



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - UFCG**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS E SOCIAIS - CCJS**  
**UNIDADE ACADÊMICA DE DIREITO - UAD**

**THAMILES LOPES ALVES SILVESTRE LINHARES**

**O CONFLITO ENTRE A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA E A  
LEGISLAÇÃO PENAL NOS CASOS DE APENADOS COM  
SUPERVENIENTE TRANSTORNO MENTAL**

**SOUSA**  
**2018**

**THAMILES LOPES ALVES SILVESTRE LINHARES**

**O CONFLITO ENTRE A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA E A  
LEGISLAÇÃO PENAL NOS CASOS DE APENADOS COM  
SUPERVENIENTE TRANSTORNO MENTAL**

Monografia apresentada ao Curso de Direito do Centro de Ciências Jurídicas e Sociais da Universidade Federal de Campina Grande como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Ciências Jurídicas e Sociais.

Orientador: Ms. Iarley Pereira de Sousa

---

Assinatura do Orientador

**SOUSA**

**2018**

**THAMILES LOPES ALVES SILVESTRE LINHARES**

**O CONFLITO ENTRE A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA E A  
LEGISLAÇÃO PENAL NOS CASOS DE APENADOS COM  
SUPERVENIENTE TRANSTORNO MENTAL**

Monografia apresentada ao Curso de Direito do Centro de Ciências Jurídicas e Sociais da Universidade Federal de Campina Grande como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Ciências Jurídicas e Sociais.

Aprovado em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

---

Orientador

---

Primeiro Examinador

---

Segundo Examinador

**SOUSA**

**2018**

Dedico este trabalho a Deus, por ter me acompanhado em cada instante desse percurso, me ajudando a superar todas as dificuldades que surgiram no caminho e me lembrando que sempre sou mais forte do que penso. Ao meu filho, Luis Felipe, pilar principal da minha vida, que mesmo tão pequeno, me transmite uma força inexplicável. Você foi essencial para esta vitória, meu amor.

## **AGRADECIMENTOS**

Ao meu esposo, Gerlanderson, que de forma especial e carinhosa me deu força e coragem, me apoiando nos momentos de dificuldades e compreendendo as minhas ausências. Obrigada por tudo!

Aos meus pais, Redson e Rejane, por todo amor e carinho, pelas palavras de incentivo e consolo. Por nunca me deixarem desistir e sempre me apoiarem em todas as minhas escolhas. Amo vocês!

Aos meus irmãos, Tuanny, Enoi, Redson Júnior e José, pelo companheirismo, apoio e pelos momentos de alegria, que sempre vinham na hora certa.

A minha avó Desterro, a avó mais linda desse mundo. Sempre foi seu sonho me ver formada. Obrigada por todo amor, ajuda e cuidado durante toda a minha vida.

Aos meus sogros, Lourdinha e Gerlando, por me estenderem a mão nos momentos difíceis e acreditarem na minha vitória.

A toda minha família, meu bem mais precioso, não poderia ter família melhor. Sou abençoada por tê-los em minha vida.

Ao meu orientador, Prof. Iarley Pereira de Sousa, grande exemplo de competência. Obrigada pelo empenho dedicado à elaboração deste trabalho.

Aos meus colegas de curso. Cada vez que escutei vocês falarem: “você é um exemplo para nós” me fortaleci e tive a certeza de que estava no caminho certo.

A todos os professores que contribuíram com a minha formação, em especial aos mestres da Universidade Federal de Campina Grande. Obrigada pelos ensinamentos, amizade e por me incentivarem a sempre seguir em busca dos meus sonhos.

Finalizo agradecendo a todas as pessoas que de maneira direta ou indireta, contribuíram para essa conquista e para o meu crescimento pessoal. Sou o resultado da confiança de cada um de vocês. Muito obrigada!

“Ficar louco de vez em quando, é  
necessidade básica para permanecer  
são.”

OSHO

## RESUMO

A Lei 10.216/01 trouxe inovações importantes no tocante aos direitos das pessoas com transtorno mental. O problema que a pesquisa busca é saber se a legislação Penal está adequada as mudanças trazidas pela Lei de Reforma Psiquiátrica no tocante aos presos portadores de doença mental superveniente. A hipótese apresentada é a de que o tratamento recebido pelas pessoas com transtornos mentais, quando internados em Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, não está em conformidade com as inovações propostas pela Lei de Reforma Psiquiátrica e, portanto, precisa de uma adequação para que os direitos destas pessoas sejam garantidos. Tem-se como objetivo geral analisar a importância da adequação da legislação penal com a Lei de Reforma Psiquiátrica para garantia de direitos do portador de doença mental. Por sua vez, tem como objetivos específicos: apresentar um breve histórico do tratamento da loucura até a ratificação da Lei 10.216/01, a Lei de Reforma Psiquiátrica; identificar os dispositivos penais legais que dispõem sobre o tratamento dos presos quando lhes sobrevém doença mental; confrontar o que dispõe a Lei Penal com as mudanças trazidas pela Reforma Psiquiátrica, no que tange ao tratamento dos doentes mentais. Ao desenvolver esta pesquisa, optou-se pelo método de abordagem dialético. Quanto ao método de procedimento, o método adotado é o histórico comparativo e quanto à forma de abordagem do problema a modalidade utilizada é a qualitativa. Quanto a natureza esta pesquisa é aplicada. Quanto aos objetivos gerais é explicativa. Quanto ao procedimento técnico, adotou-se o bibliográfico-documental, com trato direto e indireto das fontes, pois elaborado a partir de leis, livros, internet e artigos de periódicos, com análise de conteúdo.

**Palavras-Chave:** Portadores de Doença Mental; Tratamento; Lei 10.216/01; Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico.

## ABSTRACT

Law 10.216 / 01 brought important innovations regarding the rights of people with mental disorders. The problem that the research looks for is to know if the Criminal legislation is adequate the changes brought by the Law of Psychiatric Reform in relation to the prisoners with superveniente mental illness. The hypothesis presented is that the treatment received by people with mental disorders when hospitalized in Custody and Psychiatric Treatment Hospitals is not in accordance with the innovations proposed by the Psychiatric Reform Law and, therefore, needs to be adapted so that the rights are guaranteed. The general objective is to analyze the importance of the adequacy of criminal legislation with the Psychiatric Reform Law to guarantee the rights of patients with mental illness. In turn, it has specific objectives: to present a brief history of the treatment of madness until the ratification of Law 10.216 / 01, the Law of Psychiatric Reform; identify the legal penal provisions that they have on the treatment of prisoners when mental illness occurs; to confront the provisions of the Criminal Law with the changes brought about by the Psychiatric Reform regarding the treatment of the mentally ill. In developing this research, we opted for the method of dialectical approach. As for the procedure method, the adopted method is the comparative history and as to the approach of the problem the modality used is the qualitative one. As for nature this research is applied. The general objectives are explanatory. As for the technical procedure, the bibliographic-documentary was adopted, with direct and indirect treatment of the sources, since it was elaborated from laws, books, internet and periodical articles, with content analysis.

Key words: Mental Illnesses; Treatment; Law 10.216 / 01; Hospitals of Custody and Psychiatric Treatment.



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AMPASA	Associação Nacional do Ministério Público em Defesa da Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CFP	Conselho Federal de Psicologia
CNPCP	Conselho Nacional de Política Criminal Penitenciária
HCTP	Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico
LEP	Lei de Execuções Penais
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NAPS	Núcleo de Atendimento Psicossocial
OAB	Ordem dos Advogados do Brasil
STJ	Superior Tribunal de Justiça
SUS	Sistema Único de Saúde
UFCG	Universidade Federal de Campina Grande

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
<b>1 HISTÓRICO DA LOUCURA NO BRASIL ATÉ A REFORMA PSIQUIÁTRICA.....</b>	<b>14</b>
1.1 Histórico da Loucura .....	14
1.2 A criação do primeiro Hospício Brasileiro .....	16
1.3 O surgimento das colônias de alienados.....	19
1.4 A luta pelo movimento antimanicomial.....	20
1.5 O movimento da Reforma Psiquiátrica.....	22
<b>2 ADOECIMENTO EM SAÚDE MENTAL .....</b>	<b>27</b>
2.1 Sanção penal: a pena e a medida de segurança .....	27
2.2 Adoecimento mental superveniente à prática do ato .....	29
2.3 Procedimento adotado na Legislação Penal.....	33
<b>3 CONFLITO ENTRE A LEGISLAÇÃO PENAL E A LEI 10.216/01 - LEI DE REFORMA PSIQUIÁTRICA.....</b>	<b>38</b>
3.1 Dos manicômios judiciários – atuais Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico .....	38
3.2 A Reforma Psiquiátrica x HCTP .....	40
3.3 Dos Centros de Atenção Psicossocial (Caps).....	46
<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>49</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>52</b>

## INTRODUÇÃO

A presente monografia tem o escopo de analisar, à luz do ordenamento jurídico brasileiro, o conflito entre a Reforma Psiquiátrica Brasileira e a legislação penal nos casos de apenados com superveniente transtorno mental. Partindo do que é observado nas normas jurídicas penais que disciplinam o tratamento destes pacientes, e levando-se em consideração as mudanças trazidas com a Lei 10.216/01, a presente pesquisa tem por problema: a legislação Penal está adequada as mudanças trazidas pela Lei de Reforma Psiquiátrica, no tocante aos presos portadores de doença mental superveniente? Tendo a pesquisa analisado a legislação penal e a Lei da Reforma Psiquiátrica, observa-se que há um descompasso entre elas, portanto, a hipótese levantada por esta pesquisa é de que: o tratamento recebido pelas pessoas com transtornos mentais, quando internados em Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, não está em conformidade com as inovações propostas pela Lei de Reforma Psiquiátrica e, portanto, precisa de uma adequação, o quanto antes, da Lei 10.216/01 com a legislação penal, visto que muitos dos direitos das pessoas com transtornos mentais estão sendo violados.

Este trabalho, então, tem por objetivo geral verificar a importância da adequação da legislação penal com a Lei de Reforma Psiquiátrica para garantia de direitos do portador de doença mental.

Por sua vez, tem como objetivos específicos: apresentar um breve histórico do tratamento da loucura até a ratificação da Lei 10.216/01, a Lei de Reforma Psiquiátrica; identificar os dispositivos penais legais que dispõem sobre o tratamento dos presos quando lhes sobrevém superveniente doença mental; confrontar o que dispõe a Lei Penal com as mudanças trazidas pela Reforma Psiquiátrica, no que tange ao tratamento dos doentes mentais.

A pena é uma consequência imposta pelo Estado ao indivíduo que pratica uma infração penal. Sabe-se que os presídios se encontram em situação desumana, tendo em vista as péssimas condições proporcionadas aos apenados que cumprem penas privativas de liberdade, invertendo totalmente o propósito das prisões.

Diante de tal situação, é comum que possa sobrevir aos encarcerados doenças mentais ou algum tipo de perturbação a sua saúde mental, tendo em vista que o cárcere é elemento fomentador para o surgimento de patologias desta ordem.

Quando isso ocorre, o apenado tem a sua pena privativa de liberdade substituída por uma medida de segurança. A medida de segurança, disciplinada pelo Código Penal Brasileiro e pela Lei de Execução Penal, é uma forma de sanção penal que possui caráter preventivo e curativo e segue a lógica da internação como regra, em desarmonia com a referência assistencial em saúde mental disciplinada pela Lei de Reforma Psiquiátrica.

Sabe-se, que a Lei 10.216 de 6 de abril de 2001, a Lei de Reforma Psiquiátrica, instituiu um novo modelo de tratamento aos transtornos mentais no Brasil, objetivando que estes fossem tratados junto as suas famílias e no meio social e, ainda, buscando a alteração do modelo de assistência as pessoas com transtornos mentais, articulando-se meios substitutivos diversos da internação hospitalar.

Assim sendo, levando - se em consideração a realidade atual, torna-se imprescindível a pesquisa sobre o tema, pois enquanto não existir uma harmonização da legislação penal com a Lei de Reforma Psiquiátrica, as pessoas portadoras de transtornos mentais receberão um tratamento não condizente com as propostas trazidas pela Lei 10.216/01, o que viola gravemente os seus direitos.

São estes os argumentos centrais deste estudo monográfico, estruturado em três capítulos. O primeiro, intitulado “Histórico da Loucura no Brasil até a Reforma Psiquiátrica” realizará uma apreciação acerca da evolução da loucura no Brasil, desde a Antiguidade até a ratificação da Lei 10.216/01. Além disso, irá tratar como se deu o surgimento do primeiro Hospício no Brasil e das colônias de alienados, nas quais os mesmos eram submetidos ao trabalho terapêutico para fins de tratamento. Encerrando, o capítulo também aborda a luta pelo movimento antimanicomial, que se caracterizou pela reivindicação pelos direitos dos doentes mentais e que desencadeou na legalização da Lei de Reforma Psiquiátrica.

