



UNIVERSIDADE SANTA CECÍLIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITO DA SAÚDE:
DIMENSÕES INDIVIDUAIS E COLETIVAS

ISMAEL ALVES LOPES

**A APLICAÇÃO DA MEDIDA DE SEGURANÇA DE INTERNAÇÃO AOS
PORTADORES DE TRANSTORNOS MENTAIS: UM ESTUDO DA
(RE)ADEQUAÇÃO DA MEDIDA DE SEGURANÇA DIANTE DAS NOVAS
POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL**

SANTOS/SP
2023

ISMAEL ALVES LOPES

**A APLICAÇÃO DA MEDIDA DE SEGURANÇA DE INTERNAÇÃO AOS
PORTADORES DE TRANSTORNOS MENTAIS: UM ESTUDO DA
(RE)ADEQUAÇÃO DA MEDIDA DE SEGURANÇA DIANTE DAS NOVAS
POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL**

Dissertação apresentada à Universidade Santa Cecília como parte dos requisitos para obtenção de título de mestre no Programa de Pós-Graduação em Direito da Saúde, sob orientação do Prof. Dr. Luciano Pereira de Souza.

SANTOS/SP

2023

Autorizo a reprodução parcial ou total deste trabalho, independentemente o processo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que citada a fonte.

(Ficha catalográfica)

Lopes, Ismael Alves.

A aplicação da medida de segurança de internação aos portadores de transtornos mentais: um estudo da (re)adequação da medida de segurança diante das novas políticas de saúde mental / Ismael Alves Lopes.

2023.

114 fls.

Orientador: Prof. Dr. Luciano Pereira de Souza.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Santa Cecília, Programa de Pós-Graduação em Direito da Saúde, Santos, SP, 2023.

1. Palavra-chave. 2. Palavra-chave. 3. Palavra-chave
4. Palavra-chave. 5. Palavra-chave carga. I. Sobrenome, Nome do orientador, orient. II. Sobrenome, Nome do coorientador, coorient.(SE HOUVER) III. Título.

Elaborada pelo SIBi – Sistema Integrado de Bibliotecas - Unisanta

ISAMAEL ALVES LOPES

**A APLICAÇÃO DA MEDIDA DE SEGURANÇA DE INTERNAÇÃO AOS
PORTADORES DE TRANSTORNOS MENTAIS: UM ESTUDO DA
(RE)ADEQUAÇÃO DA MEDIDA DE SEGURANÇA DIANTE DAS NOVAS
POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL**

Dissertação apresentada à Universidade Santa Cecília, como parte dos requisitos para obtenção do título de mestre em Direito da Saúde: Dimensões Individuais e Coletivas.

Aprovado(a)

Santos, ____ de _____ 2023.

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Luciano Pereira de Souza

Universidade Santa Cecília

Prof. Dr.

Universidade Santa Cecília (avaliador interno)

Prof. Dr.

(Universidade - convidado)

Dedico este trabalho aos meus pais, Carlos e Gláucia, especialmente ao meu pai, que durante a realização desse curso faleceu, mas que desde o início esteve comigo incondicionalmente, dedicando todo o seu amor e carinho.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todas as pessoas que confiaram no meu potencial e me apoiaram na realização dessa Pós-Graduação *Stricto Sensu*, me incentivando para a concretude de um sonho.

Agradeço a atenção e apoio ímpar lançado pelo meu orientador, Prof. Dr. Luciano Pereira de Souza, que desde a primeira aula demonstrou a sua competência e profissionalismo, sem olvidar da inigualável simpatia e cordialidade.

Em especial aos meus pais, Carlos e Glaucia, grandes apoiadores da minha trajetória educacional e dos meus objetivos, tendo contribuído incondicionalmente para a realização desse projeto.

Agradecer o apoio diuturno do meu noivo, Caio Lourenço, que me incentivou a trilhar e a concluir o Mestrado, sempre cuidadoso e solícito.

Agradecer, também, à querida amiga Layza Maciel, que me trouxe à Unisanta para que pudesse aprimorar a minha formação, incentivando a realização dessa pós-graduação.

Agradeço, finalmente, a cordialidade e a presteza das secretárias Sandra Helena Aparecida de Araújo e Imaculada Conceição Scorza de Souza.

RESUMO

A Reforma Psiquiátrica Mundial teve como base de inspiração as ideias de Franco Basaglia, que revolucionou a psicologia forense no final da década de 60, abordando a importância da terapia no tratamento de pessoas com transtornos mentais. A importância que seus estudos atingiram na psiquiatria não passou despercebido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que após intensos debates inicializados na década de 70, fulminaram, com a inauguração da reforma psiquiátrica nos países ibero-americanos, na década de 90. No Brasil, a visita do italiano, no final da década de 70, e suas críticas contundentes sobre o Hospital Colônia de Barbacena/MG, plantou o sentimento antimanicomial, que se traduziu, inicialmente, com a reforma penal de 1984 e desembocou na Lei Antimanicomial n.º 10.216, de 2001. O objetivo da presente pesquisa é discorrer sobre esta Reforma Psiquiátrica realizada no Brasil e as consequências da publicação desta lei na efetivação do direito à saúde mental dos portadores de transtorno mental em conflito com a lei, através de uma análise jurídica da aplicabilidade desta lei em diálogo com a medida de segurança, tendo em vista o princípio fundamental da dignidade da pessoa humana, bem como apontar as falhas do sistema penal-psiquiátrico na implementação da desinternação de tais detentos diante do isolamento sistemático e estrutural que o portador de transtorno mental sofre ao cometer um crime. Outrossim, busca-se uma análise crítica sobre as dificuldades da aplicabilidade real da Lei antimanicomial diante da estrutura precária e da ausência de servidores qualificados para um real desenvolvimento de políticas públicas que permitam a reinserção do recluso portador de transtorno mental.

Palavras-chave: Medida de segurança; Reforma psiquiátrica; Transtorno mental; Periculosidade; Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico.

