

CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO DA CESSAÇÃO DE PERICULOSIDADE NO BRASIL: abordagens interdisciplinares sobre a revogação ou manutenção da medida de segurança

Isabela Araujo Trevisoli (IC) e Andressa Loli Bazo (Orientadora).

Apoio: PIBIC Mackpesquisa.

RESUMO

O presente trabalho teve por objetivo compreender o termo periculosidade e a avaliação a que está sujeita o indivíduo que cumpre medida de segurança. Nesta direção, salienta-se o modelo de Direito Penal e Lei de Execução Penal, em conjugação com a Constituição Federal e com a Lei Antimanicomial, buscando o rompimento com a tradicional segregação e exclusão social dos cidadãos definidos como loucos. Apresenta, também, fundamentação teórica na qual juristas, profissionais da saúde e magistrados podem encontrar pontos de apoio para reflexão sobre as razões e procedimentos realizados com relação à medida de segurança, especialmente no que diz respeito ao exame de verificação de cessação de periculosidade. Do mesmo modo, propõe-se explicitar um novo panorama de modelo para subsidiar a transformação da aplicabilidade e tratamento dos inimputáveis. Refere-se ao questionamento e enfrentamento de práticas desumanas que se dirigem contra a reintegração do indivíduo na sociedade, transformando o tratamento do sujeito em um círculo vicioso na área da saúde mental. Infere-se que o apoio familiar é uma variável importante para romper o círculo vicioso entre prisão e hospital. Vê-se, então, a precariedade de definição exata no tratamento do internado em Medida de Segurança que abranjam a saúde mental.

Palavras-chave

Periculosidade. Direito Penal. Criminologia.

ABSTRACT

The present work aims to discuss the content of the term dangerousness and the assessment to which the individual who complies with security measures is subject. In this direction, the model of criminal law and the Criminal Execution Law stands out, in conjunction with the Federal Constitution and the Anti-Asylum Law, seeking to break with the traditional segregation and social exclusion of citizens defined as insane. It also presents a theoretical foundation in which jurists, health professionals and magistrates can find a start to reflect on the reasons and procedures performed in the safety measure, as well as in the examination to verify the cessation of dangerousness. Likewise, it is proposed to explain a new panorama of the model to support the transformation of the applicability and treatment of non-imputables. It refers to

the questioning and confrontation of the Criminal Law and Criminal Procedure regarding the security measure and inhumane practices directed against the individual's reintegration into society, transforming the subject's treatment into a vicious circle in the area of mental health. It is inferred that family support is an important variable to be considered, otherwise, a vicious circle is created between prison and hospital. We can see, then, the precariousness of an exact definition in the treatment of the hospitalized in Security Measures that cover mental health.

Key words

Dangerousness. Criminal Law. Criminology.

1. INTRODUÇÃO

Crime e transtorno mental são duas vertentes que se colidem diariamente no Brasil. Nesta discussão, é perceptível a falta de informação e interesse tanto da sociedade, quanto dos juristas, em estudar e se aprofundar nos paradigmas psiquiátricos dos pacientes judiciários.

A medida de segurança é uma forma de sanção prevista na legislação brasileira. Aplica-se ao indivíduo que durante prática de conduta criminalizada não possui entendimento de que o ato seja algo ilícito ou não consegue se determinar conforme este entendimento (art. 26, CP). A aplicação de uma medida de segurança ao portador de sofrimento mental que praticou ato típico e ilícito fundamenta-se na existência de periculosidade. Por periculosidade, entende-se como um traço natural do sujeito, onde este carrega em si uma potência delitiva que pode se concretizar a qualquer momento contra si ou outrem (CARVALHO, 2020, p. 502). O estudo sobre a periculosidade (potencial delitivo que deve ser cessado a fim de proteger o conjunto social) envolve várias ciências, dentre elas, é possível destacar a Psicologia e Psiquiatria, nas quais se interligam pontos de práticas jurídicas e estudos de desenvolvimento mental humano.

De acordo com o artigo 97, §1º do Código Penal, a medida de segurança não apresenta um tempo máximo de duração, como ocorre com as penas privativas de liberdade. Tal fato age em completo desacordo com a Constituição (art. XXXLVII, alínea b, que veda penas perpétuas), sendo, portanto, pauta de grandes debates desta área. Hoje, o entendimento predominante é o de que a duração máxima da medida de segurança não deve ultrapassar o limite determinado para a pena abstratamente cominada ao delito praticado, nos termos da Súmula 527 do STJ.

Todavia, existe um tempo mínimo de 1 a 3 anos aplicado a medida de segurança pelo Código Penal em seu art. 97, §1º. Ao final deste tempo, aplica-se o exame de verificação de cessação de periculosidade tendo como foco principal reavaliar o risco e perigo que o paciente pode apresentar à sociedade no seu retorno à convivência. Este se encontra previsto no art. 175 da Lei de Execução Penal (LEP), devendo ser aplicado por médicos psiquiatras/psicólogos. Cabe a eles redigir o laudo que dará subsídio ao magistrado para decidir se o custodiado deve ou não permanecer em tratamento.

A relação entre áreas distintas muitas vezes causa desavenças e discussões entre assuntos convergentes, e neste caso não é diferente. O objetivo desta pesquisa é analisar as abordagens interdisciplinares sobre a revogação ou a manutenção de tal medida, já que se baseia na periculosidade de um indivíduo, ou seja, na probabilidade de que este venha a cometer um delito. Constatá-la é algo questionável e é feita de forma mais duvidosa ainda.

Mesmo depois de anos de luta para a Lei Antimanicomial ser aplicada de forma eficiente, a legislação dispensa inteiramente a busca de melhorias e desenvolvimento do Exame de Verificação de Cessação de Periculosidade (EVCP), abrindo uma grande lacuna para interpretações pessoais e dúvidas no momento da execução (ABDALLA-FILHO, 2013, p. 113-114). Dessa forma, pretende-se contribuir para uma reflexão a respeito das contradições existentes no estudo e na execução da medida de segurança, bem como analisar a legislação vigente sobre o tema e o tratamento psiquiátrico aplicado, apresentando os desajustes interdisciplinares relacionados à medida de segurança e ao exame de cessação de periculosidade.

