúde mental ou outros de igual sentido (CARRARA, 1998).

De acordo com Basaglia (2005), o doente mental era a figura que deveria ser mantida à distância, para que não perturbasse o cotidiano e a ordem da sociedade. A necessidade de isolar o doente mental também resulta do fato de que a sociedade busca a eliminação do que limita sua expansão. Além disso, a doença mental é vista como um problema social que necessita ser resolvido “fora” da sociedade, uma vez que o doente mental significa uma ameaça à ordem social.

Acompanhar o processo de interpretação e o tratamento dos portadores de transtornos mentais faz-se necessário, pois, ao longo do tempo, o entendimento do papel do indivíduo considerado “louco” vem passando por grandes alterações, seja no meio social, científico ou jurídico, admitindo uma variação de significados. Na atual circunstância brasileira, a área da saúde mental tem sido alvo de diversos debates acerca da Reforma Psiquiátrica e do novo modo de tratamento de indivíduos mentalmente doentes, cujos objetivos visam possibilitar que esses sujeitos possam voltar ao convívio social.

O processo de desinstitucionalização é um dos novos instrumentos de tratamento, o qual busca aprimorar esta nova construção de saúde mental. Esses

novos modelos de tratamento propõem transformações culturais, sociais, políticas e de saúde para o indivíduo; as novas orientações consistem em um *modus operandi* no qual há a possibilidade de desconstruir o modelo institucional e com isso poder cessar seu agir. Tal processo permite construir práticas inovadoras e integrativas aos portadores de doença mental, assegurando a criação de programas de saúde mental voltados para a qualificação, a compreensão e o fortalecimento da rede extra-hospitalar.

Nesse sentido, para além do processo de desinstitucionalização, surgem as discussões sobre o lugar do indivíduo portador de transtorno mental no campo do Direito, as quais levantam a questão da inimputabilidade. O Art. 26 do Código Penal isenta de pena o indivíduo que pratica ato típico e ilícito quando, no momento da ação/omissão delitiva, for considerado portador de doença mental ou possua desenvolvimento mental incompleto (menoridade ou retardado), tal medida o torna completamente incapaz de compreender a ilicitude de sua conduta ou de determinar-se de acordo com ela.

Dessa forma, para ser inimputável, o indivíduo necessita estar para além do estado de incapacidade mental, ou seja, ele está no estado mental incompleto ou retardado. Existe também a omissão no momento do delito, de acordo com o transtorno do sujeito criminoso, ou ainda a inabilidade de compreender o feito criminoso, situação em que o indivíduo não compreende o que está fazendo por estar sob o efeito da enfermidade.

Partindo dessa premissa crime-inimputabilidade, este estudo objetiva analisar a relação entre a loucura e a criminalidade no Direito Penal brasileiro. Para tanto, pretende-se discutir os conceitos que sustentam o doente mental criminoso em seu lugar de imprecisão: inimputabilidade, responsabilidade, periculosidade e medida de segurança. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica que consiste em procurar explicar um problema a partir de referências teóricas publicadas em artigos, livros, dissertações e teses.

2 BREVE HISTÓRICO DA LOUCURA

A doença mental não é muito recente, visto que já é acompanhada há mais de 2.500 (dois mil e quinhentos) anos, desde afundação da ciência médica com Hipócrates. Os que hoje são denominados “loucos”, antes tiveram muitos nomes,

desde a época em que a loucura ficou conhecida como a “doença sagrada” e os ditos “loucos”, conhecidos furiosos da época hipocrática (BARROS-BRISSET, 2012).

Durante a Idade Clássica é instituído o lugar da pessoa em estado de sofrimento mental. De acordo com Isabel (2012), o lugar corresponderia a um não-lugar, ou seja, a uma discriminação na qual se traduz no afastamento social do indivíduo portador de transtorno mental.

O sujeito enlouquecido que passa a ter o seu rosto objetificado no campo social, tendo por base justamente uma certa ideia de incompletude – que inclusive se pode chamar doença, mas não apenas – que nos leva a buscar não somente a expressão de uma lógica médica de sinais e sintomas, tratamento e cura; ou jurídica, de periculosidade e tutela, exclusão e clausura. (ALARCON, 2000, p. 25-40. p. 26-27).

No período da Idade Média, a loucura é interpretada e nomeada de diversas maneiras, muitas vezes sendo comparada a um modelo místico-religioso ou a manifestações demoníacas, cujas alternativas de cura desses enfermos seriam cerimônias, orações ou cultos que culminavam em rituais de exorcismos. Durante a mesma época, mais precisamente no seu final, por volta do século XVII, a loucura veio substituir a lepra. A lepra remove-se e deixa sem serventia esses lugares obscuros, que se encarregam de mantê-la a uma distância sacramentada (FOUCAULT, 2004).

Segundo Barros-Brisset (2012), no momento que sucedeu o pensamento escolástico, alguns seres humanos passaram a ser considerados *santos* ou *pecadores*, conforme as visões de cada época. O que hoje denominamos de “alucinações” poderiam ser consideradas como uma manifestação da graça de Deus ou como a ausência dela; um desvio e, portanto, um pecado.

Na Renascença, quem foi concebido como santo ou pecador, agora seria considerado como artista, tolo, vagabundo ou alienado. Hoje, o termo *loucura* é compreendido e nomeado como *os loucos de todo gênero*, termo criado durante o final do século XVIII (BARROS-BRISSET, 2012).

A sociedade postulou que os indivíduos que saíssem da “norma”, estariam classificados como “anormais”. Quem não seguisse tal conduta, seria entendido como um indivíduo que possuía comportamento desviante, logo, precisaria ser retirado do convívio social.

Esse ideal de homem, que na prática das instituições reguladoras mostrou-se às avessas, gerou a resposta epistêmica de designar aquele homem, transgressor das normas impostas, como um anormal, ou seja, um ser fora da norma (BARROS-BRISSET, 2012).