A partir desta análise, o segundo capítulo, cujo título é: “Adoecimento em saúde mental”, discorrerá sobre o adoecimento mental do preso. Neste capítulo

versar-se-á sobre a diferença entre pena e medida de segurança e os tipos de medida de segurança existentes na legislação Penal e quais as causas que levam o preso a adoecer mentalmente nas prisões. O cerne deste capítulo é tratar o que dispõe a Lei Penal e a Lei de Execuções Penais quando um indivíduo que cumpre pena privativa de liberdade é acometido por doença mental e tem a sua pena substituída por medida de segurança, passando a receber tratamento em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico.

Por fim, o terceiro capítulo, intitulado: “Conflito entre a Legislação Penal e a Lei de Reforma Psiquiátrica”, discorrerá sobre o desajuste existente entre a legislação penal e a Lei da Reforma Psiquiátrica, de forma a apresentar os contrapontos existentes entre as duas normas jurídicas. No capítulo será abordado o conceito e surgimento dos manicômios judiciários, bem como os problemas enfrentados neste estabelecimento, hoje conhecidos como Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP). Explanar-se-á sobre o tratamento recebido pelo paciente no HCTP e ainda se fará uma abordagem acerca dos Centros de Atenção Psicossocial, os CAPS, analisando a sua importância como método alternativo à internação hospitalar. Finalmente, encerrando as discussões, se chegará a conclusão de que é preciso a harmonização, o quanto antes, das Leis Penais com a Lei de Reforma para a garantia dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais.

Ao desenvolver esta pesquisa, optou-se pelo método de abordagem dialético. Quanto ao método de procedimento, o método adotado é o histórico comparativo e quanto à forma de abordagem do problema a modalidade utilizada é a qualitativa. Quanto a natureza esta pesquisa é aplicada. Quanto aos objetivos gerais é explicativa. Quanto ao procedimento técnico, adotou-se o bibliográfico-documental, com trato direto e indireto das fontes, pois elaborado a partir de leis, livros, internet e artigos de periódicos, com análise de conteúdo.

# 1 HISTÓRICO DA LOUCURA NO BRASIL ATÉ A REFORMA PSIQUIÁTRICA

## 1.1 Histórico da Loucura

Loucura, desvario, doidice, insânia, insanidade, insensatez, são muitos os termos utilizados para designar, os doentes mentais. (FERREIRA, 1999)

Sabe-se que a loucura existe há muitos anos e até hoje, o preconceito também se faz presente na sociedade. As definições de loucura foram evoluindo ao longo da história.

A loucura como fenômeno, é relatada, inicialmente, na Antiguidade grega e romana, junto a outras tantas doenças classificadas como práticas mitológicas, manifestações sobrenaturais motivadas por deuses e demônios. Nessa época, a loucura era identificada pela influência da ideologia religiosa e pela força dos preconceitos sagrados. (MILLANI, 2008)

Durante a Idade Média, as pessoas que eram acometidas por doenças mentais eram tratadas das mais perversas formas. O louco era visto e tratado como um animal, eram ditas possuídas pelo demônio e queimadas na fogueira.

Se violentos, eram colocados em casas de dementes ou encarcerados em cadeias. Neste período, o maior enfoque de exclusão seria dado, segundo Foucault, sobre o leproso. (FOUCAULT, 1972)

Neste sentido, dispõe Sandra Santos de Oliveira (2002):

Com a Idade Média, assiste-se ao retorno de puras concepções demonológicas e místicas da doença mental. O louco é revivido como uma encarnação do mal, uma figura maldita e particular objeto de superstição e feitiçaria. É também na sociedade e cultura medieval que a lepra e a figura do leproso inspiraram práticas severas de segregação que seriam depois aplicadas na marginalização dos doentes mentais. Os leprosos eram confinados, fora das grandes cidades, em grandes casas institucionais para resguardar o resto da população do contágio. No final da Idade Média, a lepra praticamente desaparece da sociedade ocidental, deixando, todavia, como herança os próprios leprosários que seriam ocupados pelos loucos. Em ambas estas figuras (leproso e o louco), são associadas imagens contraditórias de exclusão e representação sagrada. Se, por um lado, são observados como portadores do 'mal' (a doença e o mau destino), por outro, ironicamente, o sofrimento da exclusão são um meio de salvação da alma: 'eles se salvam pela mão que não se estende.

Para Hegel (1970), "A loucura é um simples desarranjo, uma simples contradição no interior da razão, que continua presente". Ele afirmou que a loucura estava presente em cada pessoa e ela era necessária à dimensão humana. Para ele, para existir a razão humana era necessária a loucura.

A loucura é uma produção social histórica, mediada em grande medida por discursos, práticas e produções de representações sobre o estado de saúde mental dos pacientes. (FIGUEIRÊDO; DELEVATI; TAVARES, 2014)

No Brasil, até 1830, os loucos eram facilmente encontrados nas ruas, asilos de mendigos e, principalmente, nos porões das Santas Casas da Misericórdia, construídas desde o século XVI.

A Santa Casa da Misericórdia era uma notável e complexa confraria de caridade regida por compromissos de atribuições entre seus membros, construídas pela Coroa Portuguesa no Brasil, como em todas as vilas e cidades de Portugal e das regiões ultramarinas, por ela colonizadas (LIMA, 2008)

Segundo Frederico Costa dos Santos (2010):

Nesse momento, sem uma definição específica da doença, e, portanto, sem uma definição de um asilo ideal, a reclusão era feita à própria Santa Casa de Misericórdia ou às cadeias e casas de correção. As dependências destinadas aos loucos nestas instituições eram extremamente insalubres e ineficientes, apresentando semelhante quadro em diversas províncias do Império.

Não havia ainda tratamento para os que eram acometidos por transtornos mentais ou outras perturbações a saúde mental. Os que detinham riqueza eram mantidos em suas casas, isolados do convívio social, enquanto os de classe baixa perambulavam pelas ruas ou detidos nos porões da Santa Casa de Misericórdia.

Porém, essas pessoas eram internadas não para serem curadas, mas para que fossem isoladas da sociedade, pois eram vistas como indesejáveis. A internação não se restringiu, portanto, aos doentes mentais. De acordo com Basaglia (2005), os asilos assumiram a função de defender e afastar da sociedade todas as "espécies" que fossem incômodas impondo por intermédio desses locais sistemas de restrições e limites de forma mais incisiva.

De acordo com Passos (2009):

Aos loucos que apresentassem comportamento agressivo não mais se permitia continuar vagando nas ruas, principalmente quando sua situação socioeconômica era desfavorável, e seu destino passou a ser os porões das Santas Casas de Misericórdia, onde permaneciam amarrados e vivendo sob péssimas condições de higiene e cuidado.

Portanto, os asilos passaram a ser lugares de exclusão social da pobreza e da miséria, produzidas pelos regimes absolutistas da época, tornando-se um ambiente de segregação e exclusão.

A institucionalização do portador de transtorno mental trouxe inúmeras consequências para eles, como por exemplo, a perda do convívio familiar; da sua liberdade; da própria identidade e até mesmo de todos os seus direitos.

## **1.2 A criação do primeiro Hospício Brasileiro**

Os médicos não estavam satisfeitos com o tratamento que era dado aos indivíduos portadores de transtornos mentais. O tratamento era feito pelas freiras que viviam na Santa Casa, o que gerou aos médicos grande insatisfação, pois possuíam pouca autonomia na instituição, fazendo com que iniciassem uma luta para que eles tivessem o direito de definir o que seria melhor para os pacientes.

As freiras foram consideradas capazes de cumprir a função de assistir aos loucos, não pelos médicos, mas pelo Estado e pela opinião pública, ainda relutante em reconhecer o poder terapêutico da medicina mental. O médico não tinha um poder efetivo sobre a instituição e estava subordinado às decisões administrativas da Santa Casa, sendo que o controle da instituição permanecia objeto do discurso religioso praticado na Santa Casa de Misericórdia. (LIMA, 2008)

Diante disso, os médicos, junto com o provedor da Santa Casa, José Clemente Pereira, articularam a criação de um hospício para que fosse dado um tratamento mais humano para os doentes e um local específico para realizar os seus tratamentos. (MACHADO, 1978).



Neste sentido, Machado (1978):

Progressivamente, os loucos foram sendo retirados do contexto social e isolados nos porões das Santas Casas de Misericórdia e nas prisões públicas. Para os médicos da época, entretanto, essa situação não resolvia o problema da loucura. A segregação, a falta de higiene e de um tratamento físico e moral adequado tornavam a cura impossível. Os médicos, articulados com o então provedor da Santa Casa, José Clemente Pereira, começam a reivindicar a criação de um instrumento terapêutico específico para os loucos, o hospício.

José Clemente Pereira além de provedor da Santa Casa de Misericórdia, era Ministro do Império e detinha um papel político importante.

Machado (1978) ainda destaca:

Para solucionar o problema representado pela presença dos alienados no Hospital da Santa Casa, os médicos, em uma perspectiva social mais ampla, e o filantropo escolhem o hospício. Instituição de características idênticas às do modelo francês elaborado basicamente por Pinel e Esquirol. Mas, se na França o 'hospital de loucos' foi resultado final de um amplo debate político sobre a assistência, iniciado com a Revolução de 1789, em que foram discutidas formas diversas de solução para o problema do louco, no Brasil o hospício foi solução pacificamente adotada. A trajetória que culminou com o decreto de 1841 foi uma sucessão de sugestões aceitas, bem encaminhadas e sancionadas pela instância máxima do governo imperial.

O hospício, considerado na época o principal instrumento terapêutico da psiquiatria, surge como resposta as críticas que existiam acerca da higiene dos pacientes, além da disciplina dos mesmos. O hospício abrigava 144 doentes no início, sendo que, com pouco mais de um ano, o número havia se elevado rapidamente. Esta era uma tendência geral dos asilos, na história da assistência psiquiátrica: instalações asoerbadadas pela demanda crescente, justificando o clamor por mais verbas e hospitais. (SOARES, 2006)

Então, em 4 de dezembro de 1852, foi aprovado o decreto nº 1.077, para criação do Hospício de Pedro II.

O Decreto assim dispõe:

Decreto n.82 de 18 de julho de 1841- Desejando assinalar o fausto dia de minha sagração com a criação de um estabelecimento de pública beneficência, hei por bem fundar um hospital destinado privativamente para tratamento de alienados, com a denominação de Hospício Pedro II, o qual ficará anexo ao Hospital da Santa Casa de Misericórdia desta

Corte, debaixo de minha imperial proteção. D. Pedro II, Imperador do Brasil. (BRASIL. Decreto n. 82, de 18 de julho de 1841)

O Hospício de Pedro II foi o marco institucional da assistência psiquiátrica brasileira. Foi o primeiro estabelecimento no Brasil a dedicar-se ao tratamento dos alienados. Com seu funcionamento, os loucos não deveriam mais perambular pelas ruas, nem serem enviados ao Hospital da Santa Casa.

O Hospício Pedro II, criado por decreto imperial, em 1841, foi inaugurado no ano de 1852, quando começou a receber no imponente “Palácio dos loucos”, alienados mentais provenientes de todas as províncias do Império. Durante todo o segundo reinado nenhum outro hospício foi concebido nas mesmas proporções, fazendo com que esta instituição representasse o principal estabelecimento deste cunho não só no Brasil como na América Latina. (GONÇALVES, 2013).

Outros hospícios surgiram no Brasil, após a criação do Hospício Pedro II, como por exemplo o Hospício Provisório de Alienados em São Paulo e o Hospício de Alienados da Tamarineira, em Recife, entre 1874 e 1883.

Com o advento da República tem início um período que se caracteriza pelo “redimensionamento das políticas de controle social, cuja rigidez e abrangência era produzida pelo reconhecimento e pela legitimidade dos novos parâmetros definidores da ordem, do progresso, da modernidade e da civilização” (ENGEL, 2001).

Com a queda do Império e a implantação da República, verifica-se a necessidade de uma reestruturação do asilo afim de que com essa mudança os profissionais de saúde conquistassem um nível de destaque, de forma a serem os responsáveis pelos pacientes e pelos seus respectivos tratamentos.

De acordo com Vera Portocarrero (2002), o movimento de 'medicalização' do louco caracteriza a função dos psiquiatras do século XIX, que criticam a insuficiência e ineficácia do hospício, mostrando a necessidade de multiplicação de instituições articuladas, amparadas por uma lei que desse aos hospícios a exclusividade de sequestro do louco e regulasse a sua situação na sociedade.