2. DESENVOLVIMENTO DO ARGUMENTO

2.1. A MEDIDA DE SEGURANÇA: PRINCÍPIOS E APLICAÇÃO

Primeiramente, vale ressaltar o conceito e aplicabilidade da periculosidade criminal. Emergiu no século XIX durante a Escola Positiva do Direito Penal, que considerava o delito como um sintoma de perigo, revelando uma “personalidade criminal”, sendo então o infrator considerado portador de anormalidades e incapaz de pensar racionalmente (CARRARA, 1998, p. 112).

Por conseguinte, os pesquisadores da época começaram a buscar o motivo dessa conduta criminosa, deixando de ser uma questão de moralidade para se tornar um debate médico, psicológico e sociológico. Os positivistas acreditavam que os criminosos não deveriam ser classificados como objeto, mas sim, rotulados pelos seus crimes e suas causas. Portanto, os juízes, ao julgarem crimes tipificados nesta classe deveriam ser orientados primeiramente através de uma avaliação específica de periculosidade do agente comumente chamado de “índice de criminalidade virtual ou pessoal de expectativa de realização de crimes futuros” (CARRARA, 1998, p. 111). A pena seria aplicada de acordo com a natureza do criminoso e seu princípio de defesa social através da medida de segurança perdurando até que a perigo à sociedade houvesse cessado.

Anos após a iniciativa de criação do conceito de periculosidade criminal, Garófalo (1878), jurista e criminólogo italiano, iniciou a primeira tentativa de sistematizar a concepção jurídica periculosista. Afirmava que se a sanção aplicada tivesse como um dos objetivos a prevenção, deveria também ser adaptado não apenas sob gravidade do delito, como também a “temibilidade” do agente, ou seja, “a perversidade constante e ativa do delinquente e a quantidade de mal previsto que se deve temer por parte do mesmo” (GARÓFALO, 1878 apud MECLER, 2010, p.71).

Em razão da falta de entendimento cognitivo para compreender o ilícito, uma pena de caráter retributivo não seria adequada, sendo aplicada então a Medida de Segurança. Portanto, define-se esta sanção como uma forma de privação de bens jurídicos imposto pelo Estado como forma de prevenção de delitos futuros, com enfoque na educação “curativa” às pessoas que apresentam um perigo social em ocasião de um ilícito penal. Salo de Carvalho (2020, p. 558) explica que a periculosidade é entendida como um estado de antissociabilidade em que se é possível realizar um juízo de probabilidade de uma possível delinquência póstera baseando-se na insanidade mental do periciando.

Atualmente impõe-se a sanção equivalente à prática do delito do agente em três formas possíveis. Para ser aplicada a pena privativa de liberdade, o sujeito, definido como imputável, deve ter pleno conhecimento de responsabilidade penal do caráter ilícito do fato, já que o pressuposto de aplicação desta espécie de sanção é a culpabilidade, possuindo a finalidade coercitiva e retributiva (GARÓFALO, 1878 apud MECLER, 2010, p.59).

Entre a imputabilidade e a ausência de responsabilidade penal, aplica-se a chamada semi-imputabilidade. Neste caso, o sujeito não possui total conhecimento da ilicitude apenas no momento da conduta delitativa (WIGERT, 2015, p. 94), ou pleno conhecimento da ilegalidade do fato. Por esta razão, há a possibilidade de aplicação de ambas as sanções, porém não cumulativamente. O magistrado deve sempre optar pela pena reduzida em casos que ao tempo da ação o sujeito não tinha completo entendimento do caráter ilícito do fato (art. 26, parágrafo único, CP). Em casos específicos, opta-se pela medida de segurança apenas quando a perícia declarar que o agente é dotado de periculosidade, segundo o art. 98 do Código Penal.¹

A medida de segurança consiste em sanção aplicada ao sujeito com ausência de responsabilidade penal (inimputável), incapaz de entender a ilicitude da ação, conforme o Código Penal (art.26). É importante ressaltar que além de, em teoria, deter a finalidade exclusiva de prevenção especial e recuperação do sujeito, o agente não pode ser definido como criminoso, uma vez que a inimputabilidade exclui a culpabilidade, como explica Mariana de Assis Weigert:

Em virtude de a inimputabilidade ser uma causa de exclusão da culpabilidade - e esta, um dos elementos do crime -, a conduta praticada pelo autor não pode ser adjetivada como crime, inexistindo, conseqüentemente, possibilidade de aplicação da pena. Não por outra razão, reconhecida a inimputabilidade, o Código de Processo Penal determina seja o réu absolvido. Trata-se, em realidade, na linguagem do processo penal, de uma absolvição *sui generis* ou imprópria, pois apesar de absolvido o sujeito é submetido à

¹ “Na hipótese do parágrafo único do art. 26 deste Código e necessitando o condenado de especial tratamento curativo, a pena privativa de liberdade pode ser substituída pela internação, ou tratamento ambulatorial, pelo prazo mínimo de 1 (um) a 3 (três) anos, nos termos do artigo anterior e respectivos §§ 1º a 4º” (art. 98 do Código Penal).

medida de segurança, permanecendo, portanto, sob a tutela do Estado penal (WEIGERT, 2015, p. 94).

Os inimputáveis são divididos em duas categorias: (I) inimputáveis psíquicos (BITTENCOURT, 2016, p.475), aqueles que não possuem plena capacidade de entendimento sobre a ilicitude do fato praticado e são incapazes de se comportar de acordo com as normas penais; e os (II) inimputáveis etários (BITTENCOURT, 2016, p.478), que corresponde aos menores de 18 anos, aos quais se atribui medidas socioeducativas.

Aos inimputáveis psíquicos são passíveis duas espécies de aplicação da medida de segurança (art. 96, CP): internação psíquica (art. 96, I, CP) ou tratamento ambulatorial (art. 96, II, CP). Os critérios de aplicação das espécies variam de acordo com a gravidade do delito (art.97, *caput*, CP).

Diferentemente da pena privativa de liberdade, que possui um tempo previamente determinado pela sentença, a medida de segurança, por se tratar de um controle de periculosidade e tratamento em formato curativo, se adapta a cada paciente. Para isso, o Código Penal determinou apenas um tempo mínimo de 1 a 3 anos, permitido para todas as sentenças (art. 96, §1º do CP). Após o término do tratamento mínimo, feito em um HCTP (Hospital de Custódia e Tratamento Psíquico)² ou acompanhado à distância pelo tratamento ambulatorial, é realizado o Exame de Verificação de Cessação de Periculosidade (EVCP), visando a avaliar o prognóstico de risco que o agente representa à sociedade, bem como a probabilidade deste cometer uma nova infração (ABDALLA-FILHO, 2016, p. 131).