A partir dessa normatização de conduta é que se estabeleceu o vínculo entre o portador de transtorno mental e as instituições de controle (manicômios), já que os mesmos eram vistos como seres desviantes das normas, um mal que deveria ser aprisionado e removido do convívio dos “normais”.

Paralela à questão da doença mental, a reforma psiquiátrica surge como um pedido de socorro desses indivíduos acometidos pela doença e que se vêem esquecidos pela sociedade; por não se enquadrarem nas normas estabelecidas pelo Estado, que se autoproclama Estado Democrático de Direito, regido na Dignidade Humana, mas que somente classifica e estigmatiza quem não se enquadra em suas normas.

Assim, o entendimento de reforma psiquiátrica passa inicialmente por um momento de divulgação e conscientização de novas ideias acerca do problema do tratamento do transtorno mental, criando a necessidade do reconhecimento de que o processo de hospitalização (manicômio e hospício) era um modelo que não dava conta das doenças psiquiátricas. Portanto, fez-se inevitável a constituição de uma nova mentalidade e um novo modelo em que se conduzisse um tratamento mais humano, dentro da convivência social, tendo como base a construção de um ambiente que envolva qualidade do atendimento nas instituições de saúde da comunidade.

Considera-se como marco da mudança ao tratamento do transtorno mental no Brasil o final da década de 70, com uma consolidação nos anos 80. Um processo que viabilizou novos rumos e conduziu o meio psiquiátrico a buscar alternativas e encaminhamentos para melhoria das pessoas que apresentavam diferenças comportamentais na sociedade. A condução requeria a tarefa de acabar com o isolamento, com a segregação, com os internamentos desumanos, com a visão de incapacidade de convivência em sociedade. (BRASIL, 2005).

Para esta mudança, necessitou-se uma reforma intensa, com reformulação de modelos, de legislação, de preparação de profissionais, inserção dos transtornos mentais na perspectiva dos projetos e programas relacionados à saúde pública, como forma de adoção de uma nova visão do tratamento mais humano. Dessa

forma, reconhece-se um divisor de mentalidade da psiquiatria no Brasil que continua em plena ação para possibilitar um atendimento humanizado e condizente com a necessidade e a garantia da dignidade dessas pessoas.

Essa nova concepção legal aproxima a dignidade humana dos protocolos de tratamento dos portadores de transtorno mental, contribuindo para desconstruir a estigmatização do indivíduo com transtorno mental e abolir o binômio “normal versus anormal” preconizado por *Canguilhem*. (CORREIA JUNIOR; VENTURA, 2007, p.15)

A construção de um ponto de vista quanto aos tratamentos dos portadores de transtorno mental, de modo que garanta a convivência social, a compreensão dos indivíduos, o respeito e o atendimento adequado nas unidades de saúde, insere estas pessoas em todos os ambientes como cidadãos que dispõem de todos os direitos e capacidade de gozar de uma vida espontânea com todas as especificidades que seu meio possa permitir.

Nesse processo, é importante destacar a desinstitucionalização, que permitiu a inclusão de uma política sólida e que possibilitou o desenvolvimento de um aparato dentro do país capaz de envolver a sociedade em várias instâncias, de modo que pudesse atender os portadores de transtornos mentais (BRASIL, 2005).

Tanto no campo social como no político e jurídico, vê-se uma mudança significativa, estabelecendo-se instituições e garantias legais que determinam uma estrutura de atendimento às necessidades desse público. A criação dos Centros de Atendimento Psicossocial (CAPS) é exemplo do desenvolvimento dessa nova construção da história da psiquiatria brasileira.

É fato que o cenário psiquiátrico brasileiro vem mudando a olhos vistos. Os mais de mil Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) espalhados pelo país vêm modificando fortemente a estrutura da assistência à saúde mental. A rede composta por este tipo de equipamento vem substituindo progressivamente o modelo hospitalocêntrico e manicomial, de características excludentes, opressivas e reducionistas. Em seu lugar vem sendo construído um sistema de assistência orientado pelos princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (universalidade, equidade e integralidade), acrescido da proposta de *desinstitucionalização*. (BEZERRA JUNIOR, 2007, p.1)

É, sem dúvida, uma ruptura que se estabelece pelo posicionamento de, por um lado, agir em desfavor ao internamento que exclui e oprime e, por outro, permitir a construção de condições que possam fazer com que o tratamento seja oferecido

na forma mais correta, segundo uma nova visão, com um conjunto de providências que possam proporcioná-lo.

Para que isso pudesse ocorrer, necessitou-se de um percurso que pode ser entendido, conforme o documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas, pelas seguintes etapas: i) Histórico da Reforma: crítica do modelo hospitalocêntrico (1978-1991); ii) Histórico da Reforma: começa a implantação da rede extra-hospitalar (1992-2000); iii) A Reforma Psiquiátrica depois da lei Nacional (2001-2005).

No primeiro momento, ocorre o movimento de crítica ao modelo de tratamento psiquiátrico no Brasil, envolvendo a sociedade, principalmente os mais próximos à temática. Cobra-se o respeito ao paciente psiquiátrico e denuncia-se a “violência dos manicômios, da mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede privada de assistência”. (BRASIL, 2005, p. 07). Além disso, a crítica contra o modelo hospitalocêntrico é intensificada, conduzindo a um debate que se organizou e possibilitou a realização do II Congresso Nacional do MTSM (Bauru, SP), em 1987, com o lema. *Por uma sociedade sem manicômios*, e da I Conferência Nacional de Saúde Mental, no Rio de Janeiro. Surgiram, assim, os primeiros frutos de melhoria no manejo em relação ao transtorno mental. Foram criados os primeiros CAPS e NAPS, as primeiras experiências de mudanças são implantadas no país, e as primeiras mudanças na legislação são estabelecidas, inclusive com direitos aprovados na Constituição Federal de 1988.