ABSTRACT

The World Psychiatric Reform was inspired by the ideas of Franco Basaglia, who revolutionized forensic psychology in the late 1960s, addressing the importance of therapy in the treatment of people with mental disorders. The importance that his studies achieved in psychiatry did not go unnoticed by the World Health Organization (WHO), which, after intense debates that started in the 70s, ended with the inauguration of psychiatric reform in Ibero-American countries in the 90s. Brazil, the visit of the Italian, at the end of the 1970s, and his scathing criticism of the Hospital Colônia de Barbacena/MG, planted the anti-asylum sentiment, which was initially translated with the penal reform of 1984 and led to the Anti-Asylum Law nº 10.216 , 2001. The objective of this research is to discuss this Psychiatric Reform carried out in Brazil and the consequences of the publication of this law in the realization of the right to mental health of people with mental disorders in conflict with the law, through a legal analysis of the applicability of this law in dialogue with the security measure, bearing in mind the fundamental principle of the dignity of the human person, as well as pointing out the failures of the penal-psychiatric system in the implementation of the release of such detainees in the face of the systematic and structural isolation that the person with the disorder suffers from committing a crime. Furthermore, a critical analysis is sought on the difficulties of the real applicability of the Anti-Asylum Law in the face of the precarious structure and the absence of qualified servants for a real development of public policies that allow the reintegration of the inmate with a mental disorder.

Keywords: Security measure; Psychiatric Reform; Mental disorder; Dangerousness; Custody and Psychiatric Treatment Hospitals.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABREVIATURAS

§	Parágrafo
a.C.	Antes de Cristo
art.	Artigo
d.C.	Depois de Cristo
fls	Folhas
n.º	número
p.	página

SIGLAS

ADCT	Ato das Disposições Constitucionais Transitórias
ADI	- Ação Direta de Inconstitucionalidade
ADO	- Ação Direta de Inconstitucionalidade por Omissão
ADPF	- Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental
AMPASA	Associação Nacional do Ministério Público em Defesa da Saúde
CAPS	- Centros de Atenção Psicossocial
CCI	Código Criminal do Império
CCIB	Código Criminal do Império do Brasil
CDPD	- Convenção sobre Direitos das Pessoas com Deficiência
CF	- Constituição Federal
CFP	- Conselho Federal de Psicologia
CNJ	- Conselho Nacional de Justiça
CNMP	- Conselho Nacional do Ministério Público
CNPCP	- Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária
CP	- Código Penal
CPP	- Código de Processo Penal
CTI	- Centro de Terapia Intensiva
DEPEN	- Departamento Penitenciário Nacional
DUDH	- Declaração Universal dos Direitos do Homem
ECTPs	Estabelecimentos de Custódia e Tratamento Psiquiátricos no Brasil

EUA		Estados Unidos da América
HCTP	-	Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico
HGP	-	Hospital Geral de Paris
HNA	-	Hospício Nacional dos Alienados
INPS		Instituto Nacional de Previdência Social
LEP	-	Lei de Execução Penal
LRP	-	Lei da Reforma Psiquiátrica
MA		Maranhão
MJ	-	Manicômio Judicial
MNPCT	-	Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura
MPF		Ministério Público Federal
MPT	-	Ministério Público do Trabalho
MTSM		Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NAPS	-	Núcleo de Atenção Psicossocial
OAB		Ordem dos Advogados do Brasil
OMS	-	Organização Mundial de Saúde
ONU	-	Organização das Nações Unidas
OPAS	-	Organização Pan-Americana de Saúde
PFDC	-	Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão
PNASH		Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares
PNSSP	-	Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário
PTS	-	Projetos Terapêuticos Singulares
PVC	-	Programa Volta para Casa
Raps	-	Rede de Atenção Psicossocial
RJ		Rio de Janeiro
SP		São Paulo
SRT		Serviços Residenciais Terapêuticos
STF		Supremo Tribunal Federal
STJ		Superior Tribunal de Justiça
TJ		Tribunal de Justiça
TJSC		Tribunal de Justiça de Santa Catarina

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 ANÁLISE HISTÓRICA DO TRATAMENTO DADO À LOUCURA	16
2.1 LOUCURA NA PRÉ-HISTÓRIA	17
2.2 LOUCURA NA ANTIGUIDADE	18
2.3 LOUCURA NA IDADE MÉDIA.....	20
2.4 A LOUCURA NA IDADE MODERNA	22
2.5 A CONCEPÇÃO CONTEMPORÂNEA DE LOUCURA	26
3 DA ASSISTÊNCIA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL: DO HOSPÍCIO AOS HOSPITAIS DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO	36
3.1 A ATUAL REALIDADE DOS HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS DE INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA.....	50
4 DA ORIGEM E DA APLICABILIDADE DA MEDIDA DE SEGURANÇA NA LEGISLAÇÃO BRASILEIRA	61
4.1 O TRATAMENTO DADO AO ALIENADO CRIMINOSO NO CÓDIGO CRIMINAL DO IMPÉRIO DO BRASIL (1930)	62
4.2 OS TRANSTORNOS MENTAIS NO CÓDIGO PENAL DOS ESTADOS UNIDOS DO BRASIL (1890).....	63
4.3 A POSITIVAÇÃO DA MEDIDA DE SEGURANÇA NO CÓDIGO PENAL DE 1940	65
4.4 A REFORMA DE 1984 DO CÓDIGO PENAL DE 1940.....	70
4.5 DA REFORMA PSIQUIÁTRICA DE 2001 – LEI N.º 10.216/2001	77
5 A (RE)ADEQUAÇÃO DA MEDIDA DE SEGURANÇA DIANTE DAS NOVAS POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL	83
6 CONCLUSÃO	106
REFERÊNCIAS	110

1 INTRODUÇÃO

A medida de segurança é modalidade de sanção penal de finalidade preventiva e caráter terapêutico, destinada a tratar inimputáveis portadores de periculosidade, com o escopo de tratar a doença mental e torná-los aptos a conviver em sociedade sem voltar a delinquir.

Igualmente, é uma espécie emblemática, onde se discute, doutrinaria e jurisprudencialmente, a sua natureza jurídica, uma vez que sua complexa aplicabilidade exige a compreensão do diálogo entre duas das maiores instituições de controle social: a psiquiatria e o direito penal.