Seguidamente à realização do exame, envia-se ao juiz um laudo informando, por legistas, se houve algum progresso no tratamento e se houve a cessação de periculosidade. Além disso, é necessário pensar junto ao processo o testemunho das partes e representantes do Ministério Público, para que assim, o magistrado possa sentenciar sobre a revogação ou permanência da internação.

Diante do cotidiano de violência e dor dos portadores de transtornos mentais, que perpetuou durante séculos no sistema penal brasileiro, restou-se buscar uma nova forma de tratamento dos infratores psíquicos que deveria ir além dos manicômios/presídios já existentes (MATTOS, 2015, p. 11).

Em meio a um contexto de reestruturação pós ditadura militar, bem como formulação e defesa de políticas públicas, iniciou-se, em 1989, o desenvolvimento e apresentação do projeto de Lei 10.216. O processo da Reforma Psiquiátrica (ou Lei Antimanicomial) foi aprovado pelo Congresso apenas em abril de 2001 e trouxe consigo a possibilidade de

² Antigos manicômios judiciários em que é imposto um tratamento “curativo” ao qual consistem em internação hospitalar, que se assemelha a uma prisão de paredes brancas.

reconstrução da forma em que os pacientes eram assistidos pelos médicos, já que anteriormente a este período, as decisões relacionadas à vida do sujeito eram feitas em nome dele, sem quaisquer participações deste, não sendo visto como agente político.

O projeto tinha três artigos principais que determinavam: a extinção progressiva dos antigos manicômios; a implantação de uma rede de atendimento à comunidade, vinculada a diversas iniciativas de defesa dos direitos dos pacientes; e promoção de sua integração social em seu egresso da medida (GABRIEL, 2011).

A Reforma veio como uma tentativa de transformações reais e práticas no cotidiano de pessoas com transtornos mentais em diversas áreas, abrangendo valores culturais e sociais. Além de fornecer um possível processo de reconstrução, exercendo a cidadania e reabilitação social (CEDRO, 2021, p. 764-766). Buscou, também, trazer a desconstrução da antiga imagem da “loucura”, conforme explica Salo de Carvalho (2020, p. 587):

As inovações dos programas alternativos de intervenção não punitiva (PAI-PJ e PAILI), proporcionadas pela Lei n. 10.216/2001, permitem compreender quão fértil é o espaço de atuação criado pela reforma psiquiátrica. Ao mesmo tempo expõem quão deficitário é o discurso da dogmática penal, que permanece literalmente preso aos conceitos higienistas da psiquiatria do século passado. [...] O avanço proporcionado pelo movimento antimanicomial, pela psicologia social e pela antipsiquiatria na ruptura com as categorias estigmatizadoras do sistema periculosista demonstra que é possível resistir ao punitivismo e encontrar alternativas às formas violentas de imposição de sanções pelo sistema penal.

Ressalta-se, na problemática, o fato de que mesmo após anos de debates e formulação de lei específica, o conceito de periculosidade, mesmo que questionável, ainda é aplicado no sistema penal brasileiro. Bem como não se define elementos extremamente básicos e igualmente indispensáveis para o tratamento do paciente. Como exemplo da negligência do sistema penal, o tempo de duração máximo da Medida de Segurança foi definido apenas em 2015, ocasião em que o STJ publicou a Súmula 527, determinando a não ultrapassagem do limite máximo da pena abstratamente cominada ao delito praticado.

Ainda há um longo caminho a ser percorrido para se dizer que há um plano eficaz de ressocialização e tratamento das pessoas com sofrimento psíquico, visando à diminuição do preconceito e melhor acolhimento do sancionado.

2.2. AS DIFICULDADES DA REGULARIZAÇÃO E APLICAÇÃO DA MEDIDA DE SEGURANÇA

Nota-se que a teoria acerca da reabilitação do agente não condiz com a realidade taciturna dos internados na ala psiquiátrico-carcerárias do sistema penal brasileiro. Os HCTPs

foram construídos aos poucos no Brasil, vindo a ser 23 hospitais de custódia e 3 alas de tratamento psiquiátrico (ATPs) espalhados pelo país. Em 2011 a população total dos 26 centros de tratamento alcançou mais de 3 mil indivíduos (DINIZ, 2013, p. 35).

Em 2015, o Conselho Federal de Psicologia, em conjunto com o Conselho Federal da Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) e a Associação Nacional do Ministério Público em Defesa da Saúde (AMPASA), realizaram uma inspeção em todos os hospitais e alas de tratamento do país. A vistoria foi realizada em 17 estados do Brasil e no Distrito Federal, e buscava:

Evidenciar os impasses encontrados nessas instituições, o desrespeito aos direitos humanos, a falta de tratamento, as condições físicas, técnicas e de trabalho (sempre muito ruins), a ineficácia do dispositivo hospitalar/manicomial [...], o Instituto da Medida de Segurança enquanto pena perpétua, o mito da periculosidade presumida (nos exames de cessação de periculosidade, ainda que a presunção de periculosidade tenha sido varrida legalmente desde 1984) e, sobretudo, o descompasso entre as novas formas de abordagem, tratamento e responsabilização do louco infrator, amparadas nos pressupostos da Reforma Psíquica da Luta Antimanicomial, e outras legislações, portarias, etc [...] (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Inspeções aos manicômios. Relatório Brasil, 2015, p. 14).

Durante sua realização, constatou-se a falta de advogados para acompanhamento processual de cada indivíduo. Em meio a 18 unidades inspecionadas, em estados diferentes, foram localizados advogados em apenas três delas (CFP, 2015, p. 17). Representando, destarte, o descaso do Estado em atender homens e mulheres tão marginalizados, como reforça Thayara Castelo Branco (2016, p. 249):

Os hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico ou manicômios judiciais continuaram como a mais representativa materialização do poder penalpsiquiátrico, somando o pior da prisão com o pior do manicômio. [...] Isso fica claro quando o movimento de reforma psiquiátrica assume seu protagonismo no sistema de saúde brasileiro – negando as instituições da violência e lutando por uma sociedade sem manicômios [...]. Este, por sua vez, resiste ao movimento reformador, mantendo o tradicionalismo psiquiátrico positivista na qualidade de política eficientista preponderante de controle social psiquiatrizado.