O Hospício passou a se chamar "Hospício Nacional de Alienados". Nesse mesmo ano foi instituída a Assistência Médico-Legal aos Alienados. Porém, logo

os asilos ficaram superlotados e surgiram outros problemas que colocaram em questão a credibilidade do hospital psiquiátrico, conforme disciplina Amarante (2007):

Mas, retornando as críticas dos contemporâneos de Pinel, de fato, ocorreu que os primeiros asilos ficaram rapidamente superlotados de internos. A enorme dificuldade em estabelecer os limites entre a loucura e a sanidade; as evidentes funções sociais (ainda) cumpridas pelos hospícios na segregação de segmentos marginalizados da população; as constantes denúncias de violências contra os pacientes internados, fizeram com que a credibilidade do hospital psiquiátrico e, em última instância, da própria psiquiatria, logo chegasse aos mais baixos níveis.

Então, segundo Amarante (2007), a primeira tentativa de resgatar o potencial terapêutico da instituição psiquiátrica foi a criação das Colônias de Alienados, que tinham por finalidade reduzir a superlotação do Hospício e proporcionar atividades aos alienados de forma a se dedicarem aos trabalhos agrícolas que acelerassem na recuperação dos doentes.

### **1.3 O surgimento das colônias de alienados**

De acordo com o Amarante (2007), a ideia destas colônias nasce de um relato de um alienista francês sobre Geel, uma estranha aldeia belga. A história fala de uma princesa, de nome Dymfna que, na premência de escapar do assédio do seu pai viúvo que queria desposá-la, refugiou-se no interior da Bélgica. Porém, a princesa é denunciada pelo Diabo e por recusar-se a se entregar ao seu pai é decapitada em praça pública pelo mesmo.

Segundo o referido autor, a história seria mais um filicídio, dentre os tantos parricídios existentes nas famílias reais, se não fosse um fato de que um alienado que assistira à cena tivesse recuperado subitamente a razão.

Na data de sua morte, passaram a ser organizadas romarias com os familiares e seus loucos e na medida em que muitos não eram curados no primeiro ano, as famílias mais abastadas passavam a pagar os aldeãos para que cuidassem dos seus parentes até a festa do ano seguinte. O que aconteceu, para a surpresa dos alienistas, é que os alienados passaram a trabalhar, com

foices e enxadas, e a se recuperarem, não mais por milagre, mas pelo trabalho. (AMARANTE, 2007)

E se puseram a organizar instituições, denominadas colônias de alienados, construídas em grandes áreas agrícolas, onde os alienados pudessem submeter-se ao trabalho terapêutico. (AMARANTE, 2007).

Segundo Marcos Aurelio Soares Jorge (1997), as primeiras colônias brasileiras criadas e anexadas ao Hospício Nacional foram as Colônias de São Bento e a Colônia de Conde de Mesquita, ambas para pacientes do sexo masculino.

As mulheres também foram atingidas pela superlotação do Hospício Nacional. Através do Decreto nº 8.834 de 11/07/1911, foi criada uma colônia exclusiva para as mulheres, a Colônia das Alienadas.

Neste sentido, Marcos Aurelio Soares Jorge (1997):

Em face da superlotação de mulheres no Hospício Nacional, foi criada pelo Decreto de 11 de julho de 1911(Cardoso, 1929) a Colônia de Alienadas em terreno cedido pela Marinha, onde existiam pavilhões para tratamento de beribéricos, em troca de um terreno no Andaraí, onde atualmente se encontra o Hospital do Andaraí, unidade própria do Ministério da Saúde. O primeiro diretor da Colônia foi o alienista Dr. Simplício de Lemos Braule Pinto. A Colônia tinha como objetivo inicial receber exclusivamente pacientes indigentes do sexo feminino que seriam transferidas do Hospício Nacional de Alienados.

Portanto, vê-se que, esses locais foram criados com uma dupla finalidade: reduzir a sobrelotação de pacientes internados no Hospício de Pedro II, e avaliar novos modelos de tratamento psiquiátrico que estabeleçam o trabalho agrícola como forma de agilizar a reabilitação dos doentes mentais.

#### **1.4 A luta pelo movimento antimanicomial**

Nos anos 70, o Brasil iniciou o movimento Pró- Reforma Psiquiátrica, no qual participaram vários profissionais de saúde, dentre eles, psicólogos e psiquiatras. Esses profissionais buscavam um tratamento mais humanizado e inclusivo para os doentes mentais.

Nesse mesmo tempo, iniciava o movimento da Luta Antimanicomial, que se espalhou pelo país rapidamente com um discurso alternativo. Tal movimento se caracterizou pela luta dos direitos das pessoas com transtorno mental.

Recomendava-se que fosse feita a substituição das clínicas psiquiátricas por tratamentos em meio aberto, sucumbindo a ideia de que a pessoa com transtorno mental deveria ser isolada, garantindo assim o respeito ao direito à liberdade, bem como o direito ao convívio familiar e social.

No ano de 1978, com o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que se constituiu a partir de denúncias contra as violências em asilos e as péssimas condições de trabalho dentro dos manicômios/instituições psiquiátricas (ZAMBENEDETTI; SILVA, 2008), reforçou-se, ainda mais, o movimento social pelos direitos dos doentes mentais no Brasil.

Primeiro movimento social organizado na área da saúde mental, O MTSM, tinha na sua composição profissionais de saúde, sindicatos e associações bem como familiares das pessoas com transtornos mentais.

De acordo com Amarante (1996)

O MTSM tinha o objetivo de constituir-se em um espaço de luta não institucional, em um lócus de debate e encaminhamento de propostas de transformação da assistência psiquiátrica, que aglutinava informações, organizava encontros, reunia trabalhadores em saúde, associações de classe, bem como entidades e setores mais amplos da sociedade.

Através deste movimento foram realizadas diversas denúncias de violência em manicômios, numa crítica severa do sistema de assistência psiquiátrica adotada no Brasil. Assim, começam a surgir as primeiras propostas para a reorganização da assistência.

Neste sentido, Lígia Helena Hahn Lückmann e Jefferson Rodrigues (2006) definem o MSTM como sendo um movimento que:

(...) assume papel relevante nas denúncias e acusações ao governo militar, principalmente sobre o sistema nacional de assistência psiquiátrica, que inclui práticas de tortura, fraudes e corrupção. As reivindicações giram em torno de aumento salarial, redução de número excessivo de consultas por turno de trabalho, críticas à cronificação do manicômio e ao uso do eletrochoque, melhores condições de assistência à população e pela humanização dos serviços.

Portanto, vê-se que o movimento da luta antimanicomial tem como precedente o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), movimento que lutou pela transformação do sistema de saúde.

### **1.5 O movimento da Reforma Psiquiátrica**

A partir da década de 80, ocorreram mudanças significativas no que diz respeito às instituições que cuidavam da saúde mental. Concomitantemente, o Brasil passava por um processo de redemocratização e vieram à tona, diversas denúncias de maus tratos e violência nas instituições psiquiátricas, dando forças ao movimento Pró- Reforma Psiquiátrico no Brasil.

Nesse sentido, dispõe Amarante (2008):

No período compreendido entre 1978 e 1987, vários eventos foram realizados com o objetivo de fortalecimento do MTSM e também da luta pela transformação do sistema de saúde. Ligados aos demais setores, em busca da democracia plena e da organização mais justa da sociedade, estavam vinculados aos movimentos sociais existentes.

Dentre os movimentos, há de se destacar a VIII Conferência de Saúde, em 1986, tendo como principal debate a reformulação e o financiamento do setor. Em 1987, foi realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental no Rio de Janeiro, que defendeu a ideia de uma sociedade sem manicômios, propondo meios alternativos de assistência aos doentes mentais. Essa Conferência

(...) foi um marco no processo da Reforma no Brasil, ao levantar recomendações importantes, como: orientar que os trabalhadores em saúde mental buscassem realizar seu trabalho juntamente com a sociedade civil, não só com o objetivo de redirecionar sua prática institucional, como para buscar a democratização desses espaços; formular e programar políticas nessa área, com a participação da população usuária, reconhecendo os espaços de mobilização popular. (MELO, 2012)

Em 1987 também aconteceu o II Congresso Nacional do Movimento dos Trabalhadores, em Bauru. Esse movimento foi marcado pela participação de associações que lutavam pela transformação das políticas e práticas psiquiátricas.

De acordo com Gradelha Junior (2012)

O Manifesto de Bauru é o documento da fundação do Movimento Antimanicomial, que marca a afirmação do laço social entre os profissionais e a sociedade para o enfrentamento da questão da loucura e de suas formas de tratamento, buscando a articulação nacional e pautando-se, enquanto movimento social e sindical, na defesa de uma reforma sanitária democrática e popular.

Ainda, de acordo com Ligia Luchmann e Jefferson Rodrigues (2006):

Outros momentos foram de suma importância para o caminhar da Reforma no Brasil como pode-se destacar: a I Conferência Estadual de Saúde Mental do Rio de Janeiro; o II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, cuja luta era “Por uma Sociedade sem Manicômios”, o I Encontro do Movimento Nacional em 1993, na cidade de Salvador (BA), que teve como lema ‘O Movimento Antimanicomial como movimento social’, e que, a partir daí, passa a ser chamado de Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, dentre outros.

No ano de 1989 iniciam-se as lutas do movimento da Reforma Psiquiátrica no campo legislativo. Dá-se entrada, no Congresso Nacional, o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado, que propõe a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país. (LUCHMANN; RODRIGUES, 2006)

É em meio a esse panorama, que nasce e floresce a Reforma Psiquiátrica, que, posteriormente, resultou na Lei 10.216 de 06 de Abril de 2001. Neste sentido, Laura Araújo (2016), dispõe em seu artigo, a posição de Aluísio Ferreira de Lima, que coloca o MSTM como primeiro momento da Reforma Psiquiátrica:

O primeiro momento da reforma psiquiátrica brasileira, que toma como marco inaugural a fundação, em 1978, do Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), foi o instante de questionamento da política de saúde mental desenvolvida no Brasil, que - embora desde 1961 preconizasse os serviços de tratamento em saúde mental situados nos territórios - continuava financiando massivamente os asilos privados desde 1946, instituições que, por

sua vez, sofriam várias críticas por serem espaços de segregação pessoal e aniquilação subjetiva [...] Assume-se, com o questionamento da política de saúde mental desse período, o desafio à superação dessas instituições que eram hegemônicas no país. As discussões estavam voltadas para a garantia de direitos dos pacientes, o aperfeiçoamento e universalização dos instrumentos utilizados até então, ou seja, o direito à saúde como questão político-social [...].

Para a referida autora, o segundo momento da reforma psiquiátrica brasileira, por sua vez, se concretizou com criação do Movimento de Luta Antimanicomial, que se espalhou pelo país com a sustentação de um discurso alternativo ao sistema manicomial a partir da invenção de novos dispositivos e tecnologias de cuidado, substituindo a clínica fechada por instrumentos abertos, diversificados, de natureza comunitária, que garantiriam a desinstitucionalização. (ARAÚJO, 2016)

A Lei 10.216/2001, também conhecida como a Lei de Reforma Psiquiátrica, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Essa reforma não se refere somente a questão clínica, mas também, alerta a sociedade para a garantia de condição de cidadão dos doentes mentais, garantindo-lhes condições dignas e de forma que sejam respeitados e vistos como integrantes da sociedade.

Segundo Bezerra (2007):

O processo da Reforma Psiquiátrica não é apenas um complexo processo que busca desfazer o aparato e a cultura manicomial que ainda se mantém hegemônica, mas, sobretudo construir uma nova maneira de olhar e lidar com o sujeito louco, como aquele que pensa, sofre, sonha, sente e deseja estar na vida. Para ele, a desconstrução do manicômio implica, necessariamente, em reinventar não só a psiquiatria e suas práticas médicas e sociais, mas, sobretudo, reinventar a própria sociedade, configurando assim um processo amplo, complexo e conjuntural.

A Lei 10. 216 contém 13 artigos nos quais inserem o doente mental à família, à comunidade médica que o irá tratar e visam a menor intervenção possível. Sua finalidade é proporcionar mudanças no tratamento dos pacientes psiquiátricos e também quanto às concepções de loucura para a sociedade.



Com a Reforma, a loucura sai dos asilos e hospitais psiquiátricos e vai para a comunidade, criando novas discussões, questionamentos e percepções sobre os doentes mentais, que passam a ser vistos neste momento como sujeitos de direito.

O art. 5º da referida Lei assim dispõe:

O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário. (LEI Nº 10.216 de 6 de abril de 2001)

Por meio dessa lei, busca-se a desinstitucionalização. Trocou-se o modelo hospitalocêntrico, até então hegemônico no Brasil, pelo modelo de atendimento psiquiátrico comunitário, baseado em serviços de saúde mental descentralizados, multiprofissionais e diversificados (ANDREOLI, 2007).