É na Medida de Segurança que se intersecta a loucura e o cometimento de um crime, substanciada em uma só pessoa, ou seja, em um só indivíduo encontramos a necessidade social estrutural de se buscar punir o criminoso e o esquecimento, característico; de todas as sociedades, quando se trata de dar acolhimento aos seus alienados.

É por essa razão que se deve pontuar que não se buscará o esgotamento do tema, algo de difícil conquista, tendo em vista que a análise dos próprios preceitos envolvidos no debate é de difícil mensuração objetiva, quiçá de difícil conceituação, a exemplo do próprio debate sobre o transtorno mental e a periculosidade, necessários para a aplicabilidade da medida de internação da medida de segurança.

Justifica-se a relevância da temática em apreço por conta da necessidade de se adequar a aplicabilidade da medida de segurança e a realidade dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico aos princípios entabulados pela Lei Antimanicomial.

Não se pode mais deixar no esquecimento parcela da população que sempre foi excluída, ora pelo Estado, ora pela comunidade, e muitas vezes pela própria família.

A pesquisa foi de cunho descritivo, porque se planeja trazer à baila as características da medida de segurança, apontando as possíveis necessidades de readequação à Lei Antimanicomial, descrevendo de forma crítica e dialógica a tênue linha entre o alienado, o crime, a sociedade e o melhor tratamento para o caso concreto.

Por meio de um percurso histórico-jurídico, iremos mensurar (por meio de uma linha do tempo) a evolução da loucura, do tratamento dado a ela, do surgimento

da medida de segurança, considerando, ainda, a lei, a doutrina e a jurisprudência aplicáveis à matéria.

O universo da pesquisa foram os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, bem como a aplicabilidade da medida de segurança nessas unidades, frente à reforma psiquiátrica.

O método de análise e abordagem da pesquisa foi o método dedutivo, pois partiremos da premissa de que o Estado não efetiva as políticas de saúde mental nos estabelecimentos de custódia e de tratamento psiquiátrico, de forma eficiente e efetiva, e, neste sentido, longe de buscar apontar uma possível responsabilização civil, mais urgente se buscar apontar meios que possibilitem o tratamento dessas pessoas através de políticas e ações.

Com relação ao método procedimental de coleta de dados, recorreremos a fontes documentais, jurisprudenciais, convencionais, numa revisão de literatura sobre a temática geradora que irão subsidiar o aporte teórico da pesquisa, sendo, portanto, uma pesquisa bibliográfica. Porém, qualitativamente, analisaremos, de forma crítica e aprofundada, a problemática da aplicabilidade dos princípios educadores da reforma psiquiátrica na aplicabilidade da medida de segurança nos HCTP. Assim, o método procedimental de análise dos dados foi o desenho de investigação qualitativa.

O universo teórico-doutrinário desta pesquisa, para fundamentar e subsidiar o processo de investigação metodológica, será representado por alguns autores que discorrem sobre a temática geradora, como Foucault (2009), Amarante (1994; 1995; 2007), Costa (2003), Desviate (2015), Diniz (2013), dentre outros que irão fundamentar as discussões teóricas.

O objetivo geral desta pesquisa é discorrer sobre a Reforma Psiquiátrica, consequências da Lei n.º 10.201/2001 (Lei da Reforma Psiquiátrica), na efetivação do direito à saúde mental dos portadores de transtorno mental em conflito com a lei, mediante uma análise legal, factual e jurisprudencial, buscando apontar os modelos que os entes administrativos vêm buscando implementar para tentar estabelecer o diálogo entre a Lei Antimanicomial e a Lei Penal.

Além disso, como objetivos específicos, este trabalho buscou: analisar consequências que a Lei n.º 10.201/2001 (Lei da Reforma Psiquiátrica) fez surgir na análise jurídica da aplicabilidade da medida de segurança; a configuração jurídica das responsabilidades do Estado quanto à omissão da promoção assistencial da

saúde mental do portador de transtorno mental em conflito com a lei, tendo em vista o princípio fundamental da dignidade da pessoa humana; caracterizar e apontar falhas do sistema penal-psiquiátrico.

Nesses termos, o trabalho tem início com uma análise histórica sobre a loucura, desde a pré-história até a concepção contemporânea de loucura, onde se visou analisar o tratamento dispensado aos loucos, o início das institucionalizações e o surgimento da psiquiatria.

O segundo capítulo foi destinado ao estudo da assistência psiquiátrica, no Brasil, de forma *lato sensu*, fazendo um estudo geral sobre o início das formações asilares no Brasil até a formação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. Buscou-se fazer, aqui, um paralelo desde a influência no processo de tratamento do alienado, no Brasil, até o início das primeiras manifestações sobre a reforma psiquiátrica, sob a influência do italiano Franco Basaglia.

Ainda no capítulo dois, precisamente em uma seção secundária, dedicou-se a realidade dos HCTP e a (in) eficiência deles diante da reforma psiquiátrica. Este capítulo foi redigido mediante uma análise de pareceres técnicos feitos nos anos de 2011 (MPF), de 2015 (CFP) e 2018 (CNMP), apontando a real situação das instalações destinadas aos portadores de transtorno mental em conflito com a lei.

O terceiro capítulo foi direcionado à origem e à aplicabilidade da medida de segurança na legislação brasileira, novamente fazendo questão de uma análise histórica sobre o tema, de fundamental importância para se compreender a profundidade do olhar da sociedade brasileira para os seus alienados.

Uma seção do terceiro capítulo foi dedicada à reforma psiquiátrica de 2001, tecendo comentários sobre a Lei n.º 10.216/2001 e a importância de seu pensamento antimanicomial, em contraponto à negação da legislação penal, que ainda tem, na medida de segurança de internação, o tratamento e a “retribuição” do ilícito praticado.

Por fim, o capítulo quatro foi destinado ao estudo da (re)adequação da medida de segurança diante das novas políticas de saúde mental, onde restou destacado o caráter interdisciplinar da LRP, buscando captar as modificações advindas da legislação antimanicomial no âmbito jurídico e administrativo.