Além da falta de apoio por parte do Estado, ainda existe a escassez de psicólogos nas unidades verificadas, totalizando 45 profissionais divididos em 18 unidades. Isto é, um profissional para cada 21 pacientes, em unidades em que há uma maior concentração de profissionais para realizar essa ligação entre médico/paciente; e um profissional para cada 104 internados, em unidades com menor quantidade de psiquiatras responsáveis pelo acompanhamento dos internados (Ibid., p. 16).

É incoerente que uma instituição construída e desenvolvida para tratar e auxiliar a ressocialização do indivíduo em conflito com a lei, não possua uma estrutura mínima de médicos e advogados para auxiliar no difícil processo de saída do ciclo vicioso da Medida de

Segurança. Para além, o relatório feito pela inspeção revela que os registros em prontuário são “praticamente inexistentes”, sendo transcrito apenas fatos pontuais. Muitos deles nem mesmo têm dados mínimos dos internados, os internados são atendidos com pouca ou até mesmo nenhuma frequência; ou qualquer plano terapêutico. Não existe compromisso ou importância em regularizar os relatórios de forma adequada capaz de sustentar o devido processo penal (Ibid. 17). “Há casos [...] em que uma perícia para determinação de sanidade mental demora mais de dois anos para ser realizada, em desacordo com todas as normas processuais penais atinentes” (CFP, 2015).

A fiscalização assevera que uma grande parte dos pacientes que possuem laudo de cessação de periculosidade positivo, permanecem segregados e que apenas 17% dos casos são cumpridos de forma prevista pela legislação, bem como segue os prazos periódicos anuais do exame de periculosidade. Portanto, ressalta-se que os hospitais psiquiátricos agem e tratam os pacientes como se não existisse a reforma da Lei Antimanicomial, mantendo a antiga tendência punitivista, como se a reestruturação da lei nunca tivesse existido (WEIGERT, 2015, p. 147).

Continua-se castigando o sujeito pelo que ele é, e não pelo ato praticado no passado. Encarceram-no por algo que ele não tem controle, condenando-os pelo resto da vida. Mesmo com a reforma da lei, os HCTPs permanecem sendo prisões de paredes brancas - reforçado pela própria LEP -, com características similares às das prisões comuns nacionais (CARVALHO e WEIGERT, 2013, p. 60), segregando, culpando e punindo o sujeito por um ato futuro; não realizando o devido tratamento de auxílio e proteção ao paciente, que muitas das vezes não tem suporte nem da própria família.

A reforma psiquiátrica foi explícita em proibir qualquer forma de tratamento manicomial. Mesmo nos casos excepcionais – a internação psiquiátrica é sempre subsidiária e indicada apenas quando os recursos extra-hospitalares (serviços comunitários) se mostrarem insuficientes [...] (CARVALHO e WEIGERT, 2013, p. 85).

Regra geral, as acomodações apresentadas pela inspeção, realizada em 2015, são coletivas, separadas por gênero, existindo acomodações individuais utilizadas apenas em “casos de tentativa de autoextermínio, brigas ou crises/surtos (sic)”, usando-as como celas de castigo. Em outras instituições, pacientes com síndrome de imunodeficiência adquirida, também vivem isoladamente, tal como os pacientes com histórico de pedofilia (CFP, 2015, P. 17).

As celas de isolamento possuem um vaso sanitário, mas sem válvula de descarga. Foi-nos informado que, externamente, um funcionário dava descarga três vezes ao dia (por segurança – sic), regra geral “fossa turca” (buraco no chão, como nas cadeias). Além das péssimas condições de limpeza (mesmo quando “preparados” para a inspeção), o cheiro é

repugnante em todas as unidades visitadas, não há equipe específica para limpeza, os banheiros e alojamentos são imundos, os pacientes também sofrem com as vestes muito sujas da instituição, pouco dadas a lavagem periódica. [...] O corolário óbvio é a relação homoafetiva muitas vezes não consentida (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2015. p.17).

No entanto, mesmo sendo conhecidos como Hospitais de Custódia, e sendo pressionados constantemente por melhorias pela Lei da Reforma Psiquiátrica, o que menos se vê nos hospitais é tratamento. Na verdade, existe um cumprimento de penalidade, mesmo que os pacientes tenham sido absolvidos³ pela justiça (LIRA, 2016, p.143). Outrossim, há hospitais psiquiátricos - como no Maranhão - que a superlotação chega a 410% de sua capacidade, acarretando em adaptação em corredores para melhor acomodação dos pacientes, falta de camas ou improvisação de “beliches”.

Além disso, o diretor do HCTP em questão não conseguiu informar quantos pacientes estavam cumprindo a Medida de Segurança e quantos estavam aguardando a realização do exame de cessação de periculosidade. Segundo ele, como muitos dos internados chegavam lá sem qualquer documentação referente ao processo (juntamente com a falta de assistente jurídico ou defensor público na unidade), não seria possível ter o controle sobre quais dos pacientes internados estariam ingressando por determinação judicial. Portanto, os próprios pacientes ficam sem informação do andamento processual, ou, em caso necessário, acabam não realizando os exames periciais a que têm direito segundo o a legislação. (CFP, 2015, p. 132).

A cultura do encarceramento também se encontra acoplada à medida de segurança (PRADO e SCHINDLER, 2017, p.633). Segundo o art. 97 do CP, a internação deve ser aplicada em regra geral, e o tratamento ambulatorial apenas em casos em que se é previsto detenção, indo em completo desacordo com a Lei Antimanicomial que visa a internação apenas em última instância⁴. É possível perceber que a legislação não se baseia sobre o melhor meio de tratamento, mas sim na gravidade do delito, a fim de seguir a mesma proporcionalidade do ato ao meio de aplicação da “pena”.

2.3. O EXAME DE VERIFICAÇÃO DE CESSAÇÃO DE PERICULOSIDADE: APLICAÇÃO DO TEÓRICO INALCANÇÁVEL

O exame de Avaliação de Cessação de Periculosidade se aplica ao final do tempo mínimo da Medida de Segurança ou por solicitação do juiz responsável pelo caso. Enquanto a periculosidade do agente não é cessada, mantém-se a medida, podendo permanecer por

³ Neste caso, grosso modo, entende-se como absolvição imprópria. Ocorre quando o juiz isenta ao agente de pena, porém o vincula a Medida de Segurança, nos termos do art. 386, § único, III, CPP.

