

## O louco infrator

*The demented offender*

Carolina Oliveira Paranaguá de Castro <sup>1</sup>, Gabriela Campos Melo <sup>1</sup>, Amanda Almeida Albuquerque <sup>1</sup>, Fernanda Lautenschlager de Aragão <sup>1</sup>, Ulysses Rodrigues de Castro <sup>2</sup>

### Resumo

A Psiquiatria Forense é um ramo da Medicina que caminha junto à ciência do Direito. Ela se propõe a esclarecer os casos em que os indivíduos, pelo estado especial de sua saúde mental no momento da prática ilícita, necessitam de consideração particular perante a lei. Nesses casos, sua finalidade é impedir a imputabilidade penal. Um breve histórico sobre a adequação desses indivíduos nas leis brasileiras é exposto no artigo, bem como seu atual enquadramento no Código Penal Brasileiro e o estabelecimento da medida de segurança em Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, visando adequado tratamento e possível reinserção na sociedade.

**Palavras chaves:** direito penal; psiquiatria forense; psiquiatria legal.

### Abstract

Forensic Psychiatry is a branch of medical science that goes along with the Law. This proposes to clarify the cases in which individuals, by special state of his mental health at the time of the unlawful practice, require special consideration under the Law. In such cases, its purpose is to prevent criminal responsibility. A brief history about the adequacy of these individuals under Brazilian's Law is explained in the article, as well as its present framework in the Brazilian Penal Code and the establishment of security measure in Custody Hospitals and Psychiatric Treatment, seeking proper treatment and possible reintegration into society.

**Key words:** criminal Law, forensic psychiatry, forensic psychiatry.

### Introdução

A psiquiatria forense é uma subespecialidade da psiquiatria que guarda importante relação com a ciência do Direito,

compreendendo as regras e as leis do portador de doença mental.<sup>1,2</sup>

Compete, então, à Psiquiatria Forense auxiliar o Poder Judiciário nos casos em que é

1. Acadêmicos do Curso de Medicina da Universidade Católica de Brasília

2. Médico, docente da Universidade Católica de Brasília

E-mail do primeiro autor: carol.paranagua@gmail.com

Recebido em 11/02/2014

Aceito, após revisão, em 02/10/2014

necessário esclarecer os conflitos interpessoais e criminais, fornecendo relatórios periciais psiquiátricos como modo palpável de avaliação. De fato, sua competência é determinar quem é o paciente psiquiátrico em conflito com a lei, ou seja, aquele portador de insanidade mental que pratica ato ilícito.<sup>3-5</sup>

Diante desse contexto, é inevitável abordar o tema da inimputabilidade, definida como a inexistência da capacidade de um indivíduo entender o seu ato como ilícito, portando-se dentro da lei. Por conseguinte, considera-se que um transtorno psicótico, na maioria das vezes, conduz à inimputabilidade, independente da etiologia da psicose, tornando-se essencial ser ela atual e concomitante à prática delituosa.<sup>6-8</sup>

Assim, o artigo tem por finalidade evidenciar a relevância do estado mental das pessoas no momento da prática das condutas típicas previstas pelo Código Penal Brasileiro, trazendo à tona a importância da Psiquiatria Forense como ciência capaz de identificar o denominado paciente psiquiátrico em conflito com a lei, impedindo, dessa maneira, a imputabilidade penal.

### **Histórico da doença mental no Direito Penal Brasileiro**

Em 22 de Outubro de 1830, o projeto do Código Criminal do Império do Brasil foi aprovado e teve sua sanção em 16 de

dezembro daquele ano pelo Imperador D. Pedro I. Tal código previa que:

*Art. 10 Também não se julgarão criminosos:*

*§ 2º Os loucos de todo gênero, salvo se tiverem lúcidos intervalos e neles cometerem o crime.*

*Art. 12 Os loucos que tiverem cometido crimes serão recolhidos às casas para eles destinadas, ou entregues às suas famílias, como ao juiz parecer mais conveniente.<sup>9</sup>*

Tal Código gerava dúvidas em relação aos doentes que deveriam se submeter a essas leis, uma vez que "os loucos de todo gênero" era uma categoria muito ampla. Nessa época, não havia lugares específicos para abrigar os loucos, sobrando apenas as prisões e os hospitais da Santa Casa.<sup>10</sup>