O processo de desinstitucionalização caracteriza-se por implicar novos contextos de vida para as pessoas com transtorno mental, bem como para seus familiares e “pretende mobilizar como atores os sujeitos sociais envolvidos, modificar as relações de poder entre os usuários e as instituições e produzir diversas ações de saúde mental substitutivas à internação no hospital psiquiátrico” (OLIVEIRA; MARTINHAGO; MORAES, 2009)

A Reforma Psiquiátrica busca a substituição dos hospitais psiquiátricos, de forma a colocar, o paciente que se encontra, muitas vezes, isolado do convívio familiar e da sociedade como um todo, em seu lar para receber um tratamento mais humano e capaz de reabilitá-lo a conviver em sociedade, ao trabalho e ao lazer, extinguindo assim as internações prolongadas. Seu objetivo é humanizar o tratamento, de modo que a internação seja o último mecanismo adotado e, ainda assim, possa o doente mental, receber os cuidados necessários, respeitando a sua cidadania.

Segundo Ramminger (2002):

A Reforma Psiquiátrica, partindo dessa concepção, tem como foco as intervenções e trabalhos específicos, equipes multi e interdisciplinares;

e a mudança do conceito/visão de loucura e de hospitais psiquiátricos como manicômios, apontando uma melhoria na qualidade de vida e conquista ao que se refere em termos de cidadania aos pacientes psiquiátricos.

Com a Reforma, há a preocupação de se evitar as internações prolongadas e em reduzir as compulsórias. A proposta é privilegiar o convívio do paciente com a família e com a comunidade. Neste novo modelo, a sociedade é chamada a assumir sua responsabilidade com os portadores de transtornos mentais, o que certamente implica a conscientização de que o regime aberto não oferece risco para ninguém, que o doente mental não é um incapaz e de que a inserção social é mais eficaz para a sua recuperação (SILVA, 2007)

Além dos CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) e NAPS (Núcleos de Atenção Psicossocial), tipos de serviços substitutivos ao modelo hospitalocêntrico, a reforma previu a implantação de ambulatórios de saúde mental, residências terapêuticas, hospitais-dia, unidades de psiquiatria em hospitais gerais, lares protegidos e centros de convivência e cultura.

Com a Reforma Psiquiátrica, a visão do doente mental como algo a ser excluído do convívio social tem sido amplamente questionada, concomitantemente, a eliminação dos hospitais psiquiátricos vem sendo incorporada na sociedade concretizando um novo modelo assistencial aos transtornos mentais.

Além disso, a Reforma Psiquiátrica avançou, significativamente, na inversão da desinstitucionalização e deu um passo fundamental na luta pela cidadania das pessoas com transtornos psiquiátricos, ainda que repleta de desafios e estando em desenvolvimento.

## 2 ADOECIMENTO EM SAÚDE MENTAL

### 2.1 Sanção penal: a pena e a medida de segurança

A sanção penal é aplicada pelo Estado ao indivíduo que praticou uma infração penal. Ela tem por finalidade punir a prática do ato e evitar a prática de novos crimes futuros. É o Estado fazendo valer o seu *ius puniend*<sup>1</sup> quando alguém pratica um fato típico, ilícito e culpável. Essa sanção comporta duas espécies: as penas e as medidas de segurança.

A pena tem por objetivo reprimir o crime e prevenir que ocorram novos delitos. Para isso, o indivíduo é retirado do convívio social para que seja reeducado e também para que sirva de intimidação à sociedade, buscando evitar novas práticas criminosas.

De acordo com Cleber Masson (2012):

Pena é espécie de sanção penal consistente na privação ou na restrição de determinados bens jurídicos do condenado, aplicada pelo Estado em decorrência do cometimento de uma infração penal, com as finalidades de castigar seu responsável, readapta-lo ao convívio em comunidade e, mediante a intimidação endereçada a sociedade, evitar a pratica de novos crimes ou contravenções penais.

Segundo o art. 32 do Código Penal, são espécies de pena: privativas de liberdade (reclusão e detenção); restritivas de direitos (prestação pecuniária: perda de bens e valores; prestação de serviços à comunidade ou a entidades pública; interdição temporária de direitos; limitação de fim de semana) e multa. (BRASIL, 1940)

No caso do estudo, irá se abordar sobre a pena privativa de liberdade, na qual o indivíduo é retirado do seu convívio social para que possa cumprir a sua pena em estabelecimento carcerário.

A medida de segurança, por sua vez, é uma espécie de sanção penal de natureza preventiva, imposta a um indivíduo que praticou um ato criminoso quando este é inimputável ou semi- imputável.

---

<sup>1</sup> Direito de punir, no latim

Conforme o artigo 26, caput e parágrafo único do Código Penal, são inimputáveis os indivíduos declarados inteiramente incapazes de compreender o caráter ilícito do fato em virtude de doença mental ou de desenvolvimento mental incompleto ou retardado; e semi-imputáveis os indivíduos não inteiramente imputáveis, possuindo capacidade diminuída de discernimento, por força de perturbação da saúde mental ou similar. (BRASIL, 1940)

Segundo Nucci (2007) a medida de segurança é

[...] uma forma de sanção penal, com caráter preventivo e curativo, visando a evitar que o autor de um fato havido como infração penal, inimputável ou semi-imputável, mostrando periculosidade, torne a cometer outro injusto e receba tratamento adequado.

Nestes termos, a medida de segurança é aplicada para aqueles indivíduos que cometem um ato criminoso e que, no tempo, eram portadores de alguma doença mental ou outra perturbação a saúde mental e em virtude disso, não podem ser responsáveis pelos seus atos, devendo, portanto, ser tratado e não punido.

De acordo com o Código Penal (1940), são espécies de medida de segurança: a detentiva que, consiste na internação do indivíduo de crime apenado com reclusão em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou, à falta deste, em outro estabelecimento adequado e a restritiva que consiste na sujeição, a tratamento ambulatorial do indivíduo de crimes apenados com detenção.

O art. 26 do Código Penal dispõe que é isento de pena o agente que, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento. (BRASIL, 1940)

De acordo com o artigo 96 do Código Penal, quem fica sujeito a medida de segurança deve ter o seu tratamento realizado em hospital de custódia e tratamento, quando necessária a internação, ou na falta deste, em outro estabelecimento adequado. Quando não houver necessidade de internação, o tratamento será ambulatorial (a pessoa se apresenta durante o dia em local próprio para o atendimento), dando-se assistência médica ao paciente. (BRASIL, 1940)

## 2.2 Adoecimento mental superveniente à prática do ato

Porém o que acontece quando o indivíduo é acometido de doença mental durante o cumprimento da pena privativa, ou seja, quando surge a doença mental superveniente ao ato praticado?

Neste caso, o indivíduo cumpre pena privativa de liberdade na prisão, visto que ao tempo do crime era plenamente capaz de entender e ser responsável pelos seus atos, mas durante o curso do cumprimento da pena, por diversos fatores, acaba lhe sobrevindo doenças mentais ou outra perturbação a sua saúde mental.

Esse é o ponto principal do capítulo: como deve se dar o tratamento do indivíduo que pratica ato criminoso e ao tempo da prática era perfeitamente capaz de entender o caráter ilícito do ato, mas, durante o curso do cumprimento da pena privativa de liberdade em ambiente carcerário, por diversos motivos, lhe sobrevém doença mental?

A doença mental é um conjunto de sintomas e sinais clinicamente significativos e que não são uma resposta comum, adequada, inserida no contexto cultural e social em que a pessoa vive, mas resultado de um distúrbio ou transtorno psicológico, biológico e social.

Para Fernando Capez (2007), doença mental

pode ser compreendida como a perturbação mental ou psíquica de qualquer ordem, capaz de eliminar ou afetar a capacidade de entender o caráter criminoso do fato ou a de comandar a vontade de acordo com esse entendimento e engloba uma infundável gama de moléstias mentais, tais como epilepsia condutopática, psicose, neurose, esquizofrenia, paranoias, psicopatia, epilepsias em geral, etc.

O primeiro Código Penal a tratar sobre o doente mental foi o Código Penal do Império de 1830. Em seu artigo décimo fixava que não seriam considerados criminosos "os loucos de todo o gênero, salvo se tiverem lúcidos intervalos e neles cometerem o crime". Esta é a primeira vez que se vê a inserção do Louco em uma legislação.

Neste artigo, o louco não era visto como criminoso, mas sim como um “doente” que precisava de um tratamento, à exceção seria quando o crime fosse cometido quando este indivíduo possuísse intervalos lúcidos, nesse caso ele seria condenado como pessoa normal.

Outro artigo, o artigo 12, prescrevia que "os loucos que tiverem cometido crimes serão recolhidos às casas para eles destinadas, ou entregues às suas famílias, como ao juiz parecer mais conveniente". No Código de 1830, o magistrado ficava encarregado de realizar a escolha para onde seria enviado o indivíduo, tendo total liberdade para isso. Nessa época ainda não existia o asilo, não havendo, portanto, um lugar específico para o tratamento da loucura, apenas as prisões e os hospitais da Santa Casa.

O Código Penal da República de 1890, também excluiu a responsabilidade criminal quando o agente que o pratica o crime sofre de doença mental. Ainda, o novo código especificava para onde deveriam ser encaminhados esses indivíduos: o Hospício de Alienados.

No Código Penal da República, houveram mudanças significativas quanto a situação penal dos doentes mentais. Diferentemente do que ocorreu no Código Criminal do Império do Brasil, os juízes decidiam de forma fundamentada, para onde deveriam ser levados os que sofriam de doença mental, só sendo possível o internamento deste indivíduo quando o mesmo apresentasse perigo a segurança e a ordem pública, conforme estabelece o art. 29:

Os indivíduos isentos de culpabilidade em resultado de afecção mental serão entregues às suas famílias, ou recolhidos a hospitaes de alienados, se o seu estado mental assim exigir para segurança do público. (BRASIL, 1890)

Destaca-se aqui que o juiz tinha poder de decisão. No entanto, vale a pena questionar se os juízes teriam competência técnica para decidir sobre qual o melhor ambiente de tratamento para as pessoas com transtorno mental, visto que os mesmos não possuem domínio sobre a psiquiatria e psicologia para determinar a forma e local adequados ao doente mental.

Em 1940, surge o Código Penal Brasileiro, criado pelo então presidente Getúlio Vargas, e que trouxe algumas modificações para o tratamento do

indivíduo acometido de superveniente doença mental. Este código apresenta a figura da medida de segurança como uma sanção penal.

Uma grande inovação trazida por esse código foi a adoção do sistema duplo binário, no qual a pena e a medida de segurança poderiam ser aplicadas cumulativamente, quando o réu além de praticar o ato criminoso fosse considerado perigoso.

Porém, com a reforma de 1984, o sistema duplo binário fora substituído pelo sistema vicariante, utilizado até os dias atuais pelo código penal, segundo o qual penas e medidas de segurança não devem ser aplicadas de forma concomitante, mas sim isoladas. As penas só devem ser aplicadas aos imputáveis, as medidas de segurança inimputáveis e uma ou outra para os semi-imputáveis.

Sabe-se que no curso do cumprimento da pena poderá sobrevir ao condenado doença mental ou outra perturbação à sua saúde mental. Diante da situação atual em que se encontram os presídios, os apenados cumprem as suas penas de forma degradante, humilhante e desumana, sendo a superlotação e a falta de políticas públicas direcionadas a melhoria dos estabelecimentos prisionais, segundo especialistas no assunto, fatores explicativos para a situação de calamidade e insuficiência em que se encontram as penitenciárias brasileiras. (BITENCOURT, 2011)

Diante de tal situação, é comum que possa sobrevir aos encarcerados, doenças mentais tendo em vista que o cárcere é elemento potencializador para o surgimento de patologias desta ordem. O próprio sistema faz com que os presos desenvolvam transtornos e doenças mentais, pois é um sistema precário, violento onde os presos encontram-se em péssimas condições. (GRECO, 2004)

Nesse sentido, Rogrigo Bedê (2017) define o sistema prisional como um estabelecimento falido:

O sistema carcerário se encontra falido, onde o preso é submetido a condições desumanas, em locais inabitáveis por qualquer ser humano, celas superlotadas em quase dez vezes sua capacidade, falta de atendimento médico, odontológico e psicológico(...)