Buscou-se, neste capítulo, estabelecer as dificuldades enfrentadas, não só pelo portador de necessidade especial, mas também pelos agentes administrativos

que trabalham em um ambiente sem estrutura mínima de desenvolvimento de um trabalho qualificativo.

2 ANÁLISE HISTÓRICA DO TRATAMENTO DADO À LOUCURA

O que é a loucura? É o oposto da razão? A perda do sentido moral? Uma desordem de pensamento? O devaneio do espírito?

A loucura não é uma palavra de fácil conceituação, até porque ela não se manifesta de forma exata, linear ou harmônica, é um traço da personalidade de estudo complexo e pontual.

Sobre o tema, Michel Foucault (2009, p. 17) explanou que a Psicologia nunca poderia oferecer à Psiquiatria aquilo que, por exemplo, a Fisiologia deu à Medicina: “o instrumento de análise que, delimitando a perturbação, permitiria encarar a relação funcional desse dano com o conjunto da personalidade”.

O que se observa dos ensinamentos do filósofo francês, na sua obra “Doença Mental e Psicologia”, é que a doença física pode ser diagnosticada com exames, facilitando o seu tratamento, ao contrário da patologia mental que necessita de observação humana, considerações do indivíduo em sua historicidade, razão pela qual Foucault, trata da evolução da doença mental a partir do próprio homem, ou seja, a loucura seria uma questão de como a pessoa se relaciona consigo e com os outros.

Nesse sentir, necessário o estudo das etapas históricas percorridas pela humanidade, qual seja, desde o olhar religioso dado à loucura até o interesse científico dado a mesma através da Psicologia, Antropologia, Sociologia e Bioquímica, para que se possa entender a visão da loucura contemporânea bem como a medida de segurança aplicada aos loucos quando estes incorrem em algum ilícito penal.

Assim, para o entendimento da origem das medidas de segurança no ordenamento jurídico penal, bem como a (in)eficiência de sua aplicabilidade a luz do princípio constitucional da dignidade da pessoa humana, importante uma análise histórica sobre a doença mental, buscando delinear os diferentes olhares, concepções e análises advindas de elementos socioculturais, religiosos e científicos para se basilar a loucura e a doença mental nos dias atuais e, com isso, se estudar as medidas de segurança frente a dignidade da pessoa humana.

2.1 LOUCURA NA PRÉ-HISTÓRIA

Didaticamente, pré-história é o período que acompanha a evolução humana a partir do momento que os hominídeos começaram a usar ferramentas de pedra. Encerrou-se com o surgimento da escrita, que aconteceu entre 3.500 a.C. e 3.000 a.C

Por ser um período desprovido da escrita, pouco se tem de documentação que ocasione um aprofundamento sobre o tema loucura, mas por ser a Pré-história¹ marcada pela existência de tribos, alguns estudiosos elencam características que podem demonstrar que os loucos eram tratados da forma como a sua sociedade enxergava a loucura.

Sobre o tema, interessante a visão exposta por Augusto César de Farias Costa (2003, p. 136) quando, a partir da visão de que a história da relação do ser humano com a loucura apresenta-se como a história da tolerância para com a diferença entre as pessoas assim pontuou, *in verbis*:

Dessa maneira, as sociedades ditas mais primitivas consideravam os indivíduos que apresentavam transtornos mentais como emissários da divindade e assim portadores de poderes sobrenaturais. A inserção da sua diferença numa perspectiva religiosa proporcionava ao louco um lugar contextualizado na comunidade, fazendo com que sua singularidade, ao invés de ser excluída, fosse assimilada como uma contribuição e não como uma subtração ao bem comum. Assim, já na antiga Mesopotâmia, no Egito antigo, entre os hebreus e os persas, e até no extremo Oriente, a loucura era entendida como uma condição especial que concebia ao indivíduo que a apresentasse uma feição próxima ao divino.

Somando a essa linha de pensamento, temos as declarações realizadas por Maximiliano Ernesto Führer (2000, p. 16), que explanou, em sua obra, que para “os povos primitivos o louco era um ser sagrado, que merecia grande respeito e distinção. Seus atos eram considerados manifestações divinas. Os indígenas americanos demonstravam respeito e veneração pelos perturbados mentais, preparando cerimônias religiosas em sua homenagem”.

¹ Pré-história é o período que acompanha a evolução humana a partir do momento que os hominídeos começaram a usar ferramentas de pedra. Encerrou-se com o surgimento da escrita, que aconteceu entre 3.500 a.C. e 3.000 a.C

Desse diálogo pode-se concluir que a declaração de que a loucura era sagrada para os povos primitivos, tem a ver com a observação de como a pessoa considerada louca via o mundo e de como era vista pela sua sociedade.

2.2 LOUCURA NA ANTIGUIDADE

A Antiguidade é o período estendido da invenção da escrita (de 4 000 a.C. a 3 500 a.C.) até a queda do Império Romano do Ocidente (476 d.C.).

Na Idade Antiga a loucura ainda é posicionada como um traço ligado ao sobrenatural que, durante os séculos, ora se posicionou como uma dádiva, ora como uma característica ligada à malignidade.

Sobre a loucura como uma dádiva, assim observou Rivana Oliveira (2012, p. 35), *in litteris*:

Na antiguidade, por exemplo, a loucura se relacionava a aspectos místicos, era percebida como pertencente às quimeras do mundo ligada e governada pelos deuses. Os “loucos” eram sujeitos marcados por espécie de erro ou ilusão, considerados sagrados e vagavam livres pela sociedade, não havendo necessidade de expulsá-los ou bani-los do convívio social, visto que pertenciam à diversidade própria do mundo humano.

Ainda sobre a divindade da loucura, interessante as palavras de Antônio Eça (2002, p. 4), que descreveu em seu livro sobre psicopatologia forense, o comportamento psicopatológico de alguns personagens históricos, *in verbis*:

Entre os hebreus, o Rei Saul apresentava crises de mania, por se sentir atacado por “maus espíritos”. Nabucodonosor apresentava crises de “licantropia”, uivava pelas noites no reino e, em função disto, cometia desatinos, que por esse fato eram “justificados”. No Egito, ergueram-se templos a Saturno, para purificação dos alienados.