O segundo período de reestruturação da saúde mental no Brasil caracteriza-se por uma continuidade do primeiro. São aprovadas nos estados as leis que permitem a progressiva substituição dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental. O Brasil firma acordo e começa a delinear uma política que demonstra organização e vontade de conduzir as transformações necessárias para o novo momento da psiquiatria. São criadas entidades para dar conta das novas demandas e há a expansão dos CAPS e NAPS, embora de forma descontínua. É realizada a II Conferência Nacional de Saúde Mental, demonstrando que não havia mais espaço para volta, pois os debates e as decisões estavam em pleno desenvolvimento.

No terceiro momento, o processo de mudança tem como principal fomentador a aprovação da Lei nº 10.216, que possibilitou o “oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária” e “dispõe sobre a proteção e os

direitos das pessoas com transtornos mentais” (BRASIL, 2005, p. 08), impulsionando a Reforma Psiquiátrica no Brasil. Mesmo assim, a lei não trouxe todos os instrumentos necessários para a mudança esperada, deixando a desejar no tocante à progressiva extinção dos manicômios.

Porém, é nesta etapa que se configura uma proposta mais compatível com uma realidade desejável para o quadro dos transtornos mentais no país. Abre-se caminho para a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental e a política de saúde mental do Governo Federal alinha-se com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica. São criados também mecanismos para o financiamento, fiscalização, gestão e redução programada para os leitos psiquiátricos, bem como novos meios de implantação de tratamentos fora de hospitais, possibilitando a concretização da Reforma Psiquiátrica no país.

É também neste momento que se realiza o Primeiro Congresso Brasileiro de Centros de Atenção Psicossocial, reunindo trabalhadores e usuários de serviços de atendimento, consolidando a necessidade de um atendimento nas bases da saúde social, diante das novas condições apresentadas na conjuntura que se formou para a saúde da população portadora de transtornos mentais.

Assim, estabelece-se a configuração de um atendimento para o transtorno mental no país, fruto de uma luta de décadas, constituindo uma realidade em que traz mais dignidade e inclusão social desta parcela da população do Brasil.

3 INSTITUIÇÕES DE CONTROLE: hospícios e manicômios judiciais

De acordo com Viana (2012), as primeiras instituições psiquiátricas do Brasil passaram a existir meio a uma situação de valorização social da “proteção à ordem” e da “paz social”. Os loucos quase sempre eram considerados levas de vadios e desordeiros, que eram retirados das ruas como um ato de repressão à desordem, à mendicância, à ociosidade.

Durante o século XVII, ao adotar esse sistema de ideias sobre a crescente forma de exclusão e tratamento de exceção aos loucos, surgem os hospícios que, com base na sombra do tratamento e cura de uma patologia, limitavam a subjetividade do sujeito. No século seguinte (XVIII), surge um dualismo de exclusão: de um lado, as instituições manicomiais, cujo tratamento é a cura de uma patologia; de outro, os manicômios judiciais, cujo tratamento é a restrição e punição. Os dois

seriam a forma para a qual a sociedade criou como resposta a sua necessidade de distanciamento dos considerados “loucos” (ZILBOORG, 1945).

Segundo Carrara (2010), os manicômios judiciais são instituições complexas que conseguem articular duas das realidades mais deprimentes das sociedades modernas – o asilo de alienados e a prisão, e dois dos fantasmas mais trágicos que “perseguem” a todos: o criminoso e o louco.

No manicômio serão aplicados, concretamente, aqueles poderes institucionais voltados à disciplina e ao controle social dos sujeitos perigosos: nos futuros manicômios, os saberes não permanecerão teorias abstratas, mas irão tornar-se técnicas aplicadas ao real exercício do poder disciplinar por parte da psiquiatria (FOUCAULT, 2006).

O primeiro asilo brasileiro para doentes mentais foi inaugurado em 1852, o Hospício D. Pedro II, no Rio de Janeiro. O lugar era entendido pelos juizes como um ambiente para onde eles poderiam encaminhar os doentes mentais criminosos. Em 1921, foi criado o primeiro Manicômio Judiciário no estado do Rio de Janeiro, o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Heitor Carrilho, lugar onde foi designado um departamento especial para abrigar os “loucos infratores”, o qual foi nomeado de “Seção Lombroso”, em homenagem ao psiquiatra e antropólogo criminal italiano César Lombroso, conhecido pelo seu estudo em que assegura que alguns sujeitos denominados “criminosos natos” nasceriam com uma marcada tendência para o mal (VIANA, 2012).

Ainda de acordo com Viana (2012), o Decreto nº 132 de 23 de dezembro de 1903, determina a internação dos doentes mentais criminosos, mas proíbe o seu mantimento em prisões públicas ou entre criminosos. Em consequência desse decreto, foram instituídas no Hospício D. Pedro II enfermarias destinadas à internação de pessoas em sofrimento mental.

É em instituições como essa que é designado o lugar dos indivíduos que porventura sofrem de alguma doença ou distúrbio psíquico, e que em determinado momento cometem um crime ou delito, sendo, assim, considerados penalmente irresponsáveis.

Nesta condição de inimputabilidade há pouca perspectiva de recuperação, uma vez que o tratamento, além de ser de restrição, não é individualizante, muitas vezes é desumano, tendendo a piorar o quadro psicológico do indivíduo e impossibilitando sua volta ao convívio em sociedade.

Nesse sentido, esses indivíduos inimputáveis necessitam de avaliação pericial para uma progressão ou não da sua medida de segurança. Esta se caracteriza como a medida que é aplicada ao sujeito acometido por doença mental, visto que o mesmo será submetido a internação ou tratamento ambulatorial visando sua cura.

