

## **MEDIDA DE SEGURANÇA: uma análise com base na lei 10.216/01**

Raquel Rocha Maia<sup>1</sup>

Sandresson Menezes Lopes<sup>2</sup>

### **RESUMO**

O presente trabalho visa analisar o instituto e a aplicação das Medidas de Segurança, fazendo um paralelo com a Lei 10.216/01. Porém, observa-se que essas medidas não atingem sua finalidade de reinserir e tratar o louco-infrator, devido a uma péssima estrutura física, a um tratamento de péssima qualidade e por estarem submetidos a um ambiente físico, no mínimo, degradante. Dessa forma, conclui-se que o modelo atual não respeita as diretrizes mínimas prelecionadas na Lei 10.216/01 (Lei antimanicomial). O presente trabalho utiliza-se do método hipotético-dedutivo.

**Palavras-Chave:** Medida de segurança; Aplicação; Finalidade; Lei 10.216/01.

### **ABSTRACT**

This study aims to analyze the institute and the implementation of security measures, drawing a parallel with the law 10.2016/01. However, it is observed that these measures do not achieve its purpose to socially re-insert and treat the mad violator due to a bad physical structure related to a poor quality of treatment and on being subjected to a degradating physical environment. Thus, it is concluded that the current model does not meet the minimum guidelines in law 10.216/01 (anti-asylum law). This work uses the hypothetical-deductive method.

**Keywords:** Security measures; Implementation; Purpose; Law 10.216/01.

---

<sup>1</sup> Acadêmico do Curso de Direito do Centro Universitário do Rio Grande do Norte. Email: raqrmaia@gmail.com

<sup>2</sup> Professor Orientador do Curso de Direito do Centro Universitário do Rio Grande do Norte. Email: sandresson1@hotmail.com

## **1. INTRODUÇÃO**

As medidas de segurança estão presentes em nosso ordenamento jurídico, como instituto do Direito Penal que visa o tratamento dos submetidos a ela, ou seja, os inimputáveis e semi-imputáveis. Observa-se que a medida de segurança atualmente não consegue atingir suas finalidades o que resulta na segregação e abandono do louco infrator pela sua família e sociedade, respectivamente.

Constata-se que os Hospitais de Custódia e Tratamento, local indicado para o cumprimento das medidas de segurança se mostram em estados deploráveis e que as equipes destinadas a cuidar dos inimputáveis e semi-imputáveis se encontram com as equipes reduzidas. Assim, observa-se que o tratamento imposto aos inimputáveis e semi-imputáveis não são de qualidade e muitas vezes são desrespeitados diversos direitos inerentes a figura do louco infrator.

Faz-se necessário ressaltar que o Código Penal atualmente em vigência entra em choque com a Lei nº 10.216/01, também conhecida como Lei antimanicomial, como será discutida ao longo deste trabalho.

## **2. EVOLUÇÃO HISTÓRICA**

### **2.1. Origem etimológica**

Primeiramente faz-se necessário explanar sobre a origem etimológica das palavras manicômio, hospício e asilo para entendermos melhor o tema. De acordo com Jaccobina (2001, p.47) temos que:

[...] manicômio (do grego manía = loucura; koméo = lugar onde se cuida, se trata), hospício (do latim = hospitium, lugar onde se hospedam os loucos) ou asilo psiquiátrico (do grego ásylos = casa de recolhimento de pessoas pobres ou desabonadas como mendigos, órfãos, loucos etc.).

Todas essas palavras são utilizadas em nossa sociedade como sinônimos para um local determinado, onde se busca o tratamento para doenças psicológicas, sendo nomeado de Hospitais de Custódia e Tratamento ou, como conhecidos vulgarmente, manicômios judiciais. Esses estabelecimentos são os locais designados para que o preso louco seja reabilitado.

## 2.2 História da loucura

O entendimento sobre a loucura foi diferente a cada período histórico, sendo modificado com o passar do tempo, evoluindo e regredindo de acordo com o pensamento dominante da época e com a evolução das ciências.

A começar com o entendimento da loucura na Grécia antiga, por volta de 5 a.C. a loucura era vista como vontade dos deuses, uma espécie de infortúnio na vida do indivíduo, sendo este o destino traçado pelos deuses e que nada poderia ser feito. Nessa época por não ser considerada uma doença não havia tratamento, restando apenas aos loucos rogar aos deuses para que esse mal fosse curado.<sup>3</sup>

Com o nascimento de Hipócrates a loucura passa a ser encarada como uma doença, que se manifestava por um desequilíbrio orgânico no indivíduo como explica Pessotti<sup>4</sup> apud Oliveira et al. (2010. p. 03.):

Hipócrates passará a entender a loucura como desarranjo da natureza orgânica, corporal, do homem. E os processos de perda da razão ou do controle emocional passam a constituir efeitos de tal desarranjo. São entendidos como resultantes de processos e condições orgânicas, cujo dinamismo é descrito até em pormenores. Um dinamismo fundado numa anatomofisiologia ingênua e, em grande parte, hipotética.

A partir desse entendimento orgânico de loucura desenvolvido por Hipócrates, pôde-se prescrever um tratamento, por se entender que a loucura deixa de ser um infortúnio lançado pelos deuses e passa a ser uma forma de doença que acometia as pessoas<sup>5</sup>.

A partir do século II d. C., no que se considera a idade média, observa-se um retrocesso significativo, uma vez que a loucura antes entendida como doença passa a ser considerada como um estado de possessão demoníaca, deixando de ser tratada para ser exorcizada<sup>6</sup>. É nesse período que a loucura ganha uma conotação negativa. Sobre esse período temos os apontamentos de Oliveira (2010, pag.6):

---

<sup>3</sup> OLIVEIRA, Jennifer Cavalheiro. A Periculosidade Como Justificativa Para Aplicação de Medida de Segurança. 2010. P.1

<sup>4</sup>PESSOTTI, Isaias. A Loucura e as Épocas. Rio de Janeiro: 34. 2 ed., 1994. p. 47

<sup>5</sup> OLIVEIRA, Jennifer Cavalheiro. A Periculosidade Como Justificativa Para Aplicação de Medida de Segurança. 2010. P. 3.