Quando isso ocorre, quando sobrevém ao preso doença mental no curso do cumprimento da pena, deverá o indivíduo ser encaminhado a um manicômio

judiciário ou a outro estabelecimento adequado, para que possa receber o tratamento adequado, conforme dispõe o art. 41 do Código Penal: “ o condenado a quem sobrevém doença mental deve ser recolhido a hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou, à falta, a outro estabelecimento adequado. (BRASIL,1940)

Contudo, uma vez verificado que a situação é definitiva, o art. 183 da Lei de Execução Penal, impõe que a pena deve ser substituída por medida de segurança:

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 ou da autoridade administrativa, poderá determinar a substituição da pena por medida de segurança. (LEI Nº 7.210, DE 11 DE JULHO DE 1984)

Nesse sentido veja-se a jurisprudência:

Habeas corpus. Execução criminal. Superveniência de doença mental. Medida de segurança substitutiva. Duração. Cumprimento integral da pena privativa de liberdade. Precedentes do STJ. 1. **Se no curso da execução da pena privativa de liberdade sobrevier doença mental ou perturbação da saúde mental do condenado, o juiz poderá determinar a substituição da pena por medida de segurança, a teor do disposto no art. 183 da Lei de Execuções Penais.** A duração dessa medida substitutiva não pode ser superior ao tempo restante para cumprimento da reprimenda. Precedentes do STJ. 276 Jurisp. Mineira, Belo Horizonte, a. 62, nº 196, p. 255-331, jan./mar. 2011 2. Assim, ao término do referido prazo, se o sentenciado, por suas condições mentais, não puder ser restituído ao convívio social, o juiz da execução o colocará à disposição do juízo cível competente para serem determinadas as medidas de proteção adequadas à sua enfermidade (art. 682, § 2º, do Código de Processo Penal). 3. Ordem concedida (HC 31.702/SP - DJ de 05.04.2004 - Rel.<sup>a</sup> Min.<sup>a</sup> Laurita Vaz).

Portanto, existe a possibilidade de conversão da pena em medida de segurança, que tem duas modalidades: a) internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico; b) sujeição a tratamento ambulatorial.

Caso o apenado portador do transtorno mental tenha sido condenado com reclusão será submetido a medida da internação em Hospital de Custódia e Tratamento, e na falta deste, em outro estabelecimento adequado. Sendo o delito previsto com pena de detenção, será submetido ao tratamento ambulatorial. O tratamento ambulatorial deve ser prestado no próprio hospital ou



em outro estabelecimento adequado. Vale ressaltar que, de acordo com o § 4º do art. 97, em qualquer momento do tratamento ambulatorial o juiz pode determinar a internação do agente para fins curativos.

Assim, quando sobrevém ao réu a doença mental, este deve ser colocado para cumprir sua pena de acordo com a sua condição, em razão de que um indivíduo que está com a sua sanidade mental afetada não pode ser colocado junto aos demais apenados, pois acarretaria problemas não só aos demais apenados, como também a ele.

### **2.3 Procedimento adotado na Legislação Penal**

O manicômio judiciário, hoje denominados de Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, é uma instituição pública que abriga pessoas que sofrem de algum tipo de doença mental e que cometeram algum tipo de crime, e, em função disto, estão sofrendo medida de segurança.

Com a Lei 10.216/01, conhecida como Lei de Reforma Psiquiátrica, como fica a situação do indivíduo que lhe sobrevém superveniente doença mental? Uma vez que a Reforma preza pela desinstitucionalização, ou seja, impõe uma nova interpretação das relações relativas às medidas de segurança, tanto no Código Penal quanto na Lei de Execução Penal.

De acordo com a Legislação Penal, quando o condenado for acometido por doença mental ou outra perturbação a sua saúde mental durante o curso do cumprimento da pena, ou seja, superveniente a prática do ato, ele deve ser encaminhado a um Hospital de Custódia.

Antes disso o indivíduo deve ser submetido a uma perícia médica, conforme art. 682 do Código de Processo Penal, e se constatado a doença haverá substituição da pena privativa de liberdade para a medida de segurança substitutiva.

Conforme estabelece o art. 108 da LEP: “o condenado a quem sobrevier doença mental será internado em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico”. (LEI Nº 7.210, DE 11 DE JULHO DE 1984)

Quanto ao tempo de duração dessa medida de segurança substitutiva entende-se hoje que a sua duração deve ser o restante do tempo da pena privativa que está sendo substituída. Na hipótese de melhora ou até mesmo a cura, o sentenciado, retornará para cumprir sua pena no presídio, onde terá descontado para fins de cálculo de pena, o período que esteve internado.

Neste sentido, o STJ entende:

HABEAS CORPUS. EXECUÇÃO. SUPERVENIÊNCIA DE DOENÇA MENTAL. MEDIDA DE SEGURANÇA SUBSTITUTIVA DE PENA PRIVATIVA DE LIBERDADE. RÉU QUE PERMANECE INTERNADO. TEMPO DE CUMPRIMENTO DA PENA CORPORAL EXCEDIDO. FLAGRANTE CONSTRANGIMENTO ILEGAL. ORDEM CONCEDIDA. 1. Hipótese na qual se requer a extinção da medida de segurança aplicada ao paciente em substituição à pena corporal, sob o fundamento de ter se encerrado o prazo da pena privativa de liberdade imposta na sentença condenatória. 2. Evidenciada a ocorrência de flagrante constrangimento ilegal, deve ser concedida ordem de habeas corpus ao paciente. 3. A medida de segurança prevista na Lei de Execuções Penais, hipótese dos autos, é aplicada quando, no curso na execução da pena privativa de liberdade, **sobrevier doença mental ou perturbação da saúde mental, sendo adstrita ao tempo de cumprimento da pena privativa de liberdade fixada na sentença condenatória, sob pena de ofensa à coisa julgada.** 4. Verificado o cumprimento integral da medida de segurança substitutiva, deve ser determinada sua extinção. 5. Ordem concedida para, declarada extinta a medida de segurança substitutiva à pena corporal fixada ao paciente, em virtude de seu integral cumprimento, determinar a expedição de alvará de soltura em favor do paciente. (STJ - HC: 88849 SP 2007/0190440-7, Relator: Ministra JANE SILVA (DESEMBARGADORA CONVOCADA DO TJ/MG), Data de Julgamento: 28/11/2007, T5 - QUINTA TURMA, Data de Publicação: DJ 17.12.2007 p. 273)

Porém, na hipótese de o condenado doente mentalmente ter cumprido o prazo estabelecido em sua pena e mesmo assim não ter apresentado melhora em seu quadro psiquiátrico, o que deve ser feito?

Segundo o doutrinador Gomes (1993):

Terminado o prazo máximo de cumprimento da medida, caso ainda persista a enfermidade mental, nada impede que se dê por cessada a execução penal e se transfira imediatamente o enfermo para estabelecimento administrativo, continuando-se assim, o tratamento, já agora sem falar em execução penal, sim em providência puramente administrativa.

Esta questão ficará para ser resolvida em pesquisas posteriores, visto que é um assunto que merece uma pesquisa e um estudo aprofundado sobre o tema.

Na realidade, o que acontece é que muitos portadores de transtornos mentais têm sido colocados a cumprir medida de segurança, sem qualquer determinação de prazo, desrespeitando os direitos e garantias fundamentais inerentes a todos os indivíduos.

Ademais, sabe-se que muitas vezes quando estabilizado, o quadro patológico do portador do transtorno mental, isso não acarreta o término da medida de segurança, o que configura em uma grave violação aos direitos humanos, pois restringe o direito de ir e vir de uma pessoa.

Segundo Andreoli; Quintana; Higashi (2008), dados do Estado de São Paulo em 2006, indicam prevalência significativa de transtornos mentais na população prisional, especialmente entre as mulheres. O estudo apontava que 61,7% dos presos, tiveram ao menos uma ocorrência de transtorno mental ao longo da vida e cerca de 25% daqueles que estavam em regime fechado preenchiam critérios diagnósticos para pelo menos um transtorno mental no ano anterior ao estudo. Cerca de 11,2% dos detentos homens e 25,5% das mulheres apresentavam transtornos mentais graves. (CONSTANTINO; ASSIS; PINTO, 2016)

O Ministério da Justiça encomendou um Censo dos manicômios judiciários. O Censo realizado durante o ano de 2011 revela que o Brasil tem 3.989 pessoas trancadas nos manicômios. Desse total, 741 pessoas já deveriam estar em liberdade. Ou seja, um em cada quatro internos é vítima de atrasos no sistema. O Censo encontrou nos hospitais de custódia 18 pessoas esquecidas e abandonas há mais de 30 anos. O Censo ainda mostra que, em geral, esses pacientes ficam mais tempo nesses hospitais do que a pena máxima que receberiam se fossem presos comuns. (DINIZ, 2013)

No primeiro capítulo, abordou-se a Reforma Psiquiátrica. Tal reforma busca a substituição dos hospitais psiquiátricos, de forma a colocar, o paciente que se encontra muitas vezes isolado do convívio familiar e da comunidade, em seu lar para receber um tratamento mais humano e capaz de reabilitá-lo a conviver em sociedade, ao trabalho e ao lazer, extinguindo assim as internações prolongadas.

Seu objetivo é humanizar o tratamento, de modo que a internação seja o último recurso – e ainda assim, cercado dos devidos cuidados e do absoluto respeito à cidadania do paciente.

Diante disso, como adequar o que propõe a Reforma Psiquiátrica, que redireciona o modelo assistencial em saúde mental, ao que dispõe a Lei Penal? Se a Lei prescreve que o indivíduo acometido de superveniente doença mental no curso do cumprimento da pena deve ser encaminhado a Hospital de Custódia e Tratamento e a Reforma Psiquiátrica, por sua vez, busca uma reestruturação da assistência aos doentes mentais e uma humanização do tratamento destes, com a finalidade de desativação gradual dos manicômios e uma reinserção dos doentes mentais na sociedade?

O art. 4º da Lei 10.216/01 proíbe a internação de portadores de transtornos mentais em instituições asilares:

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.

§ 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º.

Já de acordo com o art. 97, caput, do Código Penal a regra é a internação, com exceção dos casos de crimes puníveis com reclusão, no qual o juiz poderá adotar um tratamento mais brando, qual seja, tratamento ambulatorial:

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.

Para a Lei de Reforma Psiquiátrica, a internação deve ser uma exceção, quando o tratamento ambulatorial se mostrar insuficiente, visto que no modelo proposto pela Reforma o tratamento deve ser o menos invasivo possível e de

forma a promover a inclusão social como tratamento mais eficaz para a reabilitação psicossocial do doente mental.

Neste aspecto, enquanto a Lei preconiza o internamento, a Reforma Psiquiátrica busca a reinclusão social desse indivíduo, de forma a promover o tratamento integrando-o a sociedade e promovendo a autonomia destas pessoas. Ademais, não se deve escolher o tratamento para o portador de transtorno mental de acordo com o tipo de crime praticado, mas sim, deve levar em conta, principalmente, o doente mental e as suas necessidades.

Portanto, é preciso que se busque tratamentos alternativos diversos da internação hospitalar, visto que com as mudanças propostas pela Lei de Reforma Psiquiátrica, a internação deverá ser exceção e não regra como coloca a Legislação Penal.

### **3 CONFLITO ENTRE A LEGISLAÇÃO PENAL E A LEI 10.216/01 - LEI DE REFORMA PSIQUIÁTRICA**

#### **3.1 Dos manicômios judiciários – atuais Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico**

Segundo Ludmilla Cerqueira Correia (2009) a palavra "manicômio" deriva do grego: "manía" significa loucura e "komêin" quer dizer curar. Portanto, a partir do seu significado, se infere que o manicômio seja um instituto destinado ao tratamento das pessoas com transtornos mentais.

Conforme visto no primeiro capítulo em meados dos séculos XVI e XVII, existiam os Hospitais e Santas Casas que serviam como espaço de acolhimento não só para os loucos como também para todos aqueles que fossem considerados "indesejáveis" pela sociedade.

Diferentemente dos asilos (instituições com mera função de abrigo ou recolhimento) e dos hospícios (espaços ou edifícios, administrados como partes dos hospitais gerais destinados exclusivamente aos alienados), os manicômios caracterizavam-se por acolher apenas doentes mentais e dar-lhes tratamento médico sistemático e especializado. (CORREIA, 2009)

De acordo com Basaglia (2005), o manicômio surgiu nas periferias das cidades, em zonas isoladas e cercadas por muros. A figura do doente mental deveria ser mantida à distância, para que não perturbasse a ordem e o ritmo da sociedade.

A criação oficial dos manicômios judiciários no Brasil ocorreu em 22 de dezembro de 1903, pelo Decreto nº 1.132/1903. Mas só em 1919 foi construído o primeiro manicômio judiciário brasileiro, no Rio de Janeiro. O segundo foi fundado em Porto Alegre, em outubro de 1925 e o terceiro foi o Manicômio Judiciário de Franco da Rocha, no Estado de São Paulo, em 1933. (MAMEDE, 2006)

O manicômio judiciário é o lugar institucional destinado às pessoas com transtornos mentais que cometeram algum delito. Com a Reforma Penal de

1984, o manicômio judiciário passou a ser denominado Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP), integrando o sistema penitenciário.

O Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico possui uma natureza ambígua: é um local onde as pessoas com transtornos mentais são tratadas, que, em razão da enfermidade, pratiquem algum crime ou que em decorrência da condenação lhe sobrevenha a doença mental, mas apesar de intitulados como “hospitais” não são de responsabilidade do Ministério da Saúde, mas sim, do Ministério da Justiça. Além disso, possui essa natureza ambígua, pois, ao mesmo tempo em que pune o indivíduo criminoso num local restrito e com grades, busca o tratamento psiquiátrico de seu transtorno mental.