O Código Penal de 1940 denota que a medida de segurança surgiria como uma necessidade jurídica para reprimir e também para prevenir o ato infracional, por meio da verificação de periculosidade do sujeito infrator da lei.

Este Código coloca que o conceito de periculosidade restringe os indivíduos que infringem a lei e que são considerados doentes mentais, já que tais sujeitos não possuem discernimentos de seus atos, ou seja, são considerados irresponsáveis pelas suas condutas. Mas serão considerados perigosos os semi-imputáveis e estarão sujeitos à medida de segurança (COHEN, 2006).

4 A DOENÇA MENTAL NO CAMPO DO DIREITO: exclusão e clausura

A sociedade do conhecimento, conduzida atualmente pelo desenvolvimento de grandes descobertas e avanço da tecnologia, traz em si também um sem número de problemas à vida psicológica do ser humano. Dessa forma, é preciso que se atente para a compreensão dos transtornos mentais, que se busque o diagnóstico e o tratamento adequado, deixando o paciente com capacidade de vivenciar experiências cujas condições ofertadas possam estimular, através das pessoas envolvidas, melhores perspectivas e desenvolvimento da vida.

Fala-se aqui da atitude que se deve ter junto ao portador de transtorno mental, desde a apresentação dos mais leves sintomas aos mais problemáticos. É necessário o respeito e a condução com práticas que ofereçam uma vida normal para esse ser humano.

Ao longo da história, não se desprezam as conquistas, mas é necessário garantir a todos o acesso a essas conquistas e às melhorias que a Reforma Psiquiátrica buscou e que continua implantando: um atendimento mais humano, a convivência nos meios familiares e os serviços de apoio, chegando, principalmente, ao direito de uma vida social sem restrição.

Se considerarmos a incapacidade de compreensão e a intolerância por que passou o portador de transtorno, chega-se à grande injustiça e ao absurdo de levá-lo

à morte ou ao exílio total em condições impensáveis. Como retratado no texto publicado pela PUCPR em razão do dia Mundial da Saúde.

Na Europa, durante a Inquisição, muitos doentes mentais foram acusados de bruxaria, de estarem "possuídos pelo demônio" e foram queimados em fogueiras nas praças públicas. Até 1801, quando o médico francês Henri Pinel libertou os loucos, estes ficavam acorrentados em prisões ou porões de castelos, como se fossem criminosos perigosos e só a partir de Pinel, a loucura passou a ser considerada uma doença, mas mesmo assim, durante todo o século XIX e na primeira metade do século XX os recursos que se dispunham para cuidar dos problemas mentais eram poucos e ineficazes e o tratamento continuava sendo inadequado, internando-se os pacientes em manicômios (hospitais para loucos) e asilos, onde permaneciam por longos períodos ou mesmo até o fim da vida. (TRANSTORNOS... 2001, p.2)

Percebe-se o quanto é importante estabelecer um olhar crítico, com todo o cuidado e conhecimento para o transtorno mental na sociedade atualmente. Não se pode cometer erros que venham a comprometer a vida destas pessoas, sabendo-se que há como dar-lhes melhores condições de convivência dentro das atividades do seu cotidiano.

Embora se possa dizer que a ciência tenha chegado ao meio especializado e que há um esforço para uma inserção do portador de transtornos mentais na sociedade, para que ele desempenhe uma vida normal, o preconceito ainda existe e prejudica o andamento de uma forma mais justa de tratamento e de ajuda a estas pessoas. A sociedade em geral, sem o conhecimento adequado, faz com que “a grande maioria sofra silenciosamente com sua doença e também com a exclusão social que a doença provoca. A exclusão é resultado dos estigmas e preconceitos contra a doença mental”. (PUCPR, 2001, p. 01).

É necessário um acompanhamento específico, técnico e maior esclarecimento à população para que não só o meio médico, como os demais profissionais atuantes neste contexto sejam capazes de compreender a complexidade do problema, podendo todos atuarem como agentes para conduzir os portadores de transtornos mentais a passarem pela vida sem “condenações” injustas. As dificuldades em relação aos transtornos mentais são enormes e a sociedade atual as carrega em várias vertentes e em vários níveis. O diagnóstico e o tratamento adequado são imprescindíveis para não agravar as situações que podem ocorrer tanto em crianças, como em adolescentes e adultos. De acordo com Araújo e Lotufo Neto (2014), a classificação americana em relação ao transtorno mental

passou por uma revisão, dando origem ao DSM-5, o qual considera as vantagens que se podem ter com o diagnóstico.

Conforme esta nova classificação, os transtornos se dividem em Transtornos do Neurodesenvolvimento; Espectro da Esquizofrenia e outros Transtornos Psicóticos; Transtornos Depressivos; Transtorno Bipolar e Outros Transtornos Relacionados; Transtornos de Ansiedade; Transtorno Obsessivo-Compulsivo e Outros Transtornos Relacionados; Trauma e Transtornos Relacionados ao Estresse; Transtornos Dissociativos; Sintomas Somáticos e Outros Transtornos Relacionados; Alimentação e Transtornos Alimentares; Disfunções Sexuais; Transtornos Parafílicos; Disforia de Gênero; Transtornos Relacionados a Substâncias e Adição; Transtornos Neurocognitivos e Transtornos de Personalidade.

A condução de novos horizontes, em se tratando das doenças relacionadas à mente humana, traz a capacidade de melhor inserir os pacientes na sociedade, sem problemas para estes e para aqueles que têm convivência com eles, apropriando-se dos meios de desenvolvimento de novos conhecimentos que promoverão a condução do portador de transtorno mental ao papel cidadão que lhe é de direito.