<sup>6</sup> Idem. p.5

Os estudos científicos acerca da demência, também, ficaram prejudicados, pois os estudiosos eram freqüentemente declarados possuídos, o que acabou por desencorajar a realização de novos estudos desta ordem. Não havia diferenciação, por exemplo, entre um epilético e um libertino, um maníaco era facilmente confundido com um herege, um melancólico com um feiticeiro e todos eram incluídos no estigma de possessos. Os inadequados socialmente sejam eles loucos, hereges, alquimistas, feiticeiras, bruxas ou libertinos, estão postos no mesmo patamar e tinham o mesmo destino: o martírio, a forca, a fogueira ou o internamento.

Nessa época houve um grande prejuízo em todos os ramos da ciência, inclusive na medicina psiquiátrica, uma vez que não havia mais tratamento disponível para o louco, o qual foi abandonado e muitas vezes confundido com “bruxos” ou hereges, restando apenas a morte<sup>7</sup>.

No século XVII, há o surgimento dos Hospitais Gerais e, juntamente com eles a criação de um instrumento denominado de internação compulsória, criados e mantidos pela monarquia, como uma forma de segregar os loucos, libertinos, pobres e mendigos. Uma vez que os loucos, por serem considerados como incapazes pela sociedade, passam a ser avaliados como um problema para as cidades, juntamente com os demais. A monarquia acha uma forma de segregá-los, internando-os nos Hospitais Gerais<sup>8</sup>.

A partir do século XIX, com a publicação do Tratado Médico Filosófico sobre a Alienação Mental de Pinel<sup>9</sup>, a psiquiatria surge como especialidade da medicina e, com isso, há o esvaziamento dos hospitais de tratamento para que apenas os loucos pudessem permanecer naquele recinto, porém sobre o tratamento adequado ainda nada sabiam, os loucos continuavam a ficar isolados da sociedade<sup>10</sup>.

Decorrente desses avanços os loucos passaram a ser cada vez mais estudados pela psiquiatria, passando pelos diversos tipos de tratamento, desde

---

<sup>7</sup> OLIVEIRA, Jennifer Cavalheiro. A Periculosidade Como Justificativa Para Aplicação de Medida de Segurança. 2010. p.6

<sup>8</sup> Idem. p.7

<sup>9</sup> Philippe Pinel nasceu em 1745 e faleceu em 1826 na França. Pinel formou-se em medicina em 1773, e em 1792 tornou-se médico chefe do asilo para homens Bicêtre, em Paris.

<sup>10</sup> OLIVEIRA, Jennifer Cavalheiro. A Periculosidade Como Justificativa Para Aplicação de Medida de Segurança. 2010. p.9

camisas de força a tratamento com choque, até chegarmos a modernidade com os psicofármacos<sup>11</sup>.

### 3. O INIMPUTÁVEL

As medidas de segurança são tratadas em nosso código penal como o instituto que se aplica aos inimputáveis ou aos semi-imputáveis. No entanto, quem o ordenamento considera como destinatário dessas medidas? Por inimputável o código em seu art. 26 caput traz que:

Art. 26 - É isento de pena o agente que, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.

Sendo assim, percebe-se claramente a utilização de dois critérios para a formulação desse instituto, primeiramente o caráter biológico, em que o indivíduo é portador de uma anomalia psíquica ou de desenvolvimento mental incompleto ou retardado, juntamente com o caráter psicológico, onde no momento da conduta, o indivíduo não possui capacidade de entender o caráter ilícito do fato que estava cometendo. Como explica Jesus<sup>12</sup> (2011, p. 544):

O sistema biopsicológico é constituído dos dois primeiros. Toma em consideração a causa e o efeito. Só é inimputável o sujeito que, em consequência da anomalia mental, não possui capacidade de compreender o caráter criminoso do fato ou de determinar-se de acordo com essa compreensão. A doença mental, p. ex., por si só não é causa de inimputabilidade. É preciso que, em decorrência dela, o sujeito não possua capacidade de entendimento ou de autodeterminação.

Como se observa nosso código se utiliza da teoria biopsicológica ou mista, por se tratar de dois requisitos para sua configuração, primeiramente o biológico e posteriormente o psicológico. Dessa forma vemos que não basta apenas apresentar sintomas da doença, mas que no tempo do fato típico o sujeito não tenha capacidade de entender a ilicitude dos fatos por consequência de sua doença.

---

<sup>11</sup> OLIVEIRA, Jennifer Cavaleiro. A Periculosidade Como Justificativa Para Aplicação de Medida de Segurança. 2010. p.9.

<sup>12</sup> Jesus, Damásio de. Direito Penal parte geral 1º volume. 2011. p. 544

Mas como saber se no tempo do fato o indivíduo tinha ou não a plena capacidade de entender a ilicitude decorrente de sua doença?

O diagnóstico da doença que gera a inimputabilidade se dará por meio de perícia médica, que consiste num documento solicitado pela justiça, com objetivo de atestar a condição mental de uma pessoa, sendo assim, atestar a capacidade do indivíduo em questão de entender o caráter ilícito de seus atos. Sobre o tema explica Masson (2014 p. 705):

Exige-se o laudo médico para a comprovação da doença mental, do desenvolvimento mental incompleto ou do desenvolvimento mental retardado. Cuida-se de meio legal de prova da inimputabilidade, imprescindível, que sequer pode ser substituído pela inspeção judicial, pois o julgador não possui conhecimentos médicos para identificar deficiências na saúde psíquica do réu.

Observa-se, no entanto o indivíduo que está cumprindo pena em regime fechado pode ser acometido de doença mental e, por meio dessa perícia pode ter sua pena substituída por uma medida de segurança, ou seja, trata-se de semi-imputabilidade. Está decorre muitas vezes pelas péssimas condições que este indivíduo está submetido. Será possível, neste caso, haver a substituição da pena aplicada para o cumprimento de uma medida de segurança como aduz o art. 183 da Lei de Execução Penal:

Art. 183. Quando, no curso da execução da pena privativa de liberdade, sobrevier doença mental ou perturbação da saúde mental, o Juiz, de ofício, a requerimento do Ministério Público, da Defensoria Pública ou da autoridade administrativa, poderá determinar a substituição da pena por medida de segurança.

#### **4. A MEDIDA DE SEGURANÇA**

No ordenamento jurídico brasileiro, as medidas de segurança são os meios adotados por nosso código penal de oferecer assistência àqueles inimputáveis ou semi-imputáveis que sofrem de doença mental e que praticam conduta típica e ilícita, sendo uma forma de proporcionar o amparo necessário para que esses indivíduos possam voltar à vida em coletividade, que se dará por meio de um

tratamento ambulatorial ou internação em hospital custódia, medidas essas previstas no art. 96 do CP<sup>13</sup>.