⁴ Art. 4º Lei nº 10.216/2001.

décadas sem ultrapassar o limite determinado para a pena abstratamente cominada ao delito praticado pelo internado, nos termos da Súmula 527 do STJ.

Através de um laudo psicológico, que (em teoria) deve ser realizado por um profissional especializado na aplicação do Exame de Cessação de Periculosidade, o julgamento pode ser feito de forma involuntária pelo examinador, emitindo, assim, uma opinião que venha influenciar a decisão do magistrado. Cristina Rauter (2003, p. 84) reconhece que, por se tratar de um procedimento científico, é facilmente aceito e pouco questionado, sem muita discussão quanto ao foco principal esperado pelo legislador ao solicitá-lo a fim de ter um respaldo seguro de uma ciência (ou “exercício de futurologia”). O objetivo principal deve “fornecer uma espécie de retrato fiel daquilo que se passa no interior do indivíduo, seus desejos, tendências, os motivos que o levaram ao ato criminoso e, ainda mais, uma previsão sobre as possibilidades de vir a reincidir no erro”.

Ao estudar este processo de averiguação, vê-se o instrumento dúbio usado por um (falho) sistema penal que tem consequências palpáveis na vida e no futuro do internado-condenado. A credibilidade dada pelo Judiciário a este tipo de avaliação traz efeitos concretos sobre o destino da população internada, reforçando então as técnicas psicológicas previamente citadas.

Na maioria das vezes, um resultado desfavorável lança uma desconfiança sobre a índole do preso, que poderá perdurar como uma marca indelével sobre seu futuro interior das instituições carcerárias, tendo como efeito prolongar-lhe indefinidamente o tempo de reclusão ou dificultar-lhe a concessão de benefícios (RAUTER, 2003. p. 84).

Entre diversos instrumentos usados para averiguar a periculosidade do agente, o PCL-R e HCR-20 são mais comumente utilizados no Brasil. O Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R) baseia-se no conceito clássico de psicopatia (MECLER, 2010, p. 72), visto que esse fator foi considerado um importante “preditor para eventos violentos em uma amostra carcerária” (ABDALLA-FILHO, 2016, p. 132). Este consiste em 20 itens escolhidos para realizar a avaliação comportamental, bem como os traços emocionais que são característicos à personalidade psicopata. Defende a capacidade de apresentar tanto o diagnóstico, como possível prognóstico, conforme tabela abaixo:

Tabela 1 – Os 20 elementos que compõem a escala PCL-R

1.	Loquacidade/charme superficial
2.	Superestima
3.	Necessidade de estimulação/tendência ao tédio
4.	Mentira patológica
5.	Vigarice/manipulação
6.	Ausência de remorso ou culpa
7.	Insensibilidade afetivo-emocional
8.	Indiferença/falta de empatia
9.	Estilo de vida parasitário
10.	Descontroles comportamentais
11.	Promiscuidade sexual
12.	Transtornos da conduta na infância
13.	Ausência de metas realistas e de longo prazo
14.	Impulsividade
15.	Irresponsabilidade
16.	Incapacidade de aceitar responsabilidade pelos próprios atos
17.	Muitas relações conjugais de curta duração
18.	Delinquência juvenil
19.	Revogação da liberdade condicional
20.	Versatilidade criminal

Fonte: ABDALLA-FILHO, 2016, p. 271.

Ao contrário do PCL-R, que enfoca apenas na personalidade do indivíduo de forma exclusiva, o HCR-20 (Historical, Clinical and Risk Management Violence Risk Assessment Scheme) foi especialmente desenvolvido para avaliar o risco de comportamento futuro que venha a ser violento (MECLER, 2010, p. 72). Tem por característica principal a utilização da avaliação os elementos externos que possam afetar o indivíduo, como exposição a desestabilizadores, falta de apoio pessoal etc. (ABDALLA-FILHO, 2016, p. 271). A checklist feita pelo instrumento inclui 20 itens a serem analisados, dividindo-se entre itens históricos (passado), clínicos (presente) e itens de manejo de risco (futuro), conforme apresentado na figura 2.

Tabela 2 – Fatores de risco considerados na avaliação para comportamento violento do HCR-20

Itens históricos (passado)	
H1.	Violência prévia
H2.	Idade precoce no primeiro incidente violento
H3.	Instabilidade nos relacionamentos
H4.	Problemas no emprego
H5.	Problema com uso de substâncias
H6.	Doença mental importante
H7.	Psicopatia
H8.	Desajuste precoce
H9.	Transtorno da personalidade
H10.	Fracasso em supervisão prévia
Itens clínicos (presente)	
C1.	Falta de <i>insight</i>
C2.	Abitudes negativas
C3.	Sintomas ativos de doença mental importante
C4.	Impulsividade
C5.	Sem resposta ao tratamento
Itens de manejo de risco (futuro)	
R1.	Planos sem viabilidade
R2.	Exposição a fatores desestabilizantes
R3.	Falta de apoio pessoal
R4.	Não aderência às tentativas de tratamento
R5.	Estresse

Fonte: ABDALLA-FILHO, 2016, p.270.

As denúncias quanto a não existência de diretrizes claramente definidas conforme as condutas de psiquiatras forenses durante a realização do exame são encontradas em diversos estudos. A Lei Antimanicomial surgiu como tentativa de implantação de melhorias e maior definição das atividades profissionais voltadas aos internados, contudo as brechas e falhas notórias perduram.

A legislação atual determina que cabe ao perito psiquiátrico averiguar a cessação de periculosidade do paciente. Neste contexto, a periculosidade cabe ao termo jurídico, implicando então na capacidade (duvidável) de previsão de um ato futuro do sujeito submetido à Medida de Segurança (MECLER, 2010, p. 75). Todavia, foi observado que os laudos emitidos para apresentação ao judiciário são pouco detalhados e parcialmente completos: “os laudos deveriam conter todos os registros do procedimento pericial, mas o que ocorre [...] é que estes são em geral bastante econômicos em relação as informações” (Ibid., p. 75).

Todos os exames devem conter em seu texto a definição, detalhamento e comentários sobre os critérios a seguir (Ibid., p. 76):

- A) Gravidade do delito;
- B) Antecedentes criminais e/ou psiquiátricos;
- C) Sintomas produtivos: presença ou remissão de sintomas que possuem condições relevantes na aferição de periculosidade (alucinações, ideação delirante, agitação psicomotora etc.). Vale lembrar que esse critério foi construído a partir de expressões utilizadas pelos próprios profissionais peritos;
- D) Sintomas negativos: da mesma forma que o anterior, se refere ao comprometimento ou não das funções da vontade, pragmatismo e afetividade;
- E) Apoio sociofamiliar;
- F) Comportamento;
- G) Juízo crítico;
- H) Diagnóstico;
- I) Parecer da equipe técnica.