Quando se relaciona o transtorno mental a justiça, consta-se que há mais de dois séculos a loucura e o crime são produtos de um processo no qual se comprometeram médicos, juristas e diversos profissionais, determinando que exista uma diferença entre as transgressões realizadas por indivíduos “loucos” – que não possuem controle nem consciência de seus atos – e por indivíduos considerados “normais” – que teriam controle e entendimento de suas ações e de seu caráter delinquente ou desviante (CARRARA, 2010).

Segundo Cohen (1996), é sabido que o problema relacionado às transgressões às leis é algo complexo, o crime não é consequência da doença mental, esta está atrelada à inabilidade do indivíduo em compreender as regras morais, que são imprescindíveis para o convívio social.

Em 16 de dezembro de 1830, foi sancionado o primeiro Código Penal do Brasil, pelo Imperador D. Pedro I, o qual dizia no seu Art. 10: “[...] não se julgarão criminosos: [...] § 2º Os loucos de todo gênero, salvo se tiverem lúcidos intervalos e neles cometerem o crime”. Ainda de acordo com o mesmo Código, no Art. 12: “Os loucos que tiverem cometido crimes serão recolhidos às casas para eles destinadas, ou entregues às suas famílias, como ao juiz parecer mais conveniente”.

No Código Penal da República (CPR), nomeado como *Código Penal dos Estados Unidos do Brasil*, em 1890, fica determinado o cuidado com a inimputabilidade nos casos de portadores de transtorno mental, descrito no Livro I, Título III no Art. 27, § 3º, § 4º e § 7º, onde se estabelece que não deva ser considerados criminosos os absolutamente incapazes por imbecilidade nativa ou enfraquecimento senil, os indivíduos em privação de sentidos ou inteligência quando da realização do ato criminoso.

O Código de Piragibe coloca que os condenados insanos, bem como os insanos delinquentes, somente poderiam continuar em asilos públicos em pavilhões reservados especialmente a eles, e em locais onde ainda existirem manicômios criminais.

O Código Penal de 1940, com algumas mudanças introduzidas em 1984, determina aos doentes mentais infratores que:

Art. 96: As mudanças de segurança são: I. Internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou, à falta, em outro estabelecimento adequado; II. Sujeição a tratamento ambulatorial. Parágrafo único – Extinção a punibilidade, não se impõe medida de segurança nem subsiste a que tenha sido imposta.

Art. 97: Se o agente for inimputável, o juiz determinará sua internação. Se, todavia, o fato previsto como crime for punível com detenção, poderá o juiz submetê-lo a tratamento ambulatorial.

§ 1º: A internação ou tratamento ambulatorial será por tempo indeterminado, perdurando enquanto não for averiguada, mediante perícia médica, a cassação de periculosidade. O prazo mínimo deverá ser de 1 (um) a 3 (três) anos.

§ 2º: A perícia médica realizar-se ao termo do prazo mínimo fixado e deverá ser repetida de ano em ano, ou a qualquer tempo, se o determinar o juiz da execução.

§ 3º: A desinternação ou liberação será sempre condicional, devendo ser restabelecida a situação anterior se o agente antes de decorrido 1 (um) ano praticar fato indicativo de persistência de sua periculosidade.

§ 4º: Em qualquer fase do tratamento ambulatorial, poderá o juiz determinar a internação do agente, se essa providência for necessária para fins curativos. (BRASIL, 1984).

A medida de segurança surge como resposta criminal sancionatória ao conjunto de infratores que não possui a capacidade de censurabilidade. A mesma é gerida pelo Direito Penal, que se fundamenta no conceito de periculosidade e é também submissa a um processo de probabilidade. Essa probabilidade refere-se ao caso em que um sujeito pode vir a delinquir e dará direito ao Estado de utilizar o seu *ius puniendi*, ou seja, privar o indivíduo de sua liberdade, submetendo a internação

do mesmo para tratamento e sua liberdade somente será concedida se o mesmo obtiver a cura (COLOMBO, 2008).

Segundo Almeida (2006), o Código Penal de 1940 dispõe que a legislação brasileira passa a reconhecer a nova sanção penal – medida de segurança, que é entendida como o fundamento da pena. A mesma busca reduzir os impactos decorrentes dos sujeitos acometidos por doença mental e que são transgressores da lei, dando-lhe maior ênfase ao tratamento psiquiátrico e reinserção social.

Segundo Hungria e Fragoso (1978, p. 11-13), pena e medida de segurança se diferem por apresentar finalidades e formas de execução distintas. A pena aplica-se exclusivamente aos responsáveis e funda-se na culpabilidade, sendo imposto como sanção a um fato concreto e passado – o crime, com caráter retributivo, aflitivo e proporcional ao delito. A medida de segurança, por sua vez, aplica-se aos irresponsáveis e sem responsáveis, com fundamento na periculosidade e baseada num tratamento pedagógico.

A medida de segurança vigora por tempo indeterminado até cessar a periculosidade, que é constatada através de perícia médica (Art. 97, § 1º, do CP). A Lei de Execução Penal garante o direito de contratar médico particular, de confiança ou de familiares, para acompanhar o tratamento, e se houver divergências entre o médico oficial e o particular, será resolvido pelo juiz da execução (Art. 43 e parágrafo único da LEP). O médico particular participa da realização do exame de verificação de cessação da periculosidade como assistente técnico, e tem base no princípio da ampla defesa (Art. 5º IV, CP).

Agregado a isso, existe o princípio de periculosidade, que pode ser entendida como um estado subjetivo mais ou menos duradouro de antissociabilidade. É juízo de probabilidade – tendo por base a conduta anti-social e a anomalia psíquica do agente – de que este voltará a delinquir. O Código Penal classifica dois tipos de periculosidade: i) periculosidade presumida – quando o sujeito for inimputável, nos termos do Art. 26, caput; ii) periculosidade real – também dita judicial ou reconhecida pelo juiz, quando se tratar de agente semi-imputável (Art. 26, parágrafo único), e o juiz constatar que necessita de “especial tratamento curativo”.