Em 1852, após discussão entre as autoridades competentes em relação ao local de recolhimento para os loucos criminosos, inaugurou-se no Rio de Janeiro os primeiros locais para abrigá-los, os denominados asilos. Porém, durante muitos anos essa estratégia permaneceu sem uma lei que a legitimasse, e isso fez com que os médicos quisessem a autonomia da regularização da admissão dos enfermos nos asilos.<sup>11</sup>

Em 11 de Outubro de 1890, o Código Criminal do Império foi reformulado, dando

origem ao primeiro Código Penal da República. Com o novo Código, mudanças no estatuto jurídico penal do doente mental e o seu destino institucional foram abordados mais claramente, como citado abaixo:

*Art. 27 Não são criminosos:*

*§3 Os que, por imbecilidade nativa, ou enfraquecimento senil, forem absolutamente incapazes de imputação;*

*§4 Os que se acharem em estado de completa privação de sentidos e de inteligência no ato de cometer o crime.*

*Art. 29 Os indivíduos isentos de culpabilidade em resultado de afecção mental serão entregues às suas famílias, ou recolhidos a hospitais de alienados, se o seu estado mental assim o exigir para a segurança do público.*<sup>12-15</sup>

A partir do exposto, infere-se que o crime adquire um novo predicado, o qual se relaciona à imputabilidade do delinquente. Logo, o ato praticado pelos loucos, agentes inimputáveis, não era qualificado como crime.<sup>13</sup>

O artigo 27 ainda se imbuía de certa flexibilidade aos olhos jurídicos, pois possibilitava englobar como não criminosos os casos de sonambulismo, epilepsia, delírio febril, hipnose e embriaguez completa.<sup>12,13</sup>

Assim, vê-se que esse Código abriu um viés para a participação dos peritos psiquiátricos nos tribunais. A esse respeito, Escorel (1905, p. 122) enfatiza: "*Compete à medicina averiguar o fato da alienação mental, razão por que em todos os casos patológicos os exames médicos são as provas reconhecidas como as mais legítimas e precedentes*".<sup>14</sup>

Diante desse contexto, uma modificação no código penal brasileiro tornou-se necessária. Assim, em 1893, foi entregue à Câmara dos Deputados o primeiro projeto de lei, apresentado pelo deputado Vieira de Araújo, o qual foi convertido em lei no ano de 1940 (Decreto de lei 2.848/40). A lei definiu que:

*Art. 1 Não há crime sem lei anterior que o defina. Não há pena sem prévia cominação legal.*

*Art. 22 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 criminoso do fato ou de determinar-se de acordo com o entendimento.*

*Parágrafo único: A pena pode ser diminuída de 1/3 a 2/3, se o*

*agente, em virtude de perturbação da saúde mental ou por desenvolvimento mental incompleto ou retardado, não possuía ao tempo da ação ou da omissão, a plena capacidade de entender o caráter criminoso do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.*<sup>15</sup>

Impende destacar que a doença mental, por si só, não determina a inimputabilidade. Para a caracterização desta, considerava-se o critério biopsicológico na tentativa de evitar o arbítrio direto do juiz e do médico no duelo contra o crime. Este critério avalia a relação de nexo de causalidade entre o estado mental doente e o crime; em outras palavras, para que o doente mental seja isento da culpa, deve-se considerar o grau de evolução da doença, bem como a natureza do crime e a condição psíquica do indivíduo infrator no momento do ato criminoso.<sup>13,14</sup>

A lei trouxe uma nova perspectiva para a ação penal, sob a forma de medida de segurança:

*Art. 76 A aplicação da medida de segurança pressupõe:*

*I - a prática do fato previsto como crime;*

*II - a periculosidade do agente.*

*Art. 77 Quando a periculosidade não é presumida por lei, deve ser reconhecido perigoso o indivíduo, se a sua personalidade e antecedentes, bem como os motivos e circunstâncias do crime autorizam a suposição que venha ou torne a delinquir.*