O código penal utiliza-se do princípio da equidade para aplicar a medida de segurança, pois não seria justo punir os inimputáveis de forma igualitária àqueles que têm plena capacidade de entender o seus atos. Dessa forma, o código trata desigualmente os desiguais não aplicando assim uma sanção e sim um tratamento para que o indivíduo possa ser reinserido na sociedade.

#### **4.1 O histórico das medidas de segurança**

As medidas de segurança foram utilizadas ao longo do tempo, de forma mais rudimentar desde a época do império romano, porém, como entendimento do instituto de tratamento somente no século XIX, surgindo pela primeira vez no Código Penal Norueguês<sup>14</sup>.

No ordenamento brasileiro, especificamente em nosso código penal, houve várias modificações pelo decurso do tempo e, vários conceitos e posicionamentos foram modificados, decorrente de várias mudanças sociais e políticas, abrangendo também as medidas de segurança, que passaram por uma mudança significável do código de 1940 para o de 1984.

No código penal de 1940, a medida de segurança seria aplicada ao agente que era considerado perigoso após o cumprimento da pena privativa de liberdade ou, no caso de absolvição, pagar a multa após o trânsito em julgado da sentença conforme os incisos I e II do art. 82<sup>15</sup>, esse sistema era conhecido como o do duplo-trilho ou duplo binário<sup>16</sup>.

O modelo do duplo trilho ou duplo binário, que consistia na aplicação dupla da pena e da medida de segurança, lesava seriamente o princípio do *ne bis in idem*, tendo em vista que o indivíduo claramente suportava duas penas por apenas um

---

<sup>13</sup> Art. 96. As medidas de segurança são: I - Internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou, à falta, em outro estabelecimento adequado; II - sujeição a tratamento ambulatorial. (Redação dada pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984).

<sup>14</sup> OLIVEIRA, Jennifer Cavalheiro de. A Periculosidade Como Justificativa Para Aplicação de Medida de Segurança. 2010. p. 15

<sup>15</sup> Art. 82. Executam-se as medidas de segurança: I - depois de cumprida a pena privativa de liberdade; II - no caso de absolvição, ou de condenação a pena de multa, depois de passada em julgado a sentença. § 1º A execução da medida de segurança é suspensa, quando o indivíduo tem de cumprir pena privativa de liberdade. § 2º A execução da medida de segurança detentiva precede a da medida de segurança não detentiva.

<sup>16</sup> JESUS. Damásio de. Direito Penal Parte Geral 1º volume. 2011. p. 548

crime que havia cometido.<sup>17</sup> Vale salientar que o indivíduo que cometia um ilícito naquela época, sendo submetido a uma medida de segurança, a cumpria no mesmo estabelecimento que havia cumprido a pena, como cita Bitencourt. (2014, p. 858):

Na pratica, a medida de segurança não se diferenciava em nada da pena privativa de liberdade. A hipocrisia era tão grande que, quando o sentenciado concluía a pena, continuava, no mesmo local, cumprindo a medida de segurança, nas mesmas condições em que acabara de cumprir a pena.

O sistema do duplo trilho ou binário foi modificado com a reforma Penal de 1984, onde as medidas de segurança apenas são aplicadas aos inimputáveis ou semi-imputáveis que tiverem praticado conduta típica e ilícita, não sendo, porém, culpável. Adota-se, então, o modelo vicariante ou de substituição, onde uma vez que o fato típico seja praticado, não mais irá cumprir pena e depois medida de segurança, mas sim, apenas a substituição da pena pela medida de segurança<sup>18</sup>.

## 4.2 O instituto

A medida de segurança tem como pressuposto a prática de um ato ilícito e que o agente seja dotado de periculosidade. Periculosidade esta, que pode ser definida segundo Bitencourt como um estado subjetivo mais ou menos duradouro da antissocialidade, sendo um juízo de probabilidade se aquele individuo ira ou não voltar a delinquir<sup>19</sup>.

No código penal existem dois tipos de periculosidade, a presumida e a real. A presumida consiste quando o agente for inimputável, nos termos do art. 26<sup>20</sup> caput, não precisando o juiz demonstrá-la, bastando concluir que o inimputável praticou o fato. Já a real, também conhecida por judicial, é utilizada quando se trata de semi-

---

<sup>17</sup> BITENCOURT, Cesar Roberto. Tratado de Direito Penal parte geral 1. 2014, p. 858

<sup>18</sup> JESUS. Damásio de. Direito Penal Parte Geral 1º volume. 2011, p. 548

<sup>19</sup> BITENCOURT, Cesar Roberto. Tratado de Direito Penal parte geral 1. 2014, p. 860

<sup>20</sup> Art. 26, caput. É isento de pena o agente que, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.

imputável, nesse caso o magistrado precisa verificar a existência de periculosidade do agente<sup>21</sup>, nos termos do art. 26 § único<sup>22</sup>.

Existem duas espécies de medida de segurança em nosso ordenamento jurídico, a internação em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico e, a sujeição a tratamento ambulatorial<sup>23</sup>.

A internação em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico também é chamada de medida detentiva, sendo a mais utilizada e, que na falta da existência de um Hospital Custódia, a medida de segurança poderá ser cumprida em estabelecimento adequado, de acordo com o art. 96, I do CP:

Art. 96. As medidas de segurança são:

I – Internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou, à falta, em outro estabelecimento adequado;

Já a sujeição ao tratamento ambulatorial, é uma medida imposta sem que haja a internação do indivíduo, será este tratado no próprio Hospital Custódia. Porém, se for constatado que apenas essa medida mais liberal não está surtindo efeito, essa medida de segurança pode ser substituída pela internação nos termos do art. 97 §4º do Código Penal:

Art. 97 - Se o agente for inimputável, o juiz determinará sua internação (art. 26). Se, todavia, o fato previsto como crime for punível com detenção, poderá o juiz submetê-lo a tratamento ambulatorial.

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

O tratamento ambulatorial é apenas uma possibilidade, sendo levada em consideração as circunstâncias pessoais e fáticas, assim, o simples fato de que a pena aplica ao caso concreto seja de detenção como preceitua o art. 97 do CP, não necessariamente é fator determinante para a aplicação do tratamento ambulatorial,

---

<sup>21</sup> BITENCOURT. Cesar Roberto. Tratado de Direito Penal parte geral 1 . 2014. p 860

<sup>22</sup> Parágrafo único - A pena pode ser reduzida de um a dois terços, se o agente, em virtude de perturbação de saúde mental ou por desenvolvimento mental incompleto ou retardado não era inteiramente capaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.