Já a loucura como uma característica maligna foi destacada por Moraes Filho (2006), onde os loucos eram vistos como praga ou castigo divino e que, por já serem punidos divinamente, não caberia às autoridades públicas puni-los, sendo os mesmos de responsabilidade de seus familiares.

A epilepsia, por exemplo, que, à época, ficou batizada como o “mal sagrado” (Hipócrates) ou “mau divino” (Platão), era considerada uma doença ora inspirada pelos Deuses, concebendo a esses doentes foros de “fiéis intérpretes do seu verbo

sagrado”, ora derivada de surtos demoníacos, considerando os doentes “servos de Satanás” (FERNANDES, 1926, p. 29).

Marcelo Fernandes (1926, p. 31), na citada tese, ainda destaca que, entre Egípcios e Gregos, a epilepsia ficou ligada a influência lunar, *in litteris*:

Entre Egípcios e Gregos, explicava-se o retorno dos acessos pela influência lunar; apropriando-se desta ideia, os Romanos viam nas crianças nascidas durante o período da lua nova os futuros comiciais, donde resultou o termo «Morbus Lunaticus».

Tal aspecto, inclusive, foi alicerçado pelo Direito Romano, que já esboçava que o alienado, que porventura viesse a praticar algum crime não deveria ser punido, pois entendia que sua doença já era um castigo infligido pelos Deuses, como destaca os ensinamentos de Antônio Carlos da Ponte (2012, p. 13), *in verbis*:

Em Roma, na hipótese de prática de infração penal, o louco não era punido sob dois fundamentos totalmente distintos: um que obedecia a considerações filosóficas e humanitárias e alicerçava-se, basicamente, na piedade inspirada pela doença, que já era considerada, na tradição pagã, um castigo infligido pelos deuses, quer por puro arbítrio, quer por punição a uma falta cometida anteriormente; e outro que levava em conta princípios jurídicos, apelando para a noção de irresponsabilidade, ou seja, a total ausência de compreensão dos atos cometidos pelo doente mental.

Esse entendimento sobre o Direito Romano pode ser visto, também, na preleção de Maximiliano Ernesto Führer (2000, p. 1919), que, inclusive, pontuou ser o Direito Romano o criador da inimputabilidade do alienado, *ipsis litteris*:

Embora o Direito Romano tenha se preocupado quase que exclusivamente com os aspectos civis, em especial com a capacidade civil do louco, alguns institutos do Direito Penal moderno tiveram ali a sua origem. É daquela época a ideia de que a punição ao louco seria incabível, além de iníqua, pois a doença já se encarregara de puni-lo. O louco deveria ser contido com cuidado, acorrentado, se necessário, para preservar a segurança das pessoas. Já se preocupavam os doutos com a simulação da loucura e com a sua prova.

Logo, percebe-se que o tratamento dado à loucura pelo Direito Romano pincelou as bases da responsabilização jurídica que é dado ao considerado louco, quando aferindo que a loucura, *de per se*, já seria o próprio castigo do acusado, sendo a culpa excluída quando da tipificação da conduta diante da falta de discernimento mental.

2.3 LOUCURA NA IDADE MÉDIA

A Idade Média, historicamente, é o período compreendido entre os anos de 476 a 1453.

Marcada pela forte influência da igreja nos assuntos estatais, a idade Média reforçou a relação das coisas terrenas como origem do querer divino, passando a doença mental a ser observada como resultado de perturbações exteriores provocados pelo mundo espiritual, geralmente relacionada a causas demoníacas, onde o louco era considerado a encarnação do caos.

Como causa demoníaca podemos citar os estudos de Valéria Queiroz (2009, p. 17-18), que observou a loucura, sob o olhar da Inquisição, seria um castigo de Deus, ligado frequentemente à bruxaria, *in litteris*:

No período da Inquisição, a loucura era entendida como uma manifestação do sobrenatural, do demônio e desta forma foi muitas vezes associada à bruxaria. Nesse período, em tribunais dirigidos pela Igreja Católica, os “bruxos” e os hereges foram severamente perseguidos e punidos.

A forma terapêutica para essa doença seguia a mesma natureza de sua origem, apontando elementos simbólicos e procedimento específico de tratamento, como bem ponderou Maria Pereira (1973, p. 104), quando destacou em sua obra a prescrição dada por Pedro Hispano para o tratamento de epilepsia, no século XII, *in verbis*:

Para a epilepsia. 1. Chifre de veado pulverizado e bebido com vinho cura os epiléticos. Sixto a Augusto. 2. *Item* dar com frequência cérebro de raposa às crianças faz com que nunca sejam epiléticos. *Idem*. 3. *Item* tomar testículos de javali ou porco varrasco com vinho cura os epiléticos. *Idem*. 4. *Item* tomar fel de urso com água quente faz o mesmo. *Idem*. 5. *Item* beber leite de égua cura os epiléticos. *Idem*. 6. *Item* dar o líquido que destila de um pulmão de carneiro, enquanto assa, cura; e também o pulmão e os testículos. *Idem*. 7. *Item* fígado de abutre moído com sangue e bebido durante nove dias liberta os epiléticos. *Idem*.

Ademais, é cediço que a Idade Média foi marcada por profunda reverência ao cristianismo, que foi o norte para fatores geopolíticos, econômicos e, também, patológicos, sendo este ideal religioso, muitas vezes, o responsável pela definição de margens sociais, como bem observado por Ana Rocha (2011, p. 23), *in litteris*:

Numa sociedade profundamente marcada pela religiosidade cristã, todos aqueles que não se enquadravam nos parâmetros dos grupos sociais necessários para atingir a perfeição ideal eram colocados à margem, excluídos do convívio com o restante da sociedade [...]. Perante essa exclusão, encontramos então face aos marginais, os pobres, os loucos, os doentes incuráveis, os histriões, as prostitutas, os vagabundos, os bandidos e criminosos, os hereges e alguns grupos religiosos, como os judeus e os mouros.