Em seu artigo, Marcus Vinicius Furtado Coelho (2014) fala sobre esse caráter ambíguo dos manicômios judiciários:

A lógica dos séculos 19 e 20 ainda rege os manicômios judiciários, que no Brasil recebem o pomposo e enganador nome de hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico: afastar das sociedades aqueles considerados loucos, sem preocupar-se com o tratamento deles. Nesses locais, que vivem a ambiguidade de serem ao mesmo tempo prisão e casa de tratamento, inúmeros humanos são tratados como cidadãos de última classe.

De acordo com o Regimento Interno dos Hospitais de Custódia e Tratamento, seu objetivo é oferecer tratamento psiquiátrico ao paciente internado, preservar os direitos humanos e a dignidade do mesmo, bem como garantir qualidade de vida e bom atendimento durante a hospitalização. Visa tratar e recuperar seus internos, buscando reintegrá-los ao meio social e custodiar esses indivíduos que, por determinação judicial, têm uma medida de segurança a cumprir.

O HCTP em quase nada mudou quanto aos procedimentos que eram adotados pelos antigos manicômios judiciários. Neste sentido:

[...] O manicômio judiciário se caracterizava, portanto, como um lugar social específico para o encontro entre crime e loucura. Desse modo, essa instituição apresenta, desde a sua origem, uma estrutura ambígua e contraditória. Enquanto instituição predominantemente custodial, revela, com grades e intervenções psiquiátricas, a dupla exclusão que sofrem as pessoas com transtorno mental autoras de delitos. (CORREIA; LIMA; ALVES, 2007)

Portanto, nota-se que, na prática, muitos são os problemas enfrentados pelos pacientes que se encontram abrigados nos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, acarretando uma grave violação dos seus direitos.

### **3.2 A Reforma Psiquiátrica x HCTP**

Conforme foi visto no primeiro capítulo, a Reforma Psiquiátrica busca a humanização nos tratamentos dos doentes mentais, a reformulação das políticas públicas de saúde mental e a gradual extinção dos manicômios judiciários. A reforma tem por objetivo focar na rede de cuidados da atenção básica, buscando desconstruir a lógica excludente do hospital psiquiátrico e possibilitar ao doente mental estratégias para a inclusão social.

Para Alessandra Mascarenhas Prado e Danilo Schindler (2017):

A Lei de Reforma Psiquiátrica (Lei n. 10.216/2001) surge no cenário jurídico brasileiro como resultado do movimento de luta pelo reconhecimento dos direitos das pessoas com enfermidade mental e revela a necessidade de mudança da política criminal, para que se reconheçam às pessoas com transtornos mentais que cometeram um fato considerado crime os mesmos direitos que a lei prevê para todos os enfermos mentais. Dessa maneira, percebe-se que esta lei deve ser aplicada tanto no sistema de saúde comum não judicializado como no âmbito do sistema prisional.

Ainda para esses autores:

As bases da reforma psiquiátrica representam a negação do quanto disposto na legislação penal. Enquanto a medida de segurança é utilizada, em regra, na modalidade de internação, no intuito de tratar e retribuir condutas ilícitas, a reforma surge para percorrer o caminho inverso, desinternar para reabilitar e garantir cidadania à pessoa com transtorno mental.

A Lei de Reforma Psiquiátrica estabelece no art. 4º que, em regra, o tratamento do portador de doença mental deve se dar em liberdade e que se



priorize a utilização de recursos extra-hospitalares; além disso, o art. 6º dispõe: “a internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos”.

Portanto, o indivíduo portador de transtorno mental ou outra perturbação a sua saúde mental deveria ser tratado prioritariamente em meio aberto, como uma tentativa de garantir cidadania a pessoa com transtorno mental, reintegrando-o à família e a à sociedade.

Nesse sentido, o acompanhamento dos familiares pode favorecer o tratamento não apenas da pessoa com transtorno mental, como também o de sua família e, assim, haverá uma maior probabilidade de sucesso na inserção social desse indivíduo. (PRADO; SCHINDLER, 2017)

Mas, na prática, a internação ainda tem sido o primeiro recurso utilizado, ainda que a maioria dos delitos cometidos sejam de baixo potencial ofensivo, como pequenos furtos, danos contra patrimônio público ou desacato a autoridade.

Essa situação atual dos Hospitais de Custódia e Tratamento tem manifestado muitas discussões acerca dos direitos humanos dos internos custodiados, e também quanto ao direito da família em acompanhar e assistir os seus entes internados.

Em 2015, foi elaborado no Brasil, o relatório “Inspeções aos Manicômios”, que inspecionou os manicômios judiciários nacionais, hospitais de custódia, alas psiquiátricas e similares. O relatório é resultado da união do Conselho Federal de Psicologia (CFP) junto com o Conselho Federal da Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) e a Associação Nacional do Ministério Público em Defesa da Saúde (AMPASA).

As inspeções foram realizadas por 18 Conselhos Regionais em 17 estados do país e no Distrito Federal, em onde havia cumprimento/execução de Medida de Segurança de pacientes judiciários ou portadores de sofrimento mental em conflito com a lei.

O estudo mostra que muitos são os problemas enfrentados pelos internos nos Hospitais de Custódia e Tratamento, dentre eles, a precariedade de acesso à justiça por parte dos portadores de transtorno mental, uma vez que existem poucos advogados para acompanhamento processual; a escassez de psicólogos nas unidades de tratamento, que segundo o relatório “Na unidade em

que há a menor relação psicólogo/paciente, temos um profissional da Psicologia para cada 21 presos/pacientes e, na maior relação temos, inacreditáveis 104 presos/pacientes por profissional da Psicologia”.

De acordo com o relatório “ Inspeções aos manicômios” nas 18 unidades avaliadas, encontrou-se 2.864 pacientes/presos, e desse total, 61% estavam recolhidos em celas comuns. “Em sete, dos dezessete manicômios pesquisados, há superlotação, que varia de 110% da capacidade de vagas instaladas a 410%”. No que tange à avaliação estrutural dos espaços asilares, todos refletem a marca da invalidação do *status* de ser humano, como local degradante, de tortura e de aniquilamento da individualidade e da liberdade.

Neste relatório, Mariza Monteiro Borges, define os manicômios judiciários como locais de isolamento do sujeito:

Uma instituição para os considerados loucos cujo estatuto se vale do aprisionamento para ser ainda pior que um manicômio. Por outro lado, uma prisão que se reveste do discurso da tutela sanitária para ser ainda mais eficaz na perpetuação do isolamento e da mortificação do sujeito em conflito com a lei – muito além do que hoje a Lei permite a uma prisão.

Para Basaglia (1985) o sujeito portador de transtorno mental internado numa instituição psiquiátrica é, “antes de mais nada, um homem sem direitos, submetido ao poder da instituição, à mercê, portanto, dos delegados da sociedade (os médicos) que o afastou e o excluiu”.

Para este mesmo autor, quando o doente é internado em uma instituição psiquiátrica, ele encontra um mundo com novas regras e estruturas que resultam em uma maior alienação, uma vez que ele se encontra segregado, excluído, isolado da vida em sociedade. O referido autor discorre que a institucionalização corresponde a um homem imóvel, sem objetivo, sem futuro, destruído pelo poder da instituição que têm o objetivo de limitar e coagir o doente mental. (BASAGLIA, 2005)

Thayara Castelo Branco (2016), em seu artigo, define o HCTP como sendo um local de mortificação do apenado portador de transtorno mental:

Assim, o manicômio judiciário ou hospital de custódia e tratamento psiquiátrico é o reflexo da desumanização do doente e sua mortificação; passa a ser a representação de todos os excessos de um sistema penal deslegitimado e genocida: é o casamento do pior

da prisão com o pior do *hospital* psiquiátrico. Os dois sistemas disciplinares, isoladamente, já exprimem potencialidades violentas avassaladoras e quando unidos, além de opressivos, são trágicos e exterminadores, em definitivo.

Portanto, vê-se que os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico não estão em conformidade com os princípios da Reforma Psiquiátrica, além disso, vários direitos dos internos estão sendo violados, como direito à integridade física, direito à dignidade da pessoa humana, direito à liberdade, direito à saúde, e tantos outros que dão garantias mínimas de condições de vida aos portadores de transtornos mentais que são internados.

São vários os problemas enfrentados pelos internos, dentre eles: a falta de medicamento; de profissionais qualificados; condições sanitárias precárias; ausência de mecanismos que preservem o vínculo com os familiares e ainda o descaso das autoridades públicas que acabam permitindo o prolongamento do prazo das medidas de segurança. Tais violações demonstram que a forma como essa instituição trata os pacientes está ultrapassada e precisa ser revista para que possa garantir os direitos daqueles que ali estão para receber um tratamento condizente com a sua necessidade. (CORREIA, 2009)

Quando internado em Hospital de Custódia e Tratamento, o indivíduo que tem reconhecida a cessação de sua periculosidade, deve ter sua medida de segurança suspensa e ordem expedida pelo juiz para a sua desinternação ou liberação com as condições para o livramento condicional.

Mas, a realidade é outra. Muitos internados ficam por bastante tempo ali esquecidos, aguardando um laudo psiquiátrico para a sua liberação, que, na maioria das vezes, a sua produção leva muito tempo, pois deve ser feito por um médico, e a realidade é que em muitos hospitais de custódia e tratamento, a quantidade de médicos é muito pouca em relação à quantidade de pacientes que devem ser analisados.

De acordo com Debora Diniz (2013) no seu artigo “A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil”, o Censo de 2011 encontrou 18 pacientes com mais de 30 anos de internação (prazo máximo estabelecido para prisão de pessoas imputáveis), mesmo sabendo que trinta anos é o limite da pena a ser imposta pelo Estado aos indivíduos imputáveis, segundo decisão do Supremo Tribunal Federal (Brasil, 2005) e 606 pacientes internados há mais tempo que

pena máxima em abstrato para a infração cometida. Um em cada quatro indivíduos não deveria estar nos estabelecimentos de custódia porque não têm processo judicial ou a medida de segurança está extinta e 1.194 estavam com seus laudos psiquiátricos ou Exames de Cessação de Periculosidade em atraso.

Ainda, segundo a autora, 41% dos exames de cessação de periculosidade se encontrava em atraso, e o tempo médio de permanência à espera de um laudo psiquiátrico era de dez meses (o artigo 150, § 1o do Código de Processo Penal determina que esse prazo seja de 45 dias) e o de espera para o exame de cessação de periculosidade era de 32 meses.

Nesse sentido, Mariana Oliva (2009) dispõe:

Acontece que muitos pacientes internados para exame e perícia não necessitam de um tratamento tão agressivo e exclusivo, como é o internamento no HCT. Muitas pessoas são enviadas para lá pelo Poder Judiciário apenas por uma suspeita de doença mental sem possuí-las de fato, e ficam internadas por um grande período até que sejam realizados todos os exames necessários, e podem acontecer duas coisas: ou se constata que a pessoa não tem nenhum tipo de doença mental, e ela então será julgada normalmente, como indivíduo imputável; ou a pessoa, com o convívio com outros internos, e estando em contato diário com diversas patologias mentais, acaba realmente ficando doente, e necessitando de tratamento clínico e até medicamentos.

Para Antônio Carlos da Ponte (2007), os Hospitais de Custódia em nada se diferenciam das prisões:

Não se alegue que os hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico não se confundem com os presídios. A realidade tem mostrado que as diferenças se situam apenas no campo teórico. A chance de uma pessoa que acuse perturbação da saúde mental recuperar-se em um desses estabelecimentos é nula.

A Lei Federal nº 10.216/2001, a Lei da Reforma Psiquiátrica, dispõe sobre a proteção das pessoas com transtornos mentais e redireciona todo o modelo assistencial na área. Essa Lei reconhece muitos direitos aos portadores de doença mental como ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, de acordo com suas necessidades; ser tratado com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, para alcançar sua recuperação pela inclusão na família, no trabalho e na comunidade; ser protegido contra qualquer

forma de abuso e exploração; ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização sem sua concordância; ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis; ser tratado em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis; ser tratado, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental, dentre outros.

Segundo Paulo Jacobina (2006) a Reforma Psiquiátrica tem como pontos:

- a) abordagem interdisciplinar da saúde mental, sem prevalência de um profissional sobre o outro;
- b) negativa do caráter terapêutico do internamento;
- c) respeito pleno da especificidade do paciente e da natureza plenamente humana da sua psicose;
- d) discussão do conceito de cura não mais como devolução ao paciente da sanidade perdida, mas como trabalho permanente de construção de um sujeito (eu) ali onde parece existir apenas um objeto de intervenção terapêutica (isso);
- e) denúncia das estruturas tradicionais como estruturas de repressão e exclusão;
- f) não neutralidade da ciência;
- g) reconhecimento da inter-relação estreita entre as estruturas psiquiátricas tradicionais e o aparato jurídico-policial.