<sup>23</sup> BITENCOURT. Cesar Roberto. Tratado de Direito Penal parte geral 1 . 2014. p 860

sendo necessário, como retro mencionado, observar se a condição pessoal do agente e a compatibilidade com essa medida<sup>24</sup>.

Segundo o Código Penal vigente, temos que a internação e tratamento ambulatorial, tem duração indeterminada, segundo o art. 97§1º:

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

Dessa forma, a medida de segurança perdura enquanto não cessar a periculosidade do agente através de uma perícia médica. O prazo mínimo de um a três anos citado por nossa legislação é apenas um marco para a realização do primeiro exame de verificação de cessação de periculosidade<sup>25</sup>.

Porém, de acordo com nossa carta magna, no título das garantias e direitos fundamentais, em seu art. 5º, XLVII, b<sup>26</sup>, está consagrado como cláusula pétrea a proibição da prisão perpétua, tendo em vista o princípio da supremacia da constituição e da interpretação sistemática, entende-se que o art. 97 do CP seria restringido pelo art. 75 CP<sup>27</sup>, que fixa o limite máximo das penas em 30 anos.

Bitencourt, em sua obra, se posiciona no sentido em que o art. 97 do CP não teria sido recepcionado por nossa Constituição Federal (2014, p. 863):

No entanto, não se pode ignorar que a Constituição de 1988 consagra, como uma de suas cláusulas pétreas, a proibição de prisão perpétua; e, como pena e medida de segurança não se distinguem ontologicamente, é lícito sustentar que essa previsão legal – vigência por prazo indeterminado da medida de segurança – não foi recepcionado pelo atual texto constitucional.

---

<sup>24</sup> BITENCOURT. Cesar Roberto. Tratado de Direito Penal parte geral 1 . 2014. p 861

<sup>25</sup> BITENCOURT. Cesar Roberto. Tratado de Direito Penal parte geral 1 . 2014. p 863

<sup>26</sup> Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes: XLVII - não haverá penas: b) de caráter perpétuo;

<sup>27</sup> Art. 75 - O tempo de cumprimento das penas privativas de liberdade não pode ser superior a 30 (trinta) anos.

O Superior Tribunal Federal tem algumas decisões sobre a limitação do tempo de cumprimento da medida de segurança, no sentido da aplicação do art. 75 do CP, postulando como 30 anos o tempo máximo, como constata-se nos HC 97.621 de 2009<sup>28</sup>, e HC 84.219 de 2005<sup>29</sup>.

Faz-se mister destacar o voto do Ministro Sepúlveda na decisão do HC 84.219, o qual se posiciona pela inconstitucionalidade do art. 97§1:

Observe-se a garantia constitucional que afasta a possibilidade de ter-se prisão perpétua. A tanto equivale a indeterminação da custódia, ainda que implementada sob o ângulo da medida de segurança. O que cumpre assinalar, na espécie, é que a paciente está sob a custódia do Estado, pouco importando o objetivo, há mais de trinta anos, valendo notar que o pano de fundo é a execução de título judiciário penal condenatório. O artigo 75 do Código Penal há de merecer o empréstimo da maior eficácia possível, ao preceituar que o tempo de cumprimento das penas privativas de liberdade não pode ser superior a trinta anos. Frise-se, por oportuno, que o artigo 183 da Lei de Execução Penal delimita o período da medida de segurança, fazendo-o no que prevê que esta ocorre em substituição da pena, não podendo, considerada a ordem natural das coisas, mostrar-se, relativamente à liberdade de ir e vir, mais gravosa do que a própria apenação. É certo que o § 1º do artigo 97 do Código Penal dispõe sobre prazo da imposição da medida de segurança para inimputável, revelando-o indeterminado. Todavia, há de se conferir ao preceito interpretação teleológica, sistemática, atentando-se para o limite máximo de trinta anos fixado pelo legislador ordinário, tendo em conta a regra primária vedadora da prisão perpétua. A não ser assim, há de concluir-se pela inconstitucionalidade do preceito.

Processo: HC 84219-SP

Relator: Min. Marco Aurélio

Publicação: DJ 03/05/2004 PP-00011

---

<sup>28</sup> EMENTAS: AÇÃO PENAL. Réu inimputável. Imposição de medida de segurança. Prazo indeterminado. Cumprimento que dura há vinte e sete anos. Prescrição. Não ocorrência. Precedente. Caso, porém, de desinternação progressiva. Melhora do quadro psiquiátrico do paciente. HC concedido, em parte, para esse fim, com observação sobre indulto.1. A prescrição de medida de segurança deve calculada pelo máximo da pena cominada ao delito atribuído ao paciente, interrompendo-se-lhe o prazo com o início do seu cumprimento.2. *A medida de segurança deve perdurar enquanto não haja cessado a periculosidade do agente, limitada, contudo, ao período máximo de trinta anos.* 3. A melhora do quadro psiquiátrico do paciente autoriza o juízo de execução a determinar procedimento de desinternação progressiva, em regime de semi-internação.

<sup>29</sup> DECISÃO – LIMINAR. MEDIDA DE SEGURANÇA - ULTRAPASSAGEM DO PRAZO MÁXIMO DE CUSTÓDIA DE TRINTA ANOS - EXTINÇÃO PRETENDIDA - LIMINAR - TRANSFERÊNCIA PARA HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DA REDE PÚBLICA - DEFERIMENTO.

Partes: São Paulo, Maria Lourde Figueiredo ou Maria de Lourdes Figueiredo ou Maria das Graças da Silva, PGE-SP- Waldir Francisco Honorato Junior (Assistência Judiciária)

Sobre a decisão do STF acerca do HC 84.219, Bitencourt, em sua obra, festeja a limitação imposta pelo Supremo às medidas de segurança, sendo este um avanço à humanização desse tipo de “pena”, temos que (2014, p.864):

Certamente, essa limitação temporal representou o começo de uma caminhada rumo a humanização da odiosa medida de segurança, esquecida pelos doutrinadores de escol que consomem milhares de resmas de papel teorizando sobre culpabilidade e os fins objetivos da pena, mas furtam-se a problematizar a desumanidade e a ilegitimidade das medidas de segurança, por tempo indeterminado, cuja natureza não discrepa da pena, bem como de sua finalidade principal, que é inconfessadamente, a de garantir a ordem e a segurança públicas.