Assim, na maioria das vezes as doenças mentais eram marcadas como uma maldição divina, eram tidas como cicatrizes espirituais que externavam o pecado dos loucos, fator que exigiam dos demais a resignação bem como a estigmatização de quem carregava estas lástimas. Uma das formas de se marcar o louco era cortando o seu cabelo, sendo tal atitude uma forma de identificá-los e diferenciá-los (MATIAS, 2015, p. 26).

Nesse sentido, observa-se que a Igreja Católica inteirava a comunidade cristã com a necessidade da proteção clerical contra o que se entendia como provocações demoníacas que se espalhavam por conta do pecado perpetrado pela bruxaria fazia as pessoas desprovidas da fé cristã apresentarem transtornos mentais misteriosos.

No século XV, a loucura tomou novos ares e se afastou da ideia de castigo, sendo o louco muitas vezes visto como sinônimo de sabedoria, como bem observou Michel Foucault (2014, p. 14), *in verbis*:

Nas farsas e nassotias, a personagem do Louco, do Simplório, ou do Bobo assume cada vez maior importância. Ele não é mais, marginalmente, a silhueta ridícula e familiar: toma lugar no centro do teatro, como o detentor da verdade — desempenhando aqui o papel complementar e inverso ao que assume a loucura nos contos e sátiras. Se a loucura conduz todos a um estado de cegueira onde todos se perdem, o louco, pelo contrário, lembra a cada um sua verdade; na comédia em que todos enganam aos outros e iludem a si próprios, ele é a comédia em segundo grau, o engano do engano. Ele pronuncia em sua linguagem de parvo, que não se parece com a da razão, as palavras racionais que fazem a comédia desatar no cômico: ele diz o amor para os enamorados, a verdade da vida aos jovens, a medíocre realidade das coisas para os orgulhosos, os insolentes e os mentirosos.

Na mesma obra, Michel Foucault (2014, p. 09-12), analisando a alegoria “Nau dos loucos”, pintada por Jerônimo Bosch em 1490, aproximadamente, que representava um navio que vagava de porto em porto recolhendo os loucos que eram lá deixados, exclamou que apesar do ser um símbolo da consciência viva do pecado e do mal na mentalidade medieval, afirmou em seus estudos que esses navios de fato existiram, pois naquele período da história, os loucos muitas vezes

eram abandonados pelas suas famílias, escorraçados das cidades e, em muitas ocasiões confinados a mercadores e peregrinos, assim expondo:

(...) confiar o louco aos marinheiros é com certeza evitar que ele ficasse vagando indefinidamente entre os muros da cidade, é ter a certeza de que ele irá para longe, é torná-lo prisioneiro de sua própria partida. Mas a isso a água acrescenta a massa obscura de seus próprios valores: ela leva embora, mas faz mais que isso, ela purifica. Além disso, a navegação entrega o homem à incerteza da sorte: nela, cada um é confiado a seu próprio destino, todo embarque é, potencialmente, o último. É para o outro mundo que parte o louco em sua barca louca; é do outro mundo que ele chega quando desembarca. Esta navegação do louco é simultaneamente a divisão rigorosa e a passagem absoluta.

O final da idade média é marcado pela decadência do feudalismo e surgimento de uma nova ordem econômica. Essa mudança econômica de mercantilista para industrial reflete na escalada do êxodo rural, e no aumentando do número de mendigos nos grandes centros urbanos.

Esses mendigos, excluídos econômicos em uma sociedade que marchava para o capitalismo, sofrem um isolamento social, que mais tarde ficaria conhecido como o “período da grande internação” (FOUCAULT, 2014, p. 45).

2.4 A LOUCURA NA IDADE MODERNA

A Idade Moderna, na história humana, é o período que sucede à Idade Média e antecede a Idade Contemporânea, estendendo-se de 1452 (tomada de Constantinopla pelos otomanos), a 1789 (queda da Bastilha - Revolução Francesa).

Michel Foucault (2014, p. 35) expõe que a Renascença do século XVI fez profunda reflexão crítica sobre a loucura, ligando a sua existência à razão ou ausência desta, divorciando, assim, a loucura da figura sobrenatural.

A loucura torna-se uma forma relativa à razão, ou melhor, loucura e razão entram numa relação eternamente reversível que faz com que toda loucura tenha sua razão que a julga e controla, e toda razão sua loucura na qual ela encontra sua verdade irrisória. Cada uma é a medida da outra, e nesse movimento de referência recíproca elas se recusam, mas uma fundamenta a outra.

Aponta o citado autor que o homem, no início do século XVI, retorna aos ensinamentos do sofista Protágoras, que expressou a noção do relativismo, acreditando, nesta oportunidade e racionalmente que ele é a medida das coisas,

sendo a loucura, assim, uma medida própria do homem e não um presente ou castigo divino.

A loucura estaria, assim, em um ciclo indefinido que a liga à razão; elas se afirmam e se negam uma à outra. A loucura não tem mais uma existência absoluta na noite do mundo: existe apenas relativamente à razão, que as perde uma pela a outra enquanto as salva uma com a outra (FOUCAULT, 2014, p. 39).

No século XVII, há de se destacar o racionalismo de René Descartes como um dos principais expoentes que desmistificaram esta áurea divina da loucura, que, no caso, seria substituída pela ausência da razão.

“*Je pense, donc je suis*” – “penso, logo existo”, traduzida posteriormente para o latim *eco cogito, ergum sum sive existo* - é a frase que resume a ideia por trás do livro “O Discurso do Método”, de René Descartes, publicado em 1637.

Sobre os ensinamentos de Descartes, as palavras de Eduardo Torre e Paulo Amarante (2001, p. 73), *in verbis*:

Essa nova noção de sujeito se funda no surgimento da ideia de indivíduo e se concretiza na consolidação do sujeito do conhecimento cartesiano, pautado na racionalidade científica que se torna hegemônica como método de produção de conhecimento. Fazendo emergir um pensamento mecanicista, baseado nos princípios de causalidade e previsibilidade, esta racionalidade permite surgir um sujeito da Razão. A loucura se torna seu contraponto: é capturada como sujeito da desrazão.

Nesses termos, se a existência se liga a razão, a loucura seria a ausência da razão, sendo a partir de então estudada como um distúrbio, reforçando, mais ainda, o afastamento a loucura do sobrenatural.