O art. 2º da Lei de Reforma Psiquiátrica elenca um rol dos direitos e garantias dos portadores de transtornos mentais que, nos Hospitais de Custódia e Tratamento, muitas vezes, tais direitos não são respeitados:

“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
- III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração
- IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas
- V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária
- VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis
- VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento

- VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis
- IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental”.

A Lei de Reforma Psiquiátrica, portanto, humaniza o tratamento ao portador de transtorno mental, autor de infração penal, possibilitando o seu retorno ao convívio social, através do amparo da família e da comunidade. Com a adoção do sistema hospitalocêntrico, o princípio da dignidade humana é gravemente violado, bem como a condição de cidadão não é reconhecida aos doentes mentais.

Dessa forma, a medida de segurança prevista no Código Penal e na Lei de Execuções Penais precisa ser repensada à luz da reforma psiquiátrica. É preciso verificar a importância da harmonização da legislação penal com a Lei de Reforma Psiquiátrica para garantia de direitos da pessoa com transtornos mentais e ainda para que se possa manter os vínculos sociofamiliares e as territorialidades geográfica e afetiva dos sujeitos.

### **3.3 Dos Centros de Atenção Psicossocial (Caps)**

A partir da lei nº 10.216/2001 os manicômios foram sendo progressivamente extintos e substituídos pelos Centros de Atenção Psicossocial (Caps). Os hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico (HCTP) são os últimos manicômios, ainda a desmontar nas estruturas jurídico-políticas e conceituais existentes na atualidade, permanecendo as decisões dos magistrados por internações.

No ano de 1986 é criado o primeiro CAPS no Brasil. Por meio do CAPS vem se implantado uma significativa rede de serviços e dispositivos de saúde mental em todo território nacional. Estes centros constituem uma medida alternativa ou substitutiva para a atenção à saúde mental.

Segundo L'abbate (2003), os CAPS referem-se a um serviço aberto e comunitário de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). Esses serviços se dão em um ambiente referencial de tratamentos para pacientes que sofre com

transtornos mentais, neuroses graves, psicoses demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida.

Nesse sentido:

O CAPS é um serviço substitutivo de atenção de saúde mental que tem demonstrado efetividade na substituição da internação de longos períodos, por um tratamento que não isola os pacientes de suas famílias e da comunidade, mas que envolve os familiares no atendimento com a devida atenção necessária, ajudando na recuperação e na reintegração social do indivíduo com sofrimento psíquico. (SCHRANK; OLSCHOWSKY, 2008)

Como exemplo de extinção do modelo manicomial, pode ser citada a intervenção na Casa de Saúde Anchieta, em Santos. A Casa de Saúde Anchieta, é considerada um marco na história da psiquiatria brasileira, por se tratar de uma experiência inovadora, em que ocorreu uma intervenção médico legal num asilo. Esta pode ser considerada a primeira experiência concreta de desconstrução do aparato manicomial no Brasil, e de construção de estruturas substitutivas. (HIRDES, 2007)

Ainda, de acordo com Farah de Sousa Malcher (2009)

Já existem, embora raras, experiências interinstitucionais bem-sucedidas no sentido de tratar o doente mental criminoso fora do manicômio judiciário, e sim, na rede SUS extra-hospitalar de atenção à saúde mental, especialmente nos Centros de Atenção Psicossocial.

Portanto, vê-se que o CAPS é um dos serviços substitutivos ao modelo hospitalocêntrico e tem como papel mais importante o resgate da cidadania do portador de doença mental porque reformula o modelo vigente de Atenção à Saúde Mental.

Desse modo, pode-se dizer que a Reforma Psiquiátrica trouxe um novo modelo de instituição para as pessoas portadoras de transtornos mentais, bem como, através desse movimento antimanicomial busca-se modificar a visão que a sociedade tem desses indivíduos, observando-se que estas pessoas precisam ter os seus direitos respeitados e serem reconhecidos como cidadãos, prezando assim pela sua dignidade e liberdade. A prioridade da Reforma é a utilização, em regra, do tratamento ambulatorial, passando a internação de regra para

exceção, sendo cabível tão somente durante episódios nos quais os portadores de transtornos mentais ofereçam riscos a si mesmo ou às pessoas a sua volta.

Nesse novo paradigma trazido pela Reforma, a sociedade é chamada a assumir sua responsabilidade com o portador de transtorno mental, buscando a conscientização de que a inclusão social é o tratamento mais eficaz para o doente mental.

Com isso, nota-se que os princípios idealizados pela Reforma Psiquiátrica devem ser observados por toda a sociedade a fim de garantir que os indivíduos passíveis de tratamento psiquiátrico recebam um tratamento digno e humanizado, assegurados seus direitos básicos e fundamentais. É preciso buscar um atendimento que respeite a individualidade e as necessidades dos doentes mentais, sem trancá-los e violentá-los.



## CONCLUSÃO

O desenvolvimento do presente trabalho analisou o conflito existente entre a Legislação Penal e a Lei 10. 216/01 - Lei de Reforma Psiquiátrica- em relação ao apenado acometido de superveniente doença mental.

Esta pesquisa foi importante para conscientizar a sociedade quanto a necessidade de proteger os direitos das pessoas com transtornos mentais. No estudo, através da análise feita do tratamento ofertado aos pacientes nos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, conforme o disposto na legislação penal, notou-se que esta se encontra antiquada e obsoleta.

O objetivo geral do estudo foi atingido, visto que chegou-se à conclusão de que é necessária, para o reconhecimento do doente mental, como cidadão, bem como para a garantia dos seus direitos, adequar a legislação penal com a Lei de Reforma Psiquiátrica.

Também foram alcançados os objetivos específicos, pois no desenvolver do trabalho apresentou-se a evolução do tratamento dos “loucos” até o surgimento da Lei de Reforma Psiquiátrica; foram tratados os dispositivos penais legais que dispõem sobre o tratamento dos presos quando lhes sobrevém doença mental e por fim, realizou-se a comparação do que dispõe a Lei Penal, para o tratamento das pessoas com transtorno mental, e o que dispõe a Lei 10.216/01.

Concluiu-se, portanto, que o tratamento recebido pelos pacientes judiciários nos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico está desatualizado e ultrapassado, visto que, com as mudanças trazidas pela Lei 10.216/01, os doentes mentais precisam receber um tratamento mais humano, voltado para a sua reinserção junto à sua família e comunidade.

A hipótese levantada foi confirmada, pois através do estudo, constatou-se que o tratamento recebido pelas pessoas com transtornos mentais, segundo a Legislação Penal, está superado e precisa se adequar à Lei de Reforma Psiquiátrica para a garantia dos direitos destes indivíduos.

O problema de pesquisa, qual seja: “se a legislação Penal está adequada as mudanças trazidas pela Lei de Reforma Psiquiátrica no tocante aos presos portadores de doença mental superveniente”, foi respondido ao longo da

pesquisa, e a resposta é que não está adequado, visto que os métodos utilizados no tratamento dos pacientes do HCTP são retrógrados e não condizem com as propostas apresentadas pela Reforma, que busca que o tratamento seja feito em meio aberto, prioritariamente.

A Lei nº 10.216 de 6 de abril de 2001, resultado do movimento antimanicomial, redirecionou o modelo assistencial em saúde mental e busca proteger o direito das pessoas portadoras de transtorno mental e ainda, luta pelo reconhecimento da cidadania destes indivíduos.

Apesar da constante luta da Reforma Psiquiátrica, que trouxe inovações importantes para a garantia dos direitos das pessoas com transtorno mental, os tratamentos e as noções acerca da loucura ainda não atingiram uma reflexão completa na sociedade contemporânea e as mudanças têm ocorrido de forma lenta, pois a aplicação da medida de segurança e modelo hospitalocêntrico ainda são os pontos de partida em muitos casos e o que se verifica na prática é que o modelo manicomial continua em vigor.

Os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico estão inseridos no sistema prisional, desviando da lógica terapêutica, pois nesse local o paciente é tratado como “louco” e “criminoso”. Ainda, as péssimas condições oferecidas a estes pacientes demonstram o sistema decadente e falho que são os HCTPs.

Percebe-se que a internação do paciente em Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico afasta mais ainda a família do indivíduo, dificultando sua reinserção social, além de violar as garantias e direitos destes indivíduos respaldados pela Lei de Reforma Psiquiátrica.

Ante o exposto neste trabalho, entendeu-se que existe uma grande disparidade entre a teoria e a prática no que diz respeito ao Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico e que precisa, urgentemente, de uma harmonização com a Legislação Penal.

Diferente do que ocorre no tratamento em meio aberto, defendido pela Lei 10.216/01, pois nesse tipo de procedimento é ofertado um tratamento com respeito, no interesse de beneficiar a saúde do paciente e buscar a inserção deste na sua família e na comunidade.

Portanto, a presente monografia chegou à seguinte conclusão: levando-se em conta o cenário atual, verificou-se que adotar o modelo antimanicomial no direito penal significa uma maior probabilidade de sucesso no tratamento do

apenado acometido de transtorno mental superveniente, pois, nesse modelo há o reconhecimento dos pacientes como sujeitos de direito, bem como, é assegurado um tratamento humano e condizente com as particularidades de cada indivíduo.

## REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. (org.). **Loucos pela vida**: trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro, SDE/ENSP, 1995. O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro, Fio Cruz, 1996.

AMARANTE, Paulo. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

AMARANTE, P. **Saúde mental, desinstitucionalização e novas estratégias de cuidado**. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

ANDREOLI, S. B. **Serviços de saúde mental no Brasil**. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. In: MELLO, M. F.; MELLO, A. A. F.; KOHN, R. (Orgs). Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil. Porto Alegre: Artmed, 2007.

ARAUJO, LAURA. **A reforma psiquiátrica e a Lei 10.216/2001**. Disponível em: < <https://lauraaraujo.jusbrasil.com.br/artigos/152373192/a-reforma-psiquiatica-e-a-lei-10216-2001>>. Acesso em: 20 out 2017.

BASAGLIA, Franco (org.). **A instituição negada**. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BASAGLIA, F. **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Garamond, 2005. (Loucura XXI)

BEDÊ, Rodrigo. **Uma breve análise sobre a situação dos presídios brasileiros**. Disponível em: <<https://rodrigobede.jusbrasil.com.br/artigos/444136748/uma-breve-analise-sobre-a-situacao-dos-presidios-brasileiros>>. Acesso em: 23 dez 2017

BEZERRA Jr, B. **Os Desafios da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. In. Revista de Saúde Coletiva, 17(22): (243-250). 2007.

BITENCOURT, Cezar Roberto. **Falência da Pena de Prisão – Causas e Alternativas**. 4. Ed. São Paulo: Saraiva, 2011.

BRANCO, *Thayara Castelo*. **O que você não sabe sobre os Manicômios Judiciários brasileiros**. Disponível em: <[http://justificando.cartacapital.com.br/2016/10/05/o-que-voce-nao-sabe-sobre-os-manicomios-judiciarios-brasileiros/#\\_ftnref17](http://justificando.cartacapital.com.br/2016/10/05/o-que-voce-nao-sabe-sobre-os-manicomios-judiciarios-brasileiros/#_ftnref17)>. Acesso em: 13 jan 2018

BRASIL, 1830, **Código Criminal**, disponível na Biblioteca digital do Senado:<<http://www2.senado.gov.br/bdsf/item/id/221763>>

\_\_\_\_\_. **Código de Processo Penal**. DECRETO-LEI Nº 3.689, DE 3 DE OUTUBRO DE 1941. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/Del3689.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del3689.htm). Acesso em: 20 nov 2017.

\_\_\_\_\_, 1890, DECRETO N. 847 DE 11 DE OUTUBRO DE 1890, **CÓDIGO PENAL DOS ESTADOS UNIDOS DO BRASIL**. Disponível:<<http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=66049>. Acesso em: 25 nov 2017.

\_\_\_\_\_. Decreto-Lei 2.848, de 07 de dezembro de 1940. **Código Penal**. Diário Oficial da União, Rio de Janeiro, 31 dez 1940.

\_\_\_\_\_. Decreto n. 82, de 18 de julho de 1841. **Fundando um hospital destinado privativamente para tratamento de alienados com a denominação de Hospício de Pedro II**. *Coleção das leis do Império do Brasil*, Rio de Janeiro,1841.

\_\_\_\_\_. **Lei de Execuções Penais**. LEI Nº 7.210, DE 11 DE JULHO DE 1984. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/Ccivil\\_03/leis/L7210.htm](http://www.planalto.gov.br/Ccivil_03/leis/L7210.htm). Acesso em: 04 jan 2018.