Dessa forma, após o lapso temporal correspondente a pena cominada à infração imputada, se o agente ainda apresentar sintomas da doença mental que lhe acometia, não será mais objeto do sistema penal, e sim, de saúde pública, devendo ser removido e tratado em hospitais públicos, como qualquer cidadão comum.

Nucci, em sua obra, possui um posicionamento contrário a este apresentado, argumentando que por a medida de segurança ter uma finalidade terapêutica, o indivíduo deveria permanecer no mesmo estabelecimento até estar curado da doença mental. Em suas palavras temos (2013, pg.597):

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

A Constituição Federal de 1988 detém como princípios constitucionais o da proporcionalidade e o da razoabilidade. Assim, não nos parece justo, razoável e proporcional que um inimputável passe toda sua vida em um estabelecimento, no mínimo, precário, a mercê de um tratamento duvidável por ter cometido um ato

ilícito. De acordo com esse posicionamento equivocados, a dignidade da pessoa humana é colocada de lado, tendo em vista que um inimputável poderia passar toda uma vida internado longe de seu meio familiar. Vê-se necessário que o inimputável, ao atingir a limitação do tempo, se dirija a um tratamento público ou até mesmo privado, tendo assim o acompanhamento necessário para um tratamento de sucesso.

Vale salientar que o inimputável é um sujeito de direitos, e como qualquer outro apenado, possui o direito ao esquecimento, a ser tratado como alguém que já cumpriu a sua “dívida”, apesar de que o mesmo não sofre uma pena, mas sim um tratamento.

Acerca da execução da Medida de Segurança, temos que esta só pode ser executada após o trânsito em julgado da sentença absolutória imprópria, de acordo com o art. 171<sup>30</sup> da Lei de Execuções Penais. Para o início do cumprimento da medida de segurança faz-se necessário a expedição da guia de internamento ou de tratamento ambulatorial, conforme art. 173<sup>31</sup> da Lei de Execuções Penais.

Ressalta-se, no entanto, que devido à reforma no Código Penal em 1984, fora abolido o cumprimento da medida de segurança provisória, como disposto no art. 80<sup>32</sup> do Código Penal de 1940<sup>33</sup>. Sobre o assunto disserta Nucci (2013. p. 595):

Não há mais a medida de segurança preventiva, prevista no art.378 do Código de Processo Penal, considerado revogado pela maioria da

---

<sup>30</sup> Art. 171. Transitada em julgado a sentença que aplicar medida de segurança, será ordenada a expedição de guia para a execução.

<sup>31</sup> Art. 173. A guia de internamento ou de tratamento ambulatorial, extraída pelo escrivão, que a rubricará em todas as folhas e a subscreverá com o Juiz, será remetida à autoridade administrativa incumbida da execução e conterá: I - a qualificação do agente e o número do registro geral do órgão oficial de identificação ;II - o inteiro teor da denúncia e da sentença que tiver aplicado a medida de segurança, bem como a certidão do trânsito em julgado; III - a data em que terminará o prazo mínimo de internação, ou do tratamento ambulatorial; IV - outras peças do processo reputadas indispensáveis ao adequado tratamento ou internamento. § 1º Ao Ministério Público será dada ciência da guia de recolhimento e de sujeição a tratamento. § 2º A guia será retificada sempre que sobrevier modificações quanto ao prazo de execução.

<sup>32</sup> Art. 80. Durante o processo, o juiz pode submeter as pessoas referidas no art. 78, n. I, e os ébrios habituais ou toxicômanos às medidas de segurança que lhes sejam aplicáveis. Parágrafo único. O tempo de aplicação provisória é computado no prazo mínimo de duração da medida de segurança.

<sup>33</sup> NUCCI, Guilherme de Souza. Manual de Direito Penal.2013. p 595

doutrina. De fato, previa-se a possibilidade de o juiz aplicar medida de segurança preventiva durante a instrução, mas essa providência era um reflexo do antigo art. 80 do Código Penal de 1940, [...]

Contudo, a medida de segurança pode ser suspensa, estando essa suspensão condicionada ao transcurso de um ano de liberação ou desinternação em que o indivíduo não praticar fato indicativo de persistência de sua periculosidade de acordo com o art. 97§3 do Código Penal:

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

Dessa forma, comprovado pericialmente a cessação da periculosidade do agente, o juiz revogará a medida de segurança, ficando o agente condicionado às disposições do “livramento condicional” de acordo art. 178<sup>34</sup> da Lei de Execuções Penais. Assim, somente com o transcurso desse período, desde que o indivíduo não pratique fato indicativo, este terá sua medida de segurança realmente extinta<sup>35</sup>.

#### **4.3 A aplicação da medida de segurança no Brasil**

As medidas de segurança são adotadas por nosso código penal como forma de recuperar àqueles acometidos de doença mental, mas a realidade é que não há projeto de acompanhamento terapêutico com finalidade de reinserir o sujeito gradativamente de volta à sociedade. O que ocorre é a cronificação da doença, devido a tantos anos de aprisionamento sem um tratamento adequado.

O relatório realizado pela associação brasileira de psiquiatria sobre os hospitais custódia de 2010 expõe a realidade dos que cumprem as chamadas medidas de segurança.

Nesse relatório é apresentado que os Hospitais de Custódia carecem desde o local físico onde se encontram, até o atendimento médico de forma adequada. O indivíduo que ingressa nos Hospitais de Custódia e Tratamento com o objetivo de

---

<sup>34</sup> Art. 178. Nas hipóteses de desinternação ou de liberação (artigo 97, § 3º, do Código Penal), aplicar-se-á o disposto nos artigos 132 e 133 desta Lei.

<sup>35</sup> BITENCOURT. Cesar Roberto. Tratado de Direito Penal parte geral 1 . 2014. p 865

ser reintegrado à sociedade, acaba sem ter um tratamento adequado, por existir uma carência do número de profissionais da saúde, acarretando na sobrecarga dos mesmos, conduzindo a um tratamento deplorável, violando, dessa forma, os direitos sociais à saúde e à um tratamento digno, assegurados na Constituição Federal de 1988.<sup>36</sup>

Observa-se, também, neste relatório, a falta de um acompanhamento sócio familiar. Muitas vezes os indivíduos que cumprem as medidas de segurança são abandonados por suas famílias, e ao fim de sua internação, acabam ficando nas instituições, por falta de opção social, causando a superlotação<sup>37</sup>.