*Art. 78 Presumem-se perigosos:*

*I - aqueles que, nos termos do art. 22, são isentos de pena;*

*II - os referidos no parágrafo único do artigo 22.*

A medida de segurança possibilita que o direito penal atue frente aos irresponsáveis que, com base no código precedente, estavam fora da esfera das sanções penais. Toma-se como fundamento a periculosidade, em detrimento da culpabilidade, sendo aquela desprovida do caráter de pena. Para Nelson Hungria (1955, v. 3, p. 10), a medida de segurança "[...] é assistência, é tratamento, é medicina, é pedagogia: se acarreta algum sacrifício ou restrição à liberdade individual, não é isso um mal querido como tal ou um fim colimado, mas um meio indispensável à sua execução finalística".<sup>16,17</sup>

Aplica-se aos doentes mentais criminosos a medida de segurança com internação em manicômio judiciário, uma vez

que, carentes de culpabilidade, não devem ser punidos, mas tratados. Nesse sentido, a internação tem seus termos definidos:

*Art. 91. O agente isento de pena, nos termos do artigo 22, é internado em manicômio judiciário.*

*§ 1. A duração da internação é, no mínimo:*

*I - de seis anos, se a lei comina ao crime pena de reclusão não inferior, no mínimo, a doze anos;*

*II - de três anos, se a lei comina ao crime pena de reclusão não inferior, no mínimo, a oito anos;*

*III - de dois anos, se a pena privativa de liberdade, cominada ao crime, é, no mínimo, de um ano;*

*IV - de um ano nos outros casos.*

*§ 2. Na hipótese do nº IV, o juiz pode submeter o indivíduo apenas a liberdade vigiada.*

*§ 4. Cessa a internação por despacho do juiz, após perícia médica, ouvidos o Ministério Público e o diretor do estabelecimento.*

*§ 5. Durante um ano depois de cessada a internação, o*

*indivíduo fica submetido a liberdade vigiada, devendo ser de novo internado se seu procedimento revela que persiste a periculosidade. Em caso contrário, encontra-se extinta a medida de segurança.<sup>15</sup>*

O código penal em vigor ainda é o de 1940, com algumas alterações efetuadas por meio da Lei nº 7.209/84. A essência é a mesma, tendo sido modificados apenas alguns aspectos acerca da medida de segurança. Esta se apresenta, atualmente, sob a forma de internação em hospital de custódia e tratamento ou similar e tratamento ambulatorial. Ademais, seu caráter indeterminado e liberdade condicional permanecem.<sup>10,11</sup>

O portador de transtorno mental que pratica algum delito é mantido sob a custódia do Estado por meio deste instrumento legal que determina a pena mínima, como supracitado. Esses indivíduos, conforme previsto no Decreto nº 1.132/1903, não podem cumprir sua pena no mesmo local que os outros presos, sendo mantidos em manicômios judiciários, criados no Brasil a partir do século XX, quando se iniciaram amplos debates no campo jurídico sobre a loucura criminosa. Posteriormente, passaram a ser denominados Hospital de Custódia e

Tratamento Psiquiátrico (HCTP), conforme a previsão do Código Penal Brasileiro.<sup>12,14,15</sup>

Código Penal Brasileiro (Redação dada pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984):

Inimputáveis:

*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.*

Redução de pena:

*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.*

Espécies de medidas de segurança:

*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.*

*Parágrafo único - Extinta a punibilidade, não se impõe medida de segurança nem subsiste a que tenha sido imposta.*

Imposição da medida de segurança para inimputável:

*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.*

Prazo:

*§ 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.*

Perícia médica:

*§ 2º A perícia médica realizar-se-á ao termo do prazo mínimo fixado e deverá ser repetida de*

*ano em ano, ou a qualquer tempo, se o determinar o juiz da execução.*

Desinternação ou liberação condicional:

*§ 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*

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

Substituição da pena por medida de segurança para o semi-imputável:

*Art.98 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.* <sup>15,18,19</sup>

Portanto, segundo o Código Penal vigente, os hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico destinam-se aos inimputáveis e semi-imputáveis, sendo que a medida de segurança pode ser atribuída aos inimputáveis ou como alternativa à pena dos semi-imputáveis. Neste caso, a aplicação do instrumento jurídico depende da decisão judicial, subsidiada pelo laudo pericial de condição mental do delinquente. <sup>15</sup>