\_\_\_\_\_. LEI Nº 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001. 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: 10 out 2017.

CAPEZ, Fernando. **Curso de direito penal, volume 1: parte geral (arts 1º ao 120)**.11. Ed. Rev. E atual. São Paulo: Saraiva, 2007.

COELHO, Marcus Vinicius Furtado. **Manicômios judiciais são uma espécie de prisão perpétua**. Disponível em: < <https://www.conjur.com.br/2014-mai-20/marcus-vinicius-manicomios-judiciais-sao-prisao-perpetua>>. Acesso em: 22 jan 2018.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Inspeções aos manicômios Relatório Brasil 2015/Conselho Federal de Psicologia**. - Brasília: CFP, 2015. Disponível em: < [http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2015/12/CFP\\_Livro\\_InspManicomios\\_web.pdf](http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2015/12/CFP_Livro_InspManicomios_web.pdf)>. Acesso em: 24 jan 2018.

CONSTANTINO, Patricia. ASSIS, Gonçalves Simone. PINTO, Wernesbach Liana. **O impacto da prisão na saúde mental dos presos do estado do Rio de Janeiro, Brasil**. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n7/1413-8123-csc-21-07-2089.pdf> >. Acesso em: 27 dez 2017.

CORREIA, Ludmilla Cerqueira. **Criação do manicômio judiciário no Brasil**. Disponível em: < <http://www.altrodiritto.unifi.it/rivista/2009/cerqueira/cap1.htm>>. Acesso em: 20 jan 2018.

CORREIA, Ludmila Cerqueira ; LIMA, Isabel Maria Sampaio Oliveira; ALVES, Vânia Sampaio. **Direitos das pessoas com transtorno mental autoras de delitos**. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2007000900002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000900002)>. Acesso em: 16 jan 2018.

DINIZ, Debora. **A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil: censo 2011** [recurso eletrônico] / Debora Diniz. -- Brasília: Letras Livres: Editora

Universidade de Brasília, 2013. Disponível em: <  
[http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/15170/1/LIVRO\\_CustodiaTratamentoP\\_siquiatrico.pdf](http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/15170/1/LIVRO_CustodiaTratamentoP_siquiatrico.pdf)>. Acesso em: 25 jan 2018.

ENGEL, M. G. 2001. **Os delírios da razão: médicos, loucos e hospícios** (*Rio de Janeiro, 1830-1930*). Rio de Janeiro, Editora Fiocruz.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo Aurélio Século XXI: o dicionário da língua portuguesa**. 3 ed. totalmente rev. e ampl. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

FERREIRA, Jhennipher Tortola; MESQUITA, Nathalia Nayra Mota; SILVA, Tatiani Aires; SILVA, Vanessa Freire; LUCAS, Welliton José; BATISTA, Eraldo Carlos. **Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): Uma Instituição de Referência no Atendimento à Saúde Mental**. Disponível em: <  
<http://facsaopaulo.edu.br/uploads/files/artigo%206.pdf>>. Acesso em: 22 jan 2018.

FIGUEIRÊDO, Mariana de Lima Rolemberg; DELEVATI, Dalnei Minuzzi; TAVARES, Marcelo Góes. **ENTRE LOUCOS E MANICÔMIOS: HISTÓRIA DA LOUCURA E A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL**. Disponível em: <  
<https://periodicos.set.edu.br/index.php/fitshumanas/article/viewFile/1797/1067>>. Acesso em: 16 out 2017.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1972.

FREITAS, Ana Celia. **Medida de segurança: princípios e aplicação**. Disponível em : < <https://www.direitonet.com.br/artigos/exibir/8536/Medida-de-seguranca-principios-e-aplicacao>>. Acesso em: 20 dez 2017.

GOMES, Luiz Flavio. **Medias de Segurança e seus limites**. Revista Brasileira de Ciências Criminais, São Paulo, v.1, n.2, abr./jun. 1993.

GONÇALVES, Monique de Siqueira. **Os primórdios da Psiquiatria no Brasil: o Hospício Pedro II, as casas de saúde particulares e seus pressupostos epistemológicos (1850-1880)**. Disponível em:  
[file:///C:/Users/Gerlanderson/Downloads/sbhc%202013\\_1%20Monique%20de%20Siqueira%20Goncalves.pdf](file:///C:/Users/Gerlanderson/Downloads/sbhc%202013_1%20Monique%20de%20Siqueira%20Goncalves.pdf). Acesso em: 20 out 2017.

GRADELHA JUNIOR, O. **Políticas públicas em saúde mental, familiares e usuários como atores principais**. Disponível em: . Acesso: 5 fev 2018.

GRECO, Rogério. **Curso de Direito Penal** – Parte Geral. 4. ed. rev. ampl. atual. Rio de Janeiro: Editora Impetus, 2004.

HEGEL, F. 1970. **Encyclopédie des sciences philosophiques em abrégé**. Trad. franc., M. de Gandillac. Paris, Editions Montaigne.

HIRDES, Alice. **A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão**. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232009000100036&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000100036&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 20 jan 2018.

JACOBINA, Paulo. Direito Penal da Loucura: Medida de Segurança e Reforma Psiquiátrica. **Boletim dos Procuradores da República** n. 70. abr. 2006.

JORGE, Marco Aurelio Soares. **Engenho dentro de casa: sobre a construção de um serviço de atenção diária em saúde mental**. [Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 1997.

L'ABBATE, S. **A análise institucional e a saúde coletiva**. Ciência saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, 2003. Disponível em: Acesso em: 12 jan. 2018. Pré-publicação.

LIMA, J. T. S. **O início da assistência à loucura no Brasil**. Em Debate (PUCRJ. Online), v. 8, 2008. Disponível em: <<https://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/14411/14411.PDFXXvmi=qxKiSJJfL3Nt6mVNeD2ARS0JLf52xat08ei2x2hJ65dcra0HN3hFViplzuL8Ff8OurQst9dBfrNICOpqSI6P2vzB2kKHBSw6knAPxNqOgfwT5xkxGrNJZml1H6JiZgpkF0bdOD35SAZxzkVfMKZL7IMPrw8rNxNszZHnCKtvlttUOqbBbbnjwb9ZlhqvQf0qeHPRsjnONSJDjUfv7DPEPZDxh559k5AAMqrgKP5zJPc3LsAS7pwWpbulgASCfids>>. Acesso em: 01 nov 2017.

LORENZO, Manuela Prazos. **O tratamento dos doentes mentais no HCT (Hospital de Custódia e Tratamento)**. Disponível em: <<https://www.direitonet.com.br/artigos/exibir/2623/O-tratamento-dos-doentes-mentais-no-HCT-Hospital-de-Custodia-e-Tratamento>>. Acesso em: 18 jan 2018.



LUCHMANN, Lígia Helena Hahn; RODRIGUES, Jefferson. **O movimento antimanicomial no Brasil**. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n2/a16v12n2>. Acesso em: 04 jan. 2018

MACHADO, Karina Arêa Leão. **Das Medidas de Segurança e da Lei da Reforma Psiquiátrica**. Disponível em: <<https://karinaarealeao.jusbrasil.com.br/artigos/203374050/das-medidas-de-seguranca-e-da-lei-da-reforma-psiquiatica>>. Acesso em: 15 jan 2018.

MACHADO, Roberto |et al| **Danação da norma: a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro, Edições Graal, 1978.

MALCHER, Farah de Sousa. **A questão da inimputabilidade por doença mental e a aplicação das medidas de segurança no ordenamento jurídico atual**. Revista Jus Navigandi, ISSN 1518-4862, Teresina, ano 14, n. 2104, 5 abr. 2009. Disponível em: <<https://jus.com.br/artigos/12564>>. Acesso em: 29 jan 2018.

MAMEDE, Margarida C. **Cartas e retratos: uma clínica em direção à ética**. São Paulo: Altamira, 2006.

MASSON, Cleber. **Direito Penal Esquematizado-Parte Geral-vol.1, 6ª edição**, São Paulo: Método, 2012.

MELO, Anastacia Mariana da Costa. **APONTAMENTOS SOBRE A REFORMA PSQUIÁTRICA NO BRASIL**. Disponível em: <<http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/viewFile/2127/2920>> . Acesso em: 06 nov 2017.

MILLANI, Helena de Fátima Bernardes; VALENTE, Maria Luisa L. de Castro. **O caminho da loucura e a transformação da assistência aos portadores de sofrimento mental**. SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.), Ribeirão Preto, v. 4, n. 2, ago. 2008. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-69762008000200009&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762008000200009&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 04 nov 2017.

NUCCI, Guilherme de Souza. **Código Penal Comentado**. 7. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2007.

OLIVA, Mariana. **ASPECTOS HUMANISTAS E CONSTITUCIONAIS DO HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO**. Disponível em: < <http://www.revistas.unifacs.br/index.php/redu/article/view/545>>. Acesso em: 18 jan 2018.

OLIVEIRA, Sandra Santos. **Trechos da História da Loucura**. Disponível em: <http://www.interacoes-ismt.com/index.php/revista/article/viewFile/52/54>. Acesso em: 18 out 2017.

OLIVEIRA, W. F. de; MARTINHAGO, F.; MORAES, R. S. M. de. **Entendendo o processo da reforma psiquiátrica**: a construção da rede de atenção à saúde mental. Florianópolis: Abrasme; UFSC, 2009.

PASSOS, I. C. F. 2009a. **Loucura e Sociedade: Discursos, práticas e significações sociais**. Belo Horizonte, Argvmentvm Editora.

PONTE, Antônio Carlos da. **Inimputabilidade e Processo penal**. 2.ed. São Paulo: Quartier Latin, 2007.

PORTOCARRERO., V. **Arquivos da loucura**: Juliano Moreira e a descontinuidade histórica da psiquiatria [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002. Loucura & Civilização collection, v.4. ISBN 85-7541-019-9. Available from SciELO Books.

PRADO, Alessandra Mascarenhas; SCHINDLER, Danilo. **Medida de segurança na contramão da Lei de Reforma Psiquiátrica**: sobre a dificuldade de garantia do direito à liberdade a pacientes judiciários. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rdgv/v13n2/1808-2432-rdgv-13-02-0628.pdf>>. Acesso em: 20 jan 2018.

RAMMINGER, T. **A saúde mental do trabalhador em saúde mental**: um estudo com trabalhadores de um hospital psiquiátrico. Bol. da Saúde, v.16, n.1, 2002.

SANTOS, Frederico Costa. **Hospício Nacional de Alienados (1890-1930): relações de poder e memória coletiva no espaço asilar**. A experiência de Lima Barreto. Disponível em: <  
<http://www.memoriasocial.pro.br/documentos/Disserta%C3%A7%C3%B5es/Diss270.pdf>>. Acesso em: 25 out 2017.

SILVA, Duarte Antonio Marcos. **A Medida de Segurança**. Disponível em: <  
[https://www.jurisway.org.br/v2/dhall.asp?id\\_dh=12331](https://www.jurisway.org.br/v2/dhall.asp?id_dh=12331)>. Acesso em 28 dez 2017.

SILVA, Edriane Rodrigues. **REFORMA PSIQUIÁTRICA E REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL: IMPASSES E DESAFIOS**. Disponível em: <  
<http://repositorio.uniceub.br/bitstream/123456789/3067/2/20074357.pdf>>. Acesso em: 22 out 2017.

SCHRANK G.; OLSCHOWSKY, A. **O centro de Atenção Psicossocial e as estratégias para inserção da família**. Rev Esc Enferm USP, v. 42, n. 1, 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342008000100017&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342008000100017&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 25 jan 2018.

SOARES, Camila Roque. **DESAFIOS DA LOUCURA JUDICIALIZADA: Desinstitucionalização de pacientes que cumpriram medida de segurança de internação**. Disponível em: <[http://newpsi.bvs-psi.org.br/tcc/CAMILA\\_ROQUE\\_SOARES\\_TCC.pdf](http://newpsi.bvs-psi.org.br/tcc/CAMILA_ROQUE_SOARES_TCC.pdf)>. Acesso em: 24 jan 2018.

SOARES, Ilka de Araujo. **Institucionalização da loucura: um recorte histórico sobre o município de Barbacena/Mg**. Disponível em:  
[https://www.bn.gov.br/sites/default/files/documentos/producao/pesquisa/institucionalizacao-loucura-um-recorte-historico-sobre/mg/ilka\\_soares.pdf](https://www.bn.gov.br/sites/default/files/documentos/producao/pesquisa/institucionalizacao-loucura-um-recorte-historico-sobre/mg/ilka_soares.pdf). Acesso em: 25 out 2017.

ZAMBENEDETTI, G.; SILVA, R. A. N. **A noção de rede nas reformas sanitária e psiquiátrica no Brasil**. Psicologia em Revista, v.14, n.1, Belo Horizonte, 2008.