Entretanto, os requisitos que geralmente são citados no documento final se baseiam apenas na presença ou falta de sintomatologia (produtiva e negativa), o comportamento do internado e se este possui ou não apoio familiar. Deixando de lado os mais importantes e menos valorizados: gravidade do delito, história criminal e psiquiátrica do periciado (Ibid., p. 77).

Os HCTP'S são a perfeita convergência entre as duas maiores instituições de controle: a Psiquiatria e o Direito Penal. Fundamentando-se no EVCP e na indissociabilidade

preconceituosa e firmemente institucionalizada, o sujeito internado é suprimido e jogado ao esquecimento social (CFP, 2015, p. 7).

Ao realizar entrevistas com os examinadores em diversos HCTP'S, Kátia Mecler (2010) constatou alguns importantes apontamentos que refletem diretamente no tratamento dos internados. Primeiramente constatou-se que os peritos entrevistados chegaram em seus cargos através de convites de colegas que já trabalhavam na instituição, sem qualquer estudo específico para o cargo. Todos se conhecem e até mesmo discordam entre si.

A escola destes peritos foram os ensinamentos dos peritos mais antigos e a leitura dos Arquivos do Manicômio Judiciário, revista de grande repercussão, sobretudo na área pericial, até meados dos anos 60, tendo seu auge na década de 30 e 40. Vejamos: "Minha formação não é nenhuma, é Heitor Carrilhiana..., comprei livros do Chalub e comecei a fazer laudos, estudar. Eu sou psiquiatra, em psiquiatria forense a minha formação foi jogada aos touros..." (MECLER, 2010. p. 78).

Além das condições dos hospitais anteriormente citadas, um outro problema, delimitado durante as entrevistas, foi o comportamento durante a internação do preso; este não é articulado ao diagnóstico da doença, mas sim a qualidade social ou antissocial do paciente. Ainda durante a entrevista, averiguou-se que os critérios estabelecidos pelos entrevistados, para determinar a cessação de periculosidade do paciente provém do que é visualizado literalmente e das experiências clínicas pessoais que o analista possui.

Outra variável apontada neste estudo se refere a importância dada aos pareceres da equipe médica que acompanha o paciente desde o início pelos analistas do exame. Quando bem realizado, o relato do corpo técnico possibilita conhecer melhor o histórico do paciente quanto a resposta ao tratamento, apoio familiar, comportamento do sujeito etc. Embora quase todos considerem ao menos o mínimo quanto ao que está ali determinado, alguns sequer pegam o documento para leitura.

Cabe salientar um dos fatores considerado dos mais importantes, tanto pelos examinadores, como pelo magistrado: apoio sociofamiliar. Este critério é bem destacado visto que o paciente, ao sair do hospital, tem a necessidade de continuar seu tratamento incessantemente. Ou seja, os remédios orais e visitas psiquiátricas são fundamentais para que o paciente não volte a praticar atos danosos, sendo assim, a família, ou apoio próximo, é primordial nesta fase.

Contudo, desde o ingresso até a saída do internado é perceptível a recorrência de exposição do paciente ao mundo em que se está propenso ao descaso, omissão, preconceitos estigmatizados, estereótipos e falta de qualificação técnica e profissional básica. Muitos pacientes perdem o contato com a família, sendo por abandono ou falecimento, ficam à mercê dos psiquiatras e enfermeiras dos hospitais (CFP, 2015, p. 152). Além disso, a falta

de atividades de ensino e desenvolvimento intelectual afeta os internados que ao saírem não possuem qualquer conhecimento básico para alcançar algum apoio profissional e independência.

A pequena quantidade de instituições que relatam incluir as famílias no tratamento, bem como que ofereçam algum tipo de atendimento aos familiares, é somente o ponto final de um percurso caracterizado, desde seu início, pela carência de recursos materiais e técnicos, processos inexistentes e/ou ineficientes e condições desumanas de atenção (CFP, 2015. p. 152).

Desta forma, mesmo que o EVCP proceda a seu favor, o sujeito acaba permanecendo em tratamento por não ter qualquer apoio externo para continuar o tratamento ambulatorial. Este quadro de periculosidade transcende o paciente e se vincula à carência de recursos sociais (MECLER, 2010, p. 80), que inexitem ou são ineficazes, voltando-se então à violação de direitos humanos fundamentais e internação perpétua (Ibid., p. 152).

Existe também a dificuldade quanto ao real objetivo do HCTP, além dos cumpridores de MS, o hospital também começou a receber pessoas que precisam realizar o exame de insanidade, presos provisórios e pessoas que foram internadas por ordem judicial sem que haja o devido processo penal. Dos casos que foram localizados para o estudo (PRADO, 2017, p. 15), todos os pacientes já possuíam registro favorável para a desinternação.

Outro quesito que bloqueia e dificulta o controle e liberdade é a ausência de documentação e identificação do paciente. Não é incomum que pacientes novos cheguem por determinação judicial sem a devida apresentação da documentação mínima exigida. No HCTP é feita uma documentação criminal básica, e em seguida inicia-se o processo burocrático de identificar a real identidade do indivíduo (Ibid., p. 18). Não obstante, ainda existem casos em que não é possível localizar qualquer histórico do paciente.

Pessoas inexistentes, sem conhecimento de sua origem; sem vínculos familiares; com codinomes, quem sabe; com idade incerta; anuladas; impossibilitadas de usufruir de seus direitos; vítimas de tantas carências, inclusive, de sua identidade. Parece ser o extremo da situação que Erving Goffman (1974, p. 29) denomina “mortificação do eu”, como efeito das instituições totais, quando o indivíduo é submetido a diferentes formas de indignidades, como “perder seu conjunto de identidade” ou sofrer a “violação da reserva de informação quanto ao eu” (PRADO e SCHINDLER, 2017, p. 18).

Ao analisar sentenças e acórdãos que determinam a desinternação do paciente, não há constatação do devido acompanhamento psiquiátrico após a saída. Entretanto, há de se verificar nas decisões quanto à conversão da medida de internamento em HCTP's, para tratamento ambulatorial há sempre a determinação acerca das restrições de direitos e parâmetros comportamentais nos quais o ex-paciente deve seguir (Ibid., p. 19).