A reinserção desse paciente é dificultada pela falta de integração entre os estabelecimentos de saúde e os Hospitais de Custódia, chegando a um ponto delicado: a negligência no cumprimento de um direito a saúde, presente na Constituição Federal. O paciente, uma vez que sai do Hospital de Custódia, não tem continuidade do tratamento iniciado nas instituições por parte dos estabelecimentos de saúde, o que aumenta as chances de recaída e favorece o seu retorno aos Hospitais de Custódia<sup>38</sup>.

Segundo o Censo realizado em 2011, publicado com o título “A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil”, observa-se dados bastante alarmantes. O estudo fora realizado baseado em visitas a 19 Estados mais o Distrito Federal, ademais, foram estudados mais de 3.989 indivíduos internados, durante 11 meses de pesquisa.

Nesse estudo foram constatados a existência de 23 Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, e apenas 3 alas de Tratamento psiquiátrico no Brasil, localizadas em presídios e penitenciárias. Ademais, fora constatado que existem Estados que não possuem sequer um hospital de custódia e tratamento, são eles: Acre, Amapá, Goiás, Maranhão, Mato Grosso do Sul, Roraima e Tocantins. Porém, existem, também, Estados que possuem mais de uma unidade de tratamento, são eles: Minas Gerais, Rio de Janeiro e São Paulo, com três unidades de tratamento cada.<sup>39</sup>

---

<sup>36</sup> Associação Brasileira de Psiquiatria. Hospitais de Custodia no Brasil: avaliação e propostas. 2010. p.5

<sup>37</sup> Idem, p.5

<sup>38</sup> Idem, p.7

<sup>39</sup> Censo, 2013, p.35

Levando em consideração os estados em que inexistem Hospitais de Custódia e Tratamento em 2011 segundo o Censo<sup>40</sup>, como dito anteriormente, é possível que os indivíduos submetidos a uma medida de segurança estivessem em delegacias, presídios ou cadeias públicas, ou seja, em locais que não atingem à finalidade terapêutica da medida de segurança. Ressalta-se, no entanto, que no Estado de Goiás as medidas de segurança são cumpridas por meio de Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI), sendo uma saída a internação nos Hospitais de Custódia.

Ademais, fora constatado que 18 indivíduos estavam há mais de 30 anos internados, cumprindo medida de segurança, o que representa 0,5%<sup>41</sup> do censo, constituindo um descaso com esses indivíduos, por omissão do poder público. As omissões com esses indivíduos são uma afronta ao princípio da dignidade da pessoa humana, como também os direitos e garantias individuais, ao ser mantido em um lugar degradante por maior tempo que o assegurado na legislação.

Fora constatado também que 21%, ou seja 606<sup>42</sup> indivíduos estudados que cometeram atos ilícitos e que foram submetidos a uma medida de segurança, estão internados há mais tempo que a pena máxima em abstrato para a infração cometida. Observa-se que, durante a aplicação das medidas de segurança, há falta de razoabilidade e proporcionalidade aplicadas a elas, levando em consideração que se esses indivíduos estivessem suportando uma pena normal já teriam progredido de regime, enquanto os subordinados as medidas de segurança são esquecidos pelo sistema até que cesse a periculosidade do agente.

Constatou-se no censo que a inexistência de políticas públicas adequadas, ausência do tratamento e de cuidado podem ser desencadeadores para que seja praticado o ato infracional, como relata Diniz (2013, p. 15):

É possível supor que a ausência de tratamento de saúde, o abandono de redes sociais de cuidado e proteção, a carência de políticas sociais eficazes para essa população possam ser fatores desencadeantes do ato infracional.

---

<sup>40</sup> Censo, 2013, p.20

<sup>41</sup> Idem, 2013, p.13

<sup>42</sup> Idem, 2013, p.54

Além da constatação do problema de inexistência de políticas públicas dirigidas aos doentes mentais, verificou-se no censo que a população submetida às medidas de segurança era formada majoritariamente homens, negros, pessoas de baixa escolaridade e com periférica inserção no trabalho<sup>43</sup>. Assim, vê-se os indivíduos que estão à margem da sociedade, sendo estes esquecidos pelo Estado e pela população, como os mais suscetíveis a praticarem ilícitos penais, seja por não possuir o tratamento adequado ou, por quase sempre, só serem diagnosticados no momento da aplicação da medida de segurança.

Verifica-se que no domicílio é onde ocorre a maioria dos ilícitos penais graves, sendo essa uma dificuldade a ser enfrentada pelas políticas públicas assistenciais e de saúde mental, sobrando inteiramente para a família a responsabilidade pela melhora do indivíduo, no entanto, o papel de cuidar desse indivíduo é, primordialmente, do Estado, o qual deve assegurar todos os direitos e garantias fundamentais elencados na Constituição Federal.

Dados levantados pelo censo (2013, p.45) comprovam que pelo menos 741 indivíduos não deveriam estar em restrição de liberdade, pelos motivos elencados: medida de segurança já está extinta; internamento sem processo judicial; determinação judicial de desinternação; e laudo atestando a cessação da periculosidade. Dessa forma observa-se que um em quatro indivíduos internados não deveria estar nos hospitais de custódia e tratamento.

Dados revelam que 41%<sup>44</sup> dos exames de cessação de periculosidade estão em atraso, como também os laudos psiquiátricos que demoram em média 10 meses para serem feitos, o que contraria totalmente o art. 150 §1 Código de processo penal, que aduz:

Art. 150. Para o efeito do exame, o acusado, se estiver preso, será internado em manicômio judiciário, onde houver, ou, se estiver solto, e o requererem os peritos, em estabelecimento adequado que o juiz designar.

*§ 1º O exame não durará mais de quarenta e cinco dias, salvo se os peritos demonstrarem a necessidade de maior prazo.” (grifos nossos).*

---

<sup>43</sup> Censo, 2013. P. 16

<sup>44</sup> Idem, 2013 p. 17

Dessa forma, o inimputável acaba esperando em média 6 vezes mais que o prazo estipulado pelo legislado em nosso código. Ademais, faz-se necessário ressaltar que a espera para o exame de cessação de periculosidade é de 32 meses, o que acaba atrasando àqueles que já se encontram em condições de deixar o local, sendo aprisionados por mais tempo que o necessário<sup>45</sup>.