No art. 45 da Lei de Tóxicos - 11.343/06 é isento de pena o agente que, em razão da dependência, ou sob o efeito, proveniente de caso fortuito ou força maior, de droga, era, ao tempo da ação ou omissão, qualquer que tenha sido a infração

penal praticada, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.

Outro dispositivo para legislar sobre indivíduo portador de transtorno mental e que comete crimes encontra-se na Lei de Execução Penal – Lei nº 7210/84, no seu Art. 100 retrata que exame psiquiátrico e os demais exames necessários ao tratamento são obrigatórios para todos os internos.

No Art. 108, afirma que o condenado a quem sobrevier doença mental será internado em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. No art. 6 retrata a Comissão Técnica de Classificação – CTC, está é constituída por 2 (dois) chefes de serviço, 1 (um) psiquiatra, 1 (um) psicólogo e 1 (um) assistente social, tem como finalidade elaborar o programa individualizador e acompanhar a execução das penas privativas de liberdade e restritivas de direitos, devendo propor, à autoridade competente, as progressões e regressões dos regimes, bem como as conversões.

Art. 175 da Lei de Execução Penal – Lei 7210/84. A cessação da periculosidade será averiguada no fim do prazo mínimo de duração da medida de segurança, pelo exame das condições pessoais do agente, observando-se o seguinte:

I – a autoridade administrativa, até 1 (um) mês antes de expirar o prazo de duração mínima da medida, remeterá ao Juiz minucioso relatório que o habilite a resolver sobre a revogação ou permanência da medida;

II – o relatório será instruído com o laudo psiquiátrico;

III – juntando aos autos o relatório ou realizadas as diligências, serão ouvidos, sucessivamente, o Ministério Público e o curador ou defensor, no prazo de 3 (três) dias para cada um;

IV - o Juiz nomeará curador ou defensor para o agente que não tiver;

V – o Juiz, de ofício ou requerimento de qualquer das partes, poderá determinar novas diligências, ainda que expirado o prazo de duração mínima da medida de segurança;

VI – ouvidas as partes ou realizadas as diligências a que se refere o inciso anterior, o Juiz proferirá a sua decisão, no prazo de 5 (cinco) dias.

Art. 176 da Lei de Execução Penal – Lei 7210/84. Em qualquer tempo, ainda no decorrer do prazo mínimo de duração da medida de segurança, poderá o Juiz da execução, diante de requerimento fundamentado do Ministério Público ou do

interessado, seu procurador ou defensor, ordenar o exame para que se verifique a cessação da periculosidade, procedendo-se nos termos do artigo anterior.

Art. 183 da Lei de Execução Penal – Lei 7210/84. Quando, no curso da execução da pena privativa de liberdade, sobrevier doença mental ou perturbação de saúde mental, o Juiz, de ofício, a requerimento do Ministério Público, da Defensoria Pública ou da autoridade administrativa, poderá determinar a substituição da pena por medida de segurança (dada pela Lei nº 12.313, de 2010).

A probabilidade na reiteração de um ilícito-típico de acentuada gravidade há de ser, portanto, um dos pontos a serem avaliados na periculosidade penal, servindo como parâmetro para verificar a incidência de medida de segurança criminal, bem como para escolher as espécies de medidas terapêuticas enunciadas pelo legislador. Constada a probabilidade da repetição de um ilícito-típico, impor-se-á: i) medida de segurança detentiva, quando da prática de um ilícito-típico gravoso; ii) medida de segurança terapêutica, não restritiva de liberdade, quando da realização de um ilícito-típico não tão gravoso (FERRARI, 2001).

Na Constituição da República, no seu art. 5º, § 2º - Os direitos e garantias expressas nesta Constituição não excluem outros decorrentes do regime e dos princípios por ela adotados, ou dos tratados internacionais em que a República Federativa do Brasil seja parte”.

Esse dispositivo abarca claramente o ordenamento jurídico sobre os direitos fundamentais, ou seja, constitui-se como um processo de inclusão e exclusão. Deste modo, a Constituição possibilita uma compreensão no que se refere aos direitos que são atribuídos no decorrer da vida dos cidadãos.

No contexto da saúde mental – o portador de sofrimento mental, não se encontra referenciado na constituição, uma questão que merece destaque constitucional, pois qual a razão para não haver dentro da Constituição algo que se refira à saúde mental?

É sabido que o portador de sofrimento mental necessita do reconhecimento de sua cidadania, ou seja, de sua titularidade constitucional, pois o mesmo é autor da construção da sociedade, denotando assim, seu reconhecimento social, sua titularidade constitucional e sua cidadania, já que todos os cidadãos possuem tais direitos.

Na Lei nº. 10.216/01, *dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental*. A mesma lei constitui-se da seguinte forma:

Art. 1º e 2º - apresentam os direitos das pessoas com transtorno mental;

Art. 3º - estabelece a responsabilidade do Estado;

Art. 4º ao 10º - definem e regulamentam os tipos de internação;

Art. 12º - cria a Comissão Nacional para o acompanhamento da implementação da lei;

Art. 13º - vigora a lei a partir da data de sua publicação.

A proteção e garantia dos direitos aos sujeitos portadores de doença mental ainda é relacionada a internação provisória e ao tratamento ambulatorial. Dessa forma, entende-se que o Estado necessita primordialmente construir estratégias de acolhimento dessas pessoas no que se refere ao seu tratamento, sua reinserção e sua autonomia como sujeito. Visto que, o tratamento dado aos doentes mentais infratores são falhos, e constitui-se no modelo de eliminação por reclusão, ou seja, o sujeito é retirado do meio social e internado em instituições a eles destinadas para assim não “perturbar” a ordem social.