Deve-se ressaltar que, em que pese o estudo da loucura ter se tornado mais racional, a exclusão social dos alienados continuou a ocorrer, modificando-se apenas os seus fundamentos, pois se antes se excluía o louco por ser a personificação do “ideal” ou do “castigo” divino, na idade moderna passou-se a excluí-los por fazerem parte da massa de indesejáveis, ao qual era composta pelos ébrios, desempregados, doentes, entre outros que eram incapazes de auxiliar no sistema capitalista que se estava formando.

A par disso, o louco era visto como aquele cuja razão não estava completa, razão pela qual era desprovido de vontade, de livre-arbítrio, o que justificaria a impossibilidade do mesmo de usufruir da sua liberdade.

Se o alienado era considerado um despossuído da Razão plena – e a Razão seria a condição elementar para definir a natureza humana e diferenciá-la das demais espécies vivas na natureza – existiria, na origem, um impedimento para que o alienado ser admitido um cidadão. (AMARANTE, 2007, p. 34-45).

É nesse momento que surge a movimento histórico conhecido como a “grande internação”.

O aumento das citadas massas indesejáveis fez ressurgir na sociedade europeia a necessidade de isolamento dos excluídos (assim como tinham feito com os leprosos na idade média).

O marco inicial histórico dessas casas de internação é o ano 1656, em Paris-França (muito embora se tenha notícias de tais casas na Inglaterra no ano de 1575 e na Alemanha de 1620), quando se decretou a fundação do Hospital Geral, que apesar de trazer em seu nome a alcunha de hospital, não seria um estabelecimento médico (FOUCAULT, 2014, p. 57), mas sim, uma estrutura não jurídica que decidia, julgava e executava.

Destaquem-se os parágrafos IX, XII e XIII, do “Édito de 1656” (FOUCAULT, 2014, p. 57), *in verbis*:

IX. Fazemos expressa proibição a todas as pessoas de todos os sexos, lugares e idades, de toda qualidade de nascimento e seja qual for sua condição, válidos ou inválidos, doentes ou convalescentes, curáveis ou incuráveis, de mendigar na cidade e nos subúrbios de Paris, ou em suas igrejas e em suas portas, às portas das casas ou nas ruas, nem em nenhum lugar público, nem em segredo, de dia ou de noite... sob pena de chicoteamento para os transgressores na primeira vez, e pela segunda vez as galeras para homens e meninos e banimento para as mulheres e meninas.

XII. Para tanto, os diretores disporão de: postes, golilhas de ferro, prisões e celas no dito Hospital Geral e nos lugares dele dependentes conforme for de seu parecer, sem que se possa apelar das ordens por eles dadas dentro do dito Hospital; e quanto às ordens que interfiram com o exterior, serão executadas em sua forma e disposição não obstante quaisquer oposições ou apelações feitas ou que se possam fazer e sem prejuízo daquelas, e para as quais não obstante não se concederá nenhuma defesa ou exceção.

XIII. Têm todos os poderes de autoridade, direção, administração, comércio, polícia, jurisdição, correção e punição sobre todos os pobres de Paris, tanto no interior quanto no exterior do Hospital Geral.

Assim, o Hospital Geral era uma estrutura administrativa criada para receber a população deixada à margem da sociedade, os mendigos, miseráveis, desordeiros, desempregados, loucos, todos aqueles que “não sem hesitação, nem perigo,

distribuídos entre prisões, casas de correção, hospitais psiquiátricos e gabinetes de psicanalistas” (FOUCAULT, 2014, p. 90).

Pontue-se que tais “hospitais” foram criados como uma resposta a grave crise financeira que ocorria na Europa do século XVII, funcionando como uma espécie de mecanismo social, buscando enclausurar os insociáveis.

Deve-se aclarar que, em que pese o “Édito de 1956” seja de origem francesa, a “grande internação” ocorreu em toda a Europa, sendo que, a Inglaterra, que não tinha como transportar tais pessoas de um país para o outro, prática comum na Europa, se propôs a “bani-los e comboiá-los para as terras recém-descobertas, nas Índias Orientais e Ocidentais” (FOUCAULT, 2014, p. 76).

Nesses termos, as casas de correção (*house of correction*) serviam para o abrigo e recolhimento de desempregados, vadios e loucos e, como visto, não eram correlativos a hospitais, pois em tais estabelecimentos não se tinha a dirigibilidade ou a medicação atribuída a médicos.

Tais centros de internação, em um período de escassez de trabalho como o foi os séculos XVII e XVIII, não custaram a apontar superlotações, como bem esboçou Michel Foucault (2014, p. 55), em sua obra *A História da Loucura*, quando expõe a quantidade de internações ocorridas na França, *in verbis*:

É sabido que o século XVII criou vastas casas de internamento; não é muito sabido que mais de um habitante em cada cem da cidade de Paris viu-se fechado numa delas, por alguns meses. É bem-sabido que o poder absoluto fez uso das cartas régias e de medidas de prisão arbitrárias; é menos sabido qual a consciência jurídica que poderia animar essas práticas.

O autor destaca, ainda, uma declaração de 12 de junho de 1662, detalha que o Hospital de Paris, 05 anos após a sua inauguração, estava completamente lotado, alojando e alimentando mais de 6.000 pessoas, o que seria aproximadamente 1% da população de Paris.

Porém, tais casas iam além de só, prender os sem trabalhos, e, em muitas ocasiões, buscavam empregar os desfavorecidos ali recolhidos, sendo que muitas dessas casas, acabou com a alcunha de “casa de trabalho”, e eram comumente construídos nos centros industrializados, principalmente na Inglaterra.

A alternativa é clara: mão-de-obra barata nos tempos de pleno emprego e de altos salários; e em período de desemprego, reabsorção dos ociosos e proteção social contra a agitação e as revoltas. Não nos esqueçamos que

as primeiras casas de internamento surgem na Inglaterra nas regiões mais industrializadas do país: Worcester, Norwich, Bristol. (FOUCAULT, 2014, p. 77).