### **O louco infrator e o Código Penal Brasileiro**

No mundo jurídico, para alguém ser culpável por determinada conduta, deverão ser satisfeitos alguns elementos normativos, quais sejam, a imputabilidade, a potencial consciência sobre a ilicitude do fato e a exigibilidade de conduta diversa. Esse tripé é base para a teoria da ação final, criada por Hans Welzel no artigo “Causalidade e Ação” para o nº 51 da “Revista para a Ciência Penal Conjunta”. Nascia ali o finalismo.<sup>20</sup>

Explicitando a citada teoria, temos que a imputabilidade é a possibilidade de se atribuir um fato típico (previsto em lei) e ilícito (pela lei proibido) ao agente; por sua vez, a potencial consciência sobre a ilicitude do fato reside justamente na ideia de o autor da ação ser sabedor de estar cometendo uma conduta não permitida pela lei, tornando-se

importante afirmar que o desconhecimento puro e simples da lei é inescusável; por fim, a exigibilidade de conduta diversa nada mais é do que a possibilidade de o agente atuar, no momento da ação ou omissão, de acordo com o direto posto.<sup>15,21</sup>

Estabelecidos os requisitos, ainda que em linhas gerais, para que alguém responda criminalmente por determinada conduta (no âmbito da culpabilidade, pois deverá existir ainda o fato típico e antijurídico), passemos especificamente ao objeto do presente tópico: paciente com transtorno mental em conflito com a lei no Código Penal.<sup>21</sup>

Efetivando-se uma acurada busca na citada norma penal, vemos que foram erigidas duas hipóteses em que a imputabilidade do agente é afastada: doença mental ou imaturidade natural.<sup>15</sup>

Em que pese a imputabilidade ser um conceito essencialmente jurídico, suas bases estão condicionadas à saúde mental e à normalidade psíquica, representando, assim, a condição de quem tem a capacidade de realizar um ato com pleno discernimento a ponto de direcioná-los para tal ou qual resultado. Nessa linha, a imputabilidade está condicionada a quem adquiriu e mantém pelo menos duas funções psíquicas intactas: juízo de realidade e volição.<sup>22,23</sup>

No ordenamento jurídico, a inimputabilidade não pode ser presumida, tornando-se imprescindível a prova por meio

de perícia e em condições de absoluta certeza. Os sistemas de aferição da inimputabilidade podem ser biológico, psicológico e misto (biopsicológico). A legislação penal brasileira adotou o último deles, optando por combinar os critérios biológico e psicológico. Assim é que, para que determinado agente seja considerado inimputável por deficiência mental, deverão restar satisfeitos dois requisitos: a existência de doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado cumulando-se com a absoluta incapacidade de entender a ilicitude da conduta (ação ou omissão) ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.<sup>22,23</sup>

Como consequência, uma vez constatado ser o agente inimputável, deverá ele ser absolvido por força do art. 386, inciso VI do Código de Processo Penal, adiante colacionado:

*Art. 386 O juiz absolverá o réu, mencionando a causa na parte dispositiva, desde que reconheça:*

*(...)*

*VI - existirem circunstâncias que excluam o crime ou isentem o réu de pena (arts. 20, 21, 22, 23, 26 e § 1º do art. 28, todos do Código Penal), ou mesmo se houver fundada dúvida sobre sua existência;*



*(Redação dada pela Lei nº  
11.690, de 2008).*<sup>23</sup>

Por derradeiro, acaso o paciente psiquiátrico em conflito com a lei não seja inteiramente capaz de entender a ilicitude do fato ou de comportar-se perante esse entendimento, o Código Penal prevê uma redução de pena de um a dois terços. Percebe-se, assim, diminuta diferença: enquanto o caput do art. 26 prevê isenção de pena se o agente for inteiramente incapaz de entender a ilicitude da ação ou omissão, o parágrafo único prescreve apenas diminuição da pena quando, por perturbação de saúde mental ou por desenvolvimento mental incompleto ou retardado, o infrator não é inteiramente capaz.<sup>15,21-23</sup>

### **Psiquiatria forense e o louco infrator**

Diante do exposto, vê-se que interessa à Psiquiatria Forense apenas o não entendimento da ilicitude do ato motivado por razões médicas, excluindo-se os casos de conotação cultural, religiosa e política.<sup>1,2</sup>