5 AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA EM CONTEXTO PENAL.

Desde o século XVIII a avaliação psicológica abarca a área jurídica, tais conhecimentos psicológicos receberam uma ampla visibilidade e se tornaram imprescindíveis para o desenvolvimento do processo de julgamento de delitos. Miranda Junior (1998 APUD COSTA ET AL., 2009) relata que esse processo acarretou que os órgãos judiciais e legislativos incorporassem noções e conceitos de outras áreas, entre elas a Psiquiatria e Psicologia. Ainda de acordo com o autor a relação entre a Psicologia e Direito começou no campo da psicopatologia, a partir da realização de diagnósticos de sanidade mental solicitados por juízes, realizados com base em testes psicológicos.

Conforme CRP-RJ (2005), os psicólogos só obtiveram a regulamentação do seu trabalho no sistema penitenciário em 1984, com a criação da Lei de execução Penal (LEP). Por meio da Lei de Execução Penal, Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984, foram instituídas o exame criminológico, a classificação da personalidade do sujeito

junto à comissão técnica de classificação (CTC) composta por um psicólogo, um assistente social, um psiquiatra, dois chefes de serviço e presidida pelo diretor da unidade prisional; nos demais casos a Comissão atuará junto ao Juízo da Execução e será integrada por fiscais do serviço (Art. 7º).

Segundo Silva (2003) no âmbito judicial, a psicologia judicial e a avaliação psicológica têm caminhado juntas, se aperfeiçoando ao longo do tempo para acompanhar demandas da justiça. A avaliação psicológica foi introduzida em causas penais com a finalidade de periciar, e se fazer presente em questões relacionadas ao Direito de Família, ao Juizado da Infância e Juventude, ao Direito Civil, ao Direito Penal e ao Direito do Trabalho.

Recorre-se à prova pericial das avaliações psicológicas quando os argumentos ou demais provas de que se dispõe não são suficientes para o convencimento do juiz em seu poder decisório, portanto, esta tem como finalidade última auxiliar o juiz em sua decisão acerca dos fatos que estão sendo julgados. (SILVA, 2003 APUD JUNG, 2014, p. 2).

Ainda de acordo com Silva (2003) a influência dos laudos psicológicos nas decisões judiciais é de responsabilidade do psicólogo, apesar de que a decisão final é do juiz, o psicólogo forense deve ter uma postura neutra, imparcial, porém não perdendo o foco da solicitação feita pelos os agentes judiciais, a escolha dos instrumentos que serão utilizados para o processo de avaliação psicológica deve se adequar as demandas do caso avaliado.

No Direito Penal, Rovinsky (2003 APUD JUNG, 2014) afirma que há a utilização dos exames de determinação da responsabilidade penal, quando se necessita esclarecer quão preservados encontravam-se as capacidades de entendimento e autodeterminação do réu no momento do crime. O exame de insanidade mental, para determinar o grau de culpabilidade, é muito solicitado, pois muitas vezes é utilizado deste artifício para se livrar de uma penalidade.

É necessário enfatizar que, no processo de avaliação psicológica realizado com o objetivo de verificar características anti-sociais e psicopatas, deve-se manter sempre uma observação focada nos comportamentos do examinando, desde a sua entrada na sala do exame até a sua saída, pois os indivíduos que apresentam esses traços comportamentais são manipuladores, portanto tendem a controlar suas falas durante a perícia e também em suas respostas e reações, dissimulando e simulando

atitudes tornando assim essencial a utilização de testes psicológicos para fornecer materiais de diagnósticos adicionais (DAVOGLIO; ARGIMON, 2010).

6 CONCLUSÃO

O transtorno mental é algo real, que necessita ser tratado, principalmente quando o mesmo está relacionado com a prática delituosa, que se configura como um problema tanto de saúde pública quanto de justiça, que precisa eminentemente de um olhar do Estado para essa problemática.

A relação entre o Transtorno Mental e a Lei existe, mas infelizmente os indivíduos portadores de doenças mentais que cometem crimes, são desrespeitados no que refere-se aos seus direitos fundamentais, a saber: saúde, educação e direitos humanos.

Trata-se de uma violação aos Direitos Humanos, já que a medida de segurança imposta a esses sujeitos vigora na sua maioria por tempo indeterminado, em virtude da falta de exames de cessação de periculosidade e de serviços substitutivos que acolham esses indivíduos quando cessem a medida de segurança à eles imposta.

Conclui-se ressaltando a necessidade de desconstruir o discurso ideológico que converteu a pessoa com doença mental em uma ameaça social. Além do Estado efetivamente construir práticas inovadoras e integrativas aos portadores de doença mental que cometeram atos delituosos, assegurando a criação de programas de saúde mental voltados para a qualificação, compressão e fortalecimento da rede extra-hospitalar.

MENTAL DISORDERS AND THE LAW: connection between insanity and criminality according to Brazilian penal code

ABSTRACT

We have lived incoherently when it comes to how we treat and see insanity before the law system. On this basis, the importance of having discussions over reformation and coherence related to this subject has been observed. From this point, we will briefly bring about the historical context of insanity and legal mental asylums, becoming aware of the matter in the treatment of the mentally ill. Thus, this study aims to analyze the connection between mental disorders and criminality under

Brazilian penal code. Therefore, a discussion over the concepts that hold the mentally ill in such inaccurate position is intended: unaccountability, responsibility, dangerousness and security measure. It's a bibliographical research, which aims to explain a problem based on theoretical references published in articles, books, essays and theses.

Keywords: Mental disorder. Unaccountability. Criminality.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Francis Moraes de. Medida de segurança: um debate necessário. In: _____. **A crise no processo penal e as novas formas de administração da justiça criminal**. Porto Alegre: Notades, 2006.

AMARANTE, P. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998.