No livro Hospital de Custódia: prisão sem tratamento, elaborado pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP) há relatos de como funciona a aplicação das medidas de segurança no Estado de São Paulo, temos que (2014, p.15):

Os cerca de 1.050 portadores de transtornos mentais que cumprem “medida de segurança” nos três Hospitais de Custódia do Estado de São Paulo se encontram em estado de total desassistência, não recebem cuidados médicos essenciais, não têm acompanhamento psicossocial visando a recuperação, e vivem em ambientes fétidos, úmidos, em enfermarias com vidros quebrados e colchonetes no chão.

De acordo com o relato supracitado, observa-se claramente que há o descumprimento de um dos preceitos basilares da Constituição Federal, que é o da dignidade da pessoa humana, pois os indivíduos que estão nos Hospitais de Custódia e Tratamento não estão recebendo o tratamento adequado e, estão expostos a ambiente físico deplorável como apresentando.

Ademais, o art.5º, III, aduz que ninguém será submetido a tratamento desumano, porém, como mostra o relato da CREMESP, nada diferencia o tratamento que os inimputáveis estão submetidos a um tratamento desumano, como trata a própria Constituição.

Está claro, após tudo que foi anteriormente citado, que o direito e garantia fundamental, elencado no art. 5º, XLIX, no qual é assegurado aos presos o respeito à integridade física e moral, é totalmente desrespeitado.

Com base nos dados demonstrados, observa-se o desinteresse do poder público com os indivíduos que estão no cumprimento da medida de segurança, de maneira que estes foram esquecidos por todos, Estado e sociedade, que juntos fecham os olhos para a realidade deplorável que estes indivíduos se encontram,

---

<sup>45</sup> Censo, 2013, p. 17

sendo muitos destes direitos constitucionais, como já demonstrados, cerceados de maneira que ninguém, nem mesmo a sua família, lutam por eles.

#### **4.4 PAILI**

O PAILI é o Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator, programa este aplicado no Estado de Goiás, sendo uma parceria entre as Secretarias de Estado e Saúde e da Justiça, Secretaria Municipal da Saúde de Goiânia, Tribunal de Justiça e Ministério Público do Estado de Goiás, com o objetivo de aplicar as diretrizes da lei 10.216/2001, conhecida por Lei Antimanicomial ou Lei da Reforma psiquiátrica<sup>46</sup>.

##### **4.4.1 Lei 10.216/01**

A lei 10.216 foi promulgada em 6 de Abril de 2001, sendo fruto da luta dos militantes do Movimento Antimanicomial, que tinham como fundamento o tratamento mais humanizado dos indivíduos submetidos a instituição hospitalar para um tratamento em uma rede psicossocial, estruturada em unidades de serviço comunitários abertos<sup>47</sup>.

A lei antimanicomial tem como objetivo humanizar o tratamento de pessoas acometidas de doença mental, assegurando-lhes os direitos e garantias fundamentais acostados na Constituição Federal, medidas estas com finalidade de reinserir esse doente mental a sociedade como disposto no art. 4 da lei 10.216/01 :

Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

---

<sup>46</sup> Silva. Implementação da reforma psiquiátrica na execução das medidas de segurança. p. 7

<sup>47</sup> Idem. p. 15

O art. 4º da referida lei entra em choque com o Código Penal vigente, em seu art. 97, tendo em vista que o art. 4º preceitua que a internação do doente mental será a última medida a ser aplicada ao indivíduo, tendo preferência qualquer outras medidas pertinentes, ao contrário do que preceitua o próprio art. 97, em que o indivíduo será preferencialmente internado para tratamento. Segundo Haroldo Caetano da Silva<sup>48</sup>, o art. 97 foi parcialmente derogado pelo lei 10.216/01 como mostra:

Ao submeter o agente inimputável ou semi-imputável à medida de segurança, deve o juiz dar preferência ao tratamento ambulatorial, somente determinando a internação *“quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes”* (art. 4º, *caput*). Impõe-se agora uma nova interpretação da regra do parcialmente derogado art. 97 do CP conjugadamente com o art.4º, *caput*, da Lei nº 10.216/2001, de forma que, mesmo que o fato seja punível com reclusão, deve o juiz preferir a medida de segurança não-detentiva, utilizando a internação apenas nos casos em que esta severa medida mostrar-se comprovadamente necessária.

A lei 10.216 assegura em seu art. 2º todos os direitos inerentes à pessoa portadora de transtorno mental, dentre eles vale ressaltar os incisos I, II:

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

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

I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;

II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;

Faz-se mister ressaltar que muitos desses incisos são descumpridos durante a aplicação das medidas de segurança em Hospitais de Custódia e Tratamento. Observa-se que o inciso I aduz sobre o melhor tratamento para o doente mental, porém no cumprimento da medida de segurança o inimputável não recebe o melhor tratamento possível, seja pela falta de pessoal, ou pela estrutura física que está

---

<sup>48</sup> Promotor de justiça do Ministério Público do Estado de Goiás.

sujeito. Ademais, no inciso II, preleciona ser tratado com humanidade e respeito, visando a sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade, porém o que constatamos é o isolamento do louco-infrator nos Hospitais de Custódia e Tratamento, abandonados por sua família e sociedade.

#### **4.4.2 O funcionamento do programa**

Segundo Silva<sup>49</sup>, o PAILI supervisiona o tratamento administrado aos doentes mentais nas clínicas psiquiátricas conveniadas ao SUS e nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), visando à desburocratização, dispensando os procedimentos burocráticos típicos dos procedimentos judiciais e a célere aplicação da terapia exigida a cada paciente, dando-lhes a melhor forma de terapia possível juntamente com a manutenção dos laços familiares e a reinserção à sociedade.

O PAILI, por contar com autonomia para o tratamento, não necessita de ordem judicial para proceder com o tratamento, encaminhando o doente mental para o ceio de sua família ou para uma residência terapêutica, ademais, por possuir essa autonomia, possui o cuidado de não permitir que o indivíduo permaneça mais que o tempo necessário nesses espaços terapêuticos.

O PAILI realiza estudos individuais com a finalidade de produzir o projeto terapêutico que melhor se encaixe com o indivíduo, realizando também um trabalho com as famílias para o estabelecimento de vínculos, e que diferentemente do que acontece nas medidas de segurança, no qual os infratores são muitas vezes abandonados pelos seus familiares.