Sendo assim, é preciso reconhecer que o Poder Judiciário, aspirando a defesa social, com respaldo na legislação penal, implanta parâmetros comportamentais no qual o próprio

ex-internado não pode exercer completamente o domínio de seu tratamento. Além disso, é definido, também, que o sujeito tenha boa convivência e bom comportamento com “amigos, familiares e estranhos”, devendo ser vigiados e acompanhados a todo tempo (Ibid., p. 19).

Verifica-se, nas escutas feitas em reuniões e leituras dos prontuários que, além da carência de vagas, há resistência, por parte dos serviços públicos ofertados extramuros em receber os pacientes do Hospital de Custódia. Então, o lugar que lhes resta, mesmo após a declaração de cessação de sua periculosidade, é ali, escondidos, invisíveis, privados de sua liberdade (PRADO e SCHINDLER, 2017, p. 20).

Sr. P. (SILVA e BRANDI, 2014, p. 3949) cumpriu Medida de Segurança no Distrito Federal por dois anos, onde eram realizados exames de periculosidade anualmente sem decisões favoráveis para a desinternação. Sua família era humilde e nunca foi visitá-lo, sua mãe se negava a recebê-lo para tratamento em casa, visto que este envergonhava sua família. O paciente tinha ciência da infração cometida, bem como seu tratamento e vivência. Não se sentia feliz, tampouco aceito ou seguro na Ala Psiquiátrica, conforme relata abaixo:

Deus é um traíra. E eu falo isto com uma plena lucidez. Eu já vim preparado para o que a senhora iria dizer. Não estou nem desanimado... Eu não posso fazer uma escolha sem a Justiça fazer primeiro. Eu tomo dois carbolitiums, me faz mal. Eu vou questionar o que o psiquiatra vai dizer? O cara trabalha em dois lugares e tudo. Odeio tomar remédio. Só tomo porque não tem jeito. Nem tremendo eu estou. Eu só sou um paciente. Esses remédios, eu fico fritando aqui. Esse remédio dá efeito de ácido. [...] Quantos caras foi e voltou e eu continuo aqui. Eu “tô” na mesma. [...]. Vai acontecer uma coisa ruim para me adiantar para baixo [para o presídio comum] (SILVA e BRANDI, 2014. p. 3951).

Nestas situações, em que a família abandona o internado, a responsabilidade se desloca para o Estado, para reintegrar, cuidar e acompanhar o paciente. O que, conforme demonstrado ao longo deste estudo, não acontece como previsto e determinado pela Lei Antimanicomial. Além de ser constantemente questionado pelo Sr. P e outras centenas de internados: “Essa medida de segurança é infinita ou tem prazo de vencimento?”.

A Medida de Segurança tem o EVCP como ferramenta para mascarar a violência existente nos HCTP's, exercida pelo Judiciário e, em todo, pelo próprio Estado. Os controles institucionais foram modificando conforme o tempo e não podem mais ser violentos e sim sutis “pois agem sobre o indivíduo previamente disciplinarizado, desde a família, a escola etc.” (RAUTER, 2003, p. 106).

A maioria dos laudos usam a reconstituição da história como montagem, a fim de confirmar o rótulo criminoso do indivíduo, reproduzindo todos os estereótipos e preconceitos que envolvem um louco infrator. Podendo ser demonstrado, conforme Rauter (2003), nos trechos:

Totalmente abandonado pelos familiares...aos 15 anos inicia-se na prostituição... mantém uma conduta uniforme desde a infância, **mostrando-**

se pessoa de fácil sugestibilidade com tendências à delinquência⁵. [...] Os anos de cárcere, o confronto com a Justiça lhe mostraram que a sociedade tem outro padrão de masculinidade, diferente daquele que aprendeu no ambiente da favela. [...] 22 anos de cárcere ajudam a resolução de alguns problemas psicológicos, mas podem também criar novos [...] não consegue relacionar-se [...] Nenhuma perspectiva de futuro. Nota-se portanto, que ainda não foi beneficiado pela terapêutica penitenciária (p. 107 e 109 - 110).

As amostragens acima são explicitamente antiquadas e antigas, porém a ideologia e pensamento do Judiciário e dos analistas ainda permanecem na mesma linha.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A tentativa de elaborar critérios objetivos e bem definidos para aferir a periculosidade do sujeito infrator é objeto de estudos da Psiquiatria Forense, no entanto, nenhuma variável sociodemográfica demonstrou certeza significativa com o resultado do laudo, em exclusivo, a variável de suporte familiar.

A Medida de Segurança cria um espaço que transita entre prisão e hospital, envolvendo saúde mental e políticas de defesa social que, historicamente e presentemente, é uma discussão de difícil resolução e ainda se equilibra com dificuldade.

Atualmente, os critérios principais para delimitar a cessação ou não da periculosidade dos pacientes é a presença ou não de sintomologia produtiva (comentada anteriormente), o comportamento do internado e o apoio da família e sociados, ou seja, critérios ligados diretamente à prática clínica do perito analista do caso. Todavia, é válido ressaltar que enquanto em um hospital psiquiátrico comum a remissão dos fatores sintomológicos comuns já são válidos para a liberação do paciente, no HCTP em MS isso não é o suficiente.

Ainda é necessário a comprovação de apoio familiar ou social mínimo para a liberdade do paciente. A falta disso implica na prisão perpétua, mesmo que este já tenha sido absolvido de seu delito. Não receber visita, resulta, então, em algo prejudicial ao sujeito, por ser o único meio de garantir a saída, a existência digna pós segregação social.

O EVCP tem a necessidade de ter itens abordados que deveriam ter uma sistematização mínima. As saídas terapêuticas monitoradas, intensificação de trabalho multidisciplinar e reinserção social mínima são meios de possibilitar uma desinternação precoce e reabilitação ao meio coletivo de forma mais branda. A Lei da Reforma Psiquiátrica trouxe uma nova abertura para o modelo antigo em que se constitui em resgatar a cidadania

⁵ Grifo nosso.

do sujeito internado, porém a promulgação desta não provocou qualquer alteração eficaz na sistemática penal da aplicação da Medida de Segurança.

Não é mais válido o uso de prognose para constatar se o sujeito permanece ou não em um hospital-prisão em reação a um possível crime ulterior. A existência de uma doença mental não implica necessariamente em um ser perigoso, para ele ou outras pessoas ao seu redor, mas ainda sim serve de muleta para o Estado mantê-los em cárcere.