Não basta o diagnóstico nosológico do transtorno mental, sendo preciso, na avaliação da inimputabilidade do enfermo mental, que o portador de determinado transtorno seja ao tempo da ação ou omissão, inteiramente incapaz de entender a ilicitude do fato ou de determinar-se de acordo com este entendimento. Em outras palavras, deve ficar

caracterizado se o paciente é capaz de entender o caráter ilícito de seus atos, determinando se sua vontade estava afetada de forma a ser completamente incapaz de agir nos termos da lei.<sup>21-23</sup>

Para aqueles indivíduos que não conseguem controlar seus impulsos e nem dominar suas decisões, é preciso que se estabeleça um preciso diagnóstico psiquiátrico. Não basta a alegação vaga e imprecisa do descontrole pelo paciente, devendo existir patologia constatada por critérios do DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders ou Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais). Ele consiste em um manual que lista diferentes categorias de transtornos mentais e critérios para diagnosticá-los, mas não direciona o método e a evolução do tratamento.<sup>24, 25</sup>

Isso significa que, diante da pessoa que não entende a ilicitude de sua ação, a Psiquiatria Forense deve avaliar se o fenômeno acarreta ou não um prejuízo funcional cerebral, cabendo à justiça recorrer a outros parâmetros para avaliar as situações que transcendem a esfera médica.<sup>23</sup>

Sendo assim, diante de perícia médica psiquiátrica forense que comprove insanidade mental instaurada, o paciente com transtorno mental em conflito com a lei é conduzido para Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP), onde a medida de

segurança é aplicada. Tais instituições surgiram da necessidade de se instituir um ambiente onde o paciente com este tipo de transtorno pudesse ser submetido a um tratamento psiquiátrico e retornar à sociedade sem oferecer perigo para si ou para outrem.<sup>26</sup>

Presentemente no Brasil, tais pacientes cumprem a medida de segurança nos HCTP (23 unidades) ou em Alas de Tratamento Psiquiátrico (ATPs) - 3 unidades - presentes nos presídios ou penitenciárias. Os estados beneficiados são: Alagoas, Amazonas, Bahia, Ceará, Distrito Federal, Espírito Santo, Mato Grosso, Minas Gerais, Pará, Paraíba, Paraná, Pernambuco, Piauí, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul, Rondônia, Santa Catarina, São Paulo e Sergipe. Todavia, mesmo com a presença destas, há uma imensa contradição sobre a permanência destes modelos devido à metodologia implantada ser pouco desenvolvida ao longo dos anos.<sup>26</sup>

A experiência frustrada dos manicômios e dos HCTP em relação ao tratamento destes indivíduos é algo a ser enfrentado pelo legislador e pelos políticos brasileiros para que se obtenha uma melhoria do sistema e, via de consequência, a efetiva ressocialização daqueles que cumprem uma medida de segurança.

## **Conclusão**

O presente artigo pretendeu relatar a trajetória legal, institucional e conceitual do tratamento penal aplicado ao louco infrator. Sabe-se que este é um assunto relevante e polêmico, que envolve tanto o sistema jurídico quanto a saúde pública do Brasil. Contudo, invariavelmente, há conflitos entre a saúde e a justiça, indicando a necessidade de uma solução mediadora que vise à reavaliação dos conceitos e das bases normativas no que diz respeito ao tratamento desses indivíduos.

Apesar da reforma sanitária e dos incansáveis esforços, por meio de artifícios legais, para o reconhecimento da singularidade destes cidadãos, poucos são os estados brasileiros que desenvolvem programas efetivos de atenção integral e que aplicam, de forma eficaz, a legislação oriunda da reforma psiquiátrica. Portanto, é fundamental considerar o fato de que os crimes cometidos por portadores de sofrimento mental são consequências de uma longa história patológica pregressa e que o entendimento de que o indivíduo louco infrator não se resume apenas à expressão do perigo traduz sua real situação. Os loucos infratores se tornaram vítimas da precariedade e das limitações do sistema, o que reitera a necessidade de debate e exploração do tema.