_____. 2001. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF.

ARAÚJO, Álvaro Cabral; NETO, Francisco Lotufo. A nova classificação americana para os transtornos mentais – O DSM – 5. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**. v. XVI, n. 1, 2014. Disponível em: <<http://www.usp.br/rbtcc/index.php/RBTCC/article/view/659/406>>. Acesso em: 14 janeiro 2015.

BASAGLIA, Franco. **A instituição negada**: relato de um hospital psiquiátrico. Rio de Janeiro: Graal. 1985

BARROS-BRISSET, F. Loucura, direito e sociedade. Um laço de presunções ideologicamente justificadas. **RDisan**. v. 12, n. 3, p. 119-124. nov. 2011/ fev.2012. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/viewFile/691/700>>. Acesso em: 20 fevereiro 2015.

BEZERRA JR. B. Desafios da reforma psiquiátrica no Brasil. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 17(2): 243-250, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. **Conferência Regional de Reforma dos servidores de saúde Mental**: 15 anos depois de Caracas. Brasília, 2005.

BRASIL. **Código Penal**. 4. ed. 2, 1998.

CONSELHO Regional de Psicologia – CRP (Rio de Janeiro). Psicólogos no Sistema Prisional. **Jornal do Conselho Regional de Psicologia**, Rio de Janeiro, dez. 2005. p. 3-9. Disponível em: <http://www.crprj.org.br/publicacoes/jornal/jornal08-sistema-prisional.pdf>. Acesso em: 27 abr. 2015.

CARRARA, Sérgio. A história esquecida: os manicômios judiciais no Brasil. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**. 20(1): 16-29, 2010.

_____. **Crime e loucura**: o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século. Rio de Janeiro: Edusp, 1998.

COHEN, Claudio. **Medida de Segurança em Saúde Mental, Crime e Justiça**. 2. ed. Edusp: São Paulo, 2006, p. 125.

_____. A periculosidade social e a saúde mental. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. São Paulo, v. 21, n. 4, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S151644461999000400006&script=sci_arttext>. Acesso em: 24 maio 2007.

_____, Ferraz FC, Segre. **Saúde Mental, Crime e Justiça**. São Paulo: Edusp, 1996.

CORRÊA, M. **As ilusões da liberdade**: a escola Nina Rodrigues e a antropologia no Brasil. Bragança Paulista, Edusf, 1998.

COLOMBO, P. R. A medida de segurança de internação no contexto do Estado Democrático de Direito. **Revista de Direito Público**, Londrina, v. 3, n. 3, p. 39-59, set./dez. 2008.

CORREIA, Ludmila Cerqueira. **Avanços e impasses na garantia dos direitos humanos das pessoas com transtornos mentais autoras de delito**. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal da Paraíba, área de concentração em Direitos Humanos, João Pessoa, 2007.

CORREIA JÚNIOR, R. O tratamento dos portadores de transtorno mental no Brasil: da legalização da exclusão à dignidade humana. **Revista do direito**, São Paulo v. 15, n 1 p. 40-60, mar/jun. 2014.

COSTA, L. F; PENSO, M. A; LEGGNANI, V. N; SUDBRACK, M. F. O. As competências da psicologia jurídica na avaliação psicossocial de família em conflito. **Psicologia & Sociedade**. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v21n2a10.pdf>.

DAVOGLIO, T. R; ARGIMON, I. I. L. Avaliação de comportamentos anti-sociais e traços psicopatas em psicologia forense. **Aval. psicol.** [online], v.9, n1, 2010. p111-118.

D'INCAO, M. A. Sociabilidade e doença mental. In: _____. (Org.). **Doença mental e sociedade**: uma discussão interdisciplinar. Rio de Janeiro: Graal, 1992. p. 35-41.

FERRARI, Eduardo Reale. Medidas de segurança e direito penal no estado democrático de direito. São Paulo: **Revista dos Tribunais**, 2001.

FOUCAULT, Michael. **A história da loucura**. 7. ed. São Paulo: Perspectiva, 2004.

FOUCAULT, M. **O poder psiquiátrico**. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

FRY, P. Direito positivo versus direito clássico: a psicologização do crime no Brasil no pensamento de Heitor Carrilho. In. SÉRVULO A. F. (org), **Cultura da psicanálise**. São Paulo, Brasiliense, 1985. p. 116-42.

HUNGRIA, Nelson; FRAGOSO, Heleno. **Comentários ao código penal**. Rio de Janeiro: Forense, 1978.

JUNG, F. H. Avaliação Psicológica Pericial: Áreas e Instrumentos. 2014. **Revista Especialize IPOG** [on-line], ed. especial n.8, v.1, Goiânia, set. 2014. Disponível em: <http://www.ipog.edu.br/revista-ipog/download/avaliacao-psicologica-pericial-areas-e-instrumentos>. Acesso em: 20 maio 2015.

NUCCI, Guilherme de Souza. **Código Penal Comentado**. 5. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2005.

SILVA, V. A. **A história da loucura**: em busca da saúde. Rio de Janeiro: Tecnoprint, 1979.

SILVA, D. M. P. **Psicologia jurídica no processo civil brasileiro**: a interface da psicologia com direito nas questões de família e infância. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

TRANSTORNO MENTAL 2001: Ano Mundial da Saúde Mental "Cuidar, sim. Discriminar, não". Disponível em: <<http://www.pucpr.br/arquivosUpload/1237436911311194101.pdf>>. Acesso em 15 maio 2015

VIANA, T. Como são tratados os doentes mentais infratores? periculosidade, medida de segurança e reforma psiquiátrica. **RDisan**, São Paulo, v12, n.3, p. 161-176, nov.2011/fev.2012

ZILBOORG, Gregory. **A História de la psicologia médica**. Buenos Aires: Libreria Hachette, 1945. Disponível em: <<http://www.pucpr.br/arquivosUpload/1237436911311194101.pdf>>. Acesso em: 20 abril 2015.