O retrato apresentado durante o estudo pede atenção, reflexão e, principalmente, uma ação direta por meio de movimentos sociais no sentido de escape do abismo que segrega e abandona homens e mulheres, com a falsa promessa de submissão a um "tratamento" inexistente, que em muitas vezes é mais rígida do que a aplicada aos apenados. Faltam políticas públicas, restauração da índole social e econômica, bem como a compatibilização da ideia do tratamento conforme determinado pela Lei Antimanicomial que foi especificamente criada para tratamento dos marginalizados pelo Estado e sociedade.

4. REFERÊNCIAS

ABDALLA-FILHO, Elias et. Al. **Psiquiatria Forense de Taborda**. São Paulo: Ed. 3, 2016

ABDALLA-FILHO, Elias. Objectivity and subjectivity in forensic psychiatry. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, [S.L.], v. 35, n. 2, p. 113-114, jun. 2013. Trimestral. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1516-4446-2012-1034>. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462013000200113&script=sci_arttext.>. Acesso em: 04 jan. 2021.

BITENCOURT, Cezar Roberto. **Tratado de Direito Penal: parte geral 1**. São Paulo: Ed.13, 2016

BRANCO, Thayara Silva Castelo. Medidas de segurança no Brasil: **o exercício do poder (penal) no âmbito da normalização terapêutica**. 2016. 267 f. Tese (Doutorado) - Curso de Direito, Programa de Pós-Graduação em Ciências Criminais Doutorado em Ciências Criminais, Pontifca Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, 2016. Disponível em: <http://tede2.pucrs.br/tede2/handle/tede/6751>. Acesso em: 07 set. 2021.

CARRARA, Sérgio. **Crime e Loucura: o aparecimento do manicômio judiciário no início do século**. 4. ed. Rio de Janeiro: Eduerj, 1998. 228 p. Disponível em: <https://www.patriciamagno.com.br/wp-content/uploads/2015/09/crime_loucura-sergio-carrara.pdf?x20748>. Acesso em: 04 jan. 2021.

CEDRO, Lirys F.; SOUZA, Ândrea C.D. A importância da reforma psiquiátrica na mudança do paradigma da assistência de enfermagem em saúde mental prestada ao portador de sofrimento mental. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 2, n. , p. 764–766, 2021.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Inspeções aos manicômios**. Relatório Brasil 2015. Brasília: CFP, 2015.

DE CARVALHO, S. **Penas e Medidas de Segurança no Direito Penal Brasileiro**. São Paulo: Editora Saraiva, 2020. 9786555592122. Disponível em: <<https://app.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786555592122/>>. Acesso em: 05 mar 2021.

DE CARVALHO, S.; DE ASSIS BRASIL E WEIGERT, M. A Punição do Sofrimento Psíquico no Brasil: Reflexões Sobre os Impactos da Reforma Psiquiátrica no Sistema de Responsabilização Penal. **Revista de Estudos Criminais**, Janeiro/Março. 2013. Disponível em:

<https://patriciamagno.com.br/wpcontent/uploads/2015/09/PM_Carvalho__Weigert_A_Punic_ao_do_Sofrimento_Psiquico_no_Brasil_REC_48_libre.pdf>. Acesso em: 02 mar. 2021.

DINIZ, D. **A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil: censo 2011**. Brasília: Letras Livres, Editora Universidade de Brasília; 2013.

GABRIEL, Pedro. Saúde Mental e Direitos Humanos: 10 Anos da Lei 10.216/2001, **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 63, n. 2, p. 114–121, 2011.

LIRA, Kalline Flávia Silva de. Hospitais de custódia, tratamento psiquiátrico e violação dos direitos humanos. *Ridh: Revista Interdisciplinar de Direitos Humanos*, Bauru, v. 4, n. 2, p. 143-159, jul./dez. 2016. Semestral. Disponível em: <<https://www3.faac.unesp.br/ridh/index.php/ridh/article/view/394>>. Acesso em: 17 mar. 2021.

MATTOS, Virgílio de. **Crime e Psiquiatria: Uma Saída: preliminares para a desconstrução das medidas de segurança**. Rio de Janeiro: Revan, 2015. 233 p.

MECLER, Kátia. Periculosidade: evolução e aplicação do conceito. **Journal Of Human Growth And Development**, [S.L.], v. 20, n. 1, p. 70-82, 1 abr. 2010. NEPAS. <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.19945>. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/jhgd/article/view/19945>>. Acesso em: 05 fev. 2021.

PRADO, Alessandra Mascarenhas; SCHINDLER, Danilo. A medida de segurança na contramão da Lei de Reforma Psiquiátrica: sobre a dificuldade de garantia do direito à liberdade a pacientes judiciários. **Revista Direito Gv**, [S.L.], v. 13, n. 2, p. 628-652, ago. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/2317-6172201725>. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1808-24322017000200628&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 17 mar. 2021.

RAUTER, Cristina. **CRIMINOLOGIA E SUBJETIVIDADE NO BRASIL**. Rio de Janeiro: Revan, 2003.

ROSSI, Valéria Rondon. Medida de Segurança: a violação do direito à saúde a partir do conceito de periculosidade. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, [S.L.], v. 4, n. 3, p. 75-93, 30 set. 2015. Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário. <http://dx.doi.org/10.17566/ciads.v4i3.171>. Disponível em: <<https://doaj.org/article/970f9f268d2d43df8b50edaa03030193>>. Acesso em: 27 jul. 2021.

SILVA, Érica Quinaglia; BRANDI, Caroline Quinaglia Araújo Costa Silva. "Essa medida de segurança é infinita ou tem prazo de vencimento?" - interlocuções e desafios entre o Direito e a Psicologia no contexto judiciário. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 19, n. 9, p. 3947-3954, set. 2014. Mensalmente. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014199.13202013>. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/J5TWbyKXnvvczSd9tWw65y/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 27 jul. 2021.

WEIGERT, Mariana de Assis Brasil e. **Entre Silêncios e Invisibilidades:** os Sujeitos em Cumprimento de Medida de Segurança nos Manicômios Judiciários Brasileiros. 2015. 211 f. Tese (Doutorado) - Curso de Psicologia Social e Institucional, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

Contatos: isabela.araujot@outlook.com e andressa.bazo@mackenzie.br