## Referências

1. AAPL Ethical Guidelines for the Practice of Forensic Psychiatry. [acesso em 08 out 2012]. Disponível em: <<http://www.aapl.org/oldsite/ethics.htm>>.
2. Gomes H. Medicina legal. 15<sup>a</sup> ed. Rio de Janeiro: Freitas Bastos; 1973.
3. Associação de Psiquiatria do Rio Grande do Sul. [acesso em 08 out 2012]. Disponível em: <http://aprs.org.br/2011/06/o-psi-quiatra-como-perito-peculiaridades-das-funcoes-periciais/>.
4. Taborda JGV; Arboleda FJ. Ética em psiquiatria forense: atividades pericial e clínica e pesquisa com prisioneiros. Rev Bras Psiquiatria. 2012; 28(2):S86-92.
5. Castro UR, Reforma Psiquiátrica e o Louco Infrator: Novas Ideias, Velhas Práticas. Brasília: Hinterlândia Editorial; 2010.
6. Pavezi IB. A Criação do Indivíduo Inimputável pela Psiquiatria Forense como uma Forma de Exclusão e Controle Social na Contemporaneidade. Vigilância, Segurança e Controle Social na América Latina. PUCPR; 2009 Março.
7. Oliveira J.C. Inimputabilidade e Loucura. XI Salão de Iniciação Científica; PUCRS; Porto Alegre: 2010.
8. Mirabete. Manual de Direito Penal I, Parte Geral. 25<sup>a</sup> ed. São Paulo: Atlas, 2009, p.395.
9. Chaloub M. Introdução à psicopatologia. Rio de Janeiro, Forense: 1981, p.17.
10. Machado R; Loureiro A; Luz R; Muricy K. Danação da norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Graal, 1998, cap. 3.
11. Amarante P. Asilos, alienados e alienistas: uma pequena história da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994, p.73-84.
12. Faria AB. Anotações teórico-práticas ao Código Penal do Brasil. Rio de Janeiro: Jacintho Ribeiro dos Santos; 1929.
13. Soares OM. Código Penal da República dos Estados Unidos do Brasil. Rio de Janeiro, Livraria Garnier, 1907.
14. Escorel COM. Código Penal Brasileiro. São Paulo: Duprat; 1905.
15. Brasil. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. Acesso em 08 out 2012. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/del2848.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848.htm).
16. Hungria N; Fragoso H. Comentários ao Código Penal. Rio de Janeiro: Forense; 1978.
17. Musse LB. Políticas públicas em saúde mental no Brasil na perspectiva do biodireito: a experiência dos estados de Minas Gerais e São Paulo sob a égide da lei n. 10.216/2001 e suas implicações. São Paulo: PUC, 2006; p.300-14.
18. Oliveira NR, Arraes RMB. CAPS judiciário: Opção necessária para uma justiça saudável. Psicol Argum São Paulo. 2011; 29(67):447-55.

19. Capuano VMCP. O doente mental infrator, o manicômio e a responsabilidade penal. *Revista do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária*, Brasília. 2007 jan/jul; 1(20):59-76.
20. Conforme PC. Culpabilidade. Mendoza: Cuyo, 1997, p.193.
21. Greco R. Curso de Direito Penal. 12ª ed. Rio de Janeiro: Impetus, 2010, p.377-95.
22. A questão da inimputabilidade por doença mental e a aplicação das medidas de segurança no ordenamento jurídico atual. [acesso em 08 out 2012]. Disponível em <http://jus.com.br/revista/texto/12564/a-questao-da-inimputabilidade-por-doenca-mental-e-a-aplicacao-das-medidas-de-seguranca-no-ordenamento-juridico-atual#ixzz28jXhcsV9>.
23. Brasil. Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941. Código de Processo Penal. [acesso em 08 out 2012]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/del2848.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848.htm).
24. Spitzer RL, Wakefield JC. DSM-IV diagnostic criterion for clinical significance: does it help solve the false positives problem? *Am J Psychiatry*. 1999 Dec;156(12):1856-64.
25. Maser JD; Patterson T. Spectrum and nosology: implications for DSM-V *Psychiatric Clinics of North America*, 2002; Dec; 25(4):855-85.
26. Diniz D. A custódia e o Tratamento Psiquiátrico no Brasil – Censo 2011; Brasília: 2013.