Dessa forma mostra-se como uma alternativa ao cumprimento das medidas de segurança nos Hospitais de Custódia e Tratamento, assegurando assim, todos os direitos e garantias fundamentais presentes na Constituição Federal e de acordo também com a Lei 10.216/01.

### **5. CONCLUSÃO**

De acordo com o supramencionado, observa-se que a aplicação das medidas de segurança, atualmente, não estão de acordo com a lei 10.216/01, em sua

---

<sup>49</sup> Silva. Implementação da Reforma Psiquiátrica na Execução das Medidas de Segurança. 2013.

maioria, e que muitas vezes como já mencionado o indivíduo se mantém nos Hospitais de Custódia e Tratamento aprisionados, por tempo indeterminado.

Observa-se que o tratamento oferecido nos Hospitais de Custódia e Tratamento não consegue atingir os objetivos da medida de segurança, pois como já citado, não há um tratamento adequado, não há um espaço físico de qualidade e existe uma equipe reduzida para o atendimento desses indivíduos.

A lei antimanicomial é uma proposta diferenciando de um tratamento mais humanizados a aqueles submetidos às medidas de segurança, tendo como base o tratamento individual, permanecendo este, como regra, juntamente com sua família, sendo a última medida a internação desse indivíduo.

Conclui-se assim, que programas como o PAILI surgem como uma forma de atender as diretrizes da lei 10.216/01, introduzindo um tratamento adequado, digno e humanizado ao louco-infrator, podendo vir a substituir os Hospitais de Custódia e Tratamento atualmente defasados.

## **6. REFERÊNCIAS**

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSICOLOGIA. Hospitais de Custódia no Brasil: avaliação e propostas. Brasil. 2010. Relatório. Disponível em: <[http://www.abpbrasil.org.br/comunicado/arquivo/comunicado-104/MANUAL\\_FORENSE-18\\_10\\_Joao\\_2.pdf](http://www.abpbrasil.org.br/comunicado/arquivo/comunicado-104/MANUAL_FORENSE-18_10_Joao_2.pdf) >. Acesso em 01 ago. 2015.

BITENCOURT, Cezar Roberto. Tratado de direito penal, parte geral 1. Saraiva. São Paulo. 20ª edição. 2014.

BRASIL. Código Penal Brasileiro. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/Del2848compilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848compilado.htm) > Acesso em 21 de set. 2015.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm)> Acesso em 15 de set. de 2015.

BRASIL. Lei nº 10.216, 06 de abril de 2001. Direitos aos submetidos a todas as formas de internação. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/LEIS\\_2001/L10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10216.htm) > Acesso em 01 de out. de 2015.

BRASIL. Lei nº 7.210, 11 de julho de 1984. Lei de Execuções Penais. Da Execução Das Medidas de Segurança. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L7210.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L7210.htm) > Acesso em: 20 de set. de 2015.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Habeas Corpus nº 67.621-2-RS. Paciente: Atalábio Sander, Impetrante: Defensoria Pública da União. Coator: Superior Tribunal de Justiça. Relator: Min. Cezar Peluso. Publicação 26/06/2009. DJE nº 118. Disponível em: <<http://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=AC&docID=597914>> Acesso em 20 de set. 2015.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Habeas Corpus nº 84.219. Paciente: Maria de Lourde Figueiredo ou Maria de Loudes Figueiredo ou Maria das Graças da Silva. Impetrante: PGE-SP - Waldir Francisco Honorato Junior (assistência judiciária) Coator: Superior Tribunal de Justiça. Relator: Min. Marco Aurélio. Publicação DJ:03/05/2004. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/portal/jurisprudencia/listarJurisprudencia.asp?s1=%28%28HC+84219%29%29+NAO+S%2EPRES%2E&base=baseMonocraticas>> Acesso em 20 de set. 2015.

Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Hospital de Custódia: prisão sem tratamento-Fiscalização das instituições de custódia e tratamento psiquiátrico do Estado de São Paulo. Relatório. 2014. Disponível em : <[http://www.cremesp.org.br/pdfs/Livro\\_Hospital\\_de\\_Custodia.pdf](http://www.cremesp.org.br/pdfs/Livro_Hospital_de_Custodia.pdf)> Acesso em 29 de out. 2015.

DINIZ, Debora. A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil-Censo 2011. Brasília. 2013. Editora: Universidade de Brasília. Disponível em: <[http://www.unbciencia.unb.br/images/stories/trat\\_psico2011.pdf](http://www.unbciencia.unb.br/images/stories/trat_psico2011.pdf) >. Acesso em: 01 de set. 2015.

JACOBINA, R. R.; A Prática Psiquiátrica na Bahia (1874-1947): Estudo Histórico do Asilo São João de Deus/ Hospital Juliano Moreira. Tese de Doutorado em Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2001. Disponível em: <<http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/4433/2/89.pdf>. Acesso em 20 set. 2015.

JESUS, Damásio de. Direito Penal Parte Geral 1º volume. Saraiva. 32ª edição. 2011.

MASSON. Cleber. Direito Penal Parte Geral volume 1. Editora Método. 8ª edição. 2014.

NUCCI, Guilherme de Souza. Manual de Direito Penal parte geral. Revistas dos Tribunais Ltda., 9ª edição. 2013.

OLIVEIRA, Jennifer Carneiro de. A Periculosidade Como Justificativa Para Aplicação de Medida de Segurança. 2010. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Rio Grande do Sul. Disponível em: < [http://www3.pucrs.br/pucrs/files/uni/poa/direito/graduacao/tcc/tcc2/trabalhos2010\\_1/jennifer\\_oliveira\\_d.pdf](http://www3.pucrs.br/pucrs/files/uni/poa/direito/graduacao/tcc/tcc2/trabalhos2010_1/jennifer_oliveira_d.pdf). Acesso em 24 set. 2015.

PESSOTTI, Isaias. A Loucura e as Épocas. Rio de Janeiro: 34. 2 ed., 1994.

SILVA, Haroldo Caetano da. Implementação da reforma psiquiátrica na execução das medidas de segurança. Goiás. 2009. Disponível em:

<[http://www.sgc.goias.gov.br/upload/links/arq\\_870\\_cartilhadopailli.pdf](http://www.sgc.goias.gov.br/upload/links/arq_870_cartilhadopailli.pdf)> Acesso em 20 de set. 2015.