Interessante que essa forma de pensamento cristão, onde o trabalho dignifica o homem e o faz chegar mais próximo de Deus é um dos elementos fundamentais da religião protestante, e assim, a Europa protestante edificou prédios que buscavam “sanear” as cidades, com o intuito de tirar o miserável da desordem e colocá-los em um ambiente artificial, educando religiosamente tais pessoas.

Ademais, tal modelo de “estruturação social”, iniciado pelo Hospital de Paris, que tinha como filosofia reunir todos os marginalizados em lugares próprios para sua manutenção, finda por ganhar o aval da Igreja Católica que entendeu que o enclausuramento, ainda, afastava os ébrios e vadios do pecado e da danação, como bem observado o testemunho de São Vicente de Paula, citado por Michel Foucault (2014, p. 87), *in verbis*:

A finalidade principal que permitiu que para cá se retirassem as pessoas, excluindo-as do turbilhão do mundo aberto e fazendo-as penetrar nesta solidão na qualidade de pensionistas, foi apenas a de subtraí-los à escravidão do pecado, impedi-los de serem para sempre danados e dar-lhes um meio de gozar de um pleno contentamento nesta vida e na outra, fazendo eles o possível para adorar em tudo isso a divina providência... A experiência só nos convence, infelizmente, de que a origem do desregramento que hoje vemos imperar entre a juventude reside apenas no grau de falta de instrução e de docilidade para com as coisas espirituais, preferindo seguir suas más inclinações às santas inspirações de Deus e os caridosos conselhos de seus pais.

Nesses termos, a grande internação prescrita por Luís XIV na França se espalha pela Europa Católica.

A verdade é que esses hospitais gerais eram verdadeiras casas de enclausuramento que surgiram em períodos de crise econômica, política e social, com o intuito de excluir e silenciar os grupos marginalizados (seja pela pobreza ou pela loucura) e “sanear” os grandes centros urbanos europeus do século XVII e XVIII.

2.5 A CONCEPÇÃO CONTEMPORÂNEA DE LOUCURA

A Idade contemporânea tem como marco inicial a Revolução Francesa (1789) e se estende até os dias atuais.

É cediço que o período que segue entre as duas últimas décadas do século XVIII (Revolução Francesa) e meados do século XIX (início da Revolução Industrial), fez surgir uma nova realidade econômica e social na Europa.

A burguesia, até então aliada na formação das casas de internação, questiona a efetividade de tais centros para a economia industrial que estava surgindo, uma vez que limitava a produção da mão-de-obra barata, além de demandar a necessidade de caridade das mais diferentes classes econômicas.

Críticas ao internamento em massa passaram a ocorrer, uma vez que o internamento sem critérios seria um erro econômico para o sistema capitalista que estava se moldando, principalmente sobre o mercado da mão-de-obra.

Era necessário que se integrasse essa população marginal ao novo ritmo que o mercado vinha tomando com a Revolução Industrial, caracterizada pela política de salários baixos, ausência de restrições e de proteção ao emprego e a saúde laboral.

Porém, havia um problema, os insanos. Os loucos não poderiam ser utilizados como mão-de-obra. Sobre o tema, Michel Foucault (2014, p. 451) explana a diferenciação entre o “pobre válido” e o “pobre doente”, *in verbis*:

Dezenas de projetos tentam definir este novo lugar da pobreza. Todos, ou quase todos, escolhem como ponto de partida a distinção entre "pobres válidos" e "pobres doentes". Distinção bem antiga, mas que permanecera precária e muito vaga — e cujo único sentido era o de servir como princípio de classificação no interior do internamento. No século XVIII, essa distinção é redescoberta e encarada com rigor. Entre "pobre válido" e "pobre doente", a diferença não é mais apenas o grau de miséria, mas de natureza no miserável. O pobre que pode trabalhar é um elemento positivo na sociedade, ainda que se deixe de tirar proveito disso. Pelo contrário, o doente é peso morto, representa um elemento "passivo, inerte, negativo" e que intervém na sociedade apenas a título de puro consumidor.

Nesses termos, diferente do século XVII, a burguesia do início do século XIX começa a enxergar nos pobres, não uma massa que deve ser recolhida há um determinado local exigindo atos de caridade do Estado e da burguesia, mas começa a enxergar que “pobre válido” é extremamente necessário e útil, pois constituiria a mão de obra necessária para a criação da riqueza, razão pela qual deveria, como o foi ser reintroduzido na comunidade da qual tinha sido expulso pelo internamento.

Em contrapartida, o “pobre doente” é inválido, e, assim, não constituiria mão-de-obra, não seria útil para o processo capitalista, razão pela qual o destino dos alienados restou questionado.

Deveria o “pobre doente” permanecer internado e o Estado exercer o controle sobre as casas de internação? Deveria o louco que possuísse família ser entregue a mesma para que esta lhe auferisse os devidos cuidados?

Destaque-se que é desse momento histórico que surgem os primeiros estudos sobre a importância da família na recuperação do doente mental, como explanou Michel Foucault (2014, p. 455-456), sobre a tríplice vantagem de o Estado, ao invés de construir vastos hospitais, distribuísse auxílio direto às famílias dos doentes, senão vejamos, *in verbis*:

Pensa-se em dar à assistência mais vivacidade natural e também bases econômicas mais justas. Se, em vez de construir vastos hospitais cuja manutenção custa caro, se distribuísse diretamente auxílio às famílias dos doentes, haveria nisso uma tríplice vantagem. Em primeiro lugar, sentimental, porque o vendo todo dia, a família não perde a piedade real que sente pelo doente. Econômica, pois não será mais necessário dar a esse doente alojamento e alimentação, assegurados em sua casa. Médica, enfim, uma vez que, sem falar na meticulosidade particular dos cuidados que ele recebe, o doente não é afetado pelo espetáculo deprimente de um hospital, que todos encaram como "o templo da morte". A melancolia do espetáculo que o envolve, os contágios diversos, o afastamento de tudo o que lhe é caro agravam o sofrimento dos pacientes, e acabam por suscitar doenças que não se poderiam encontrar espontaneamente na natureza porque são como que criações próprias do hospital. O lugar natural da cura não é o hospital, é a família, pelo menos o meio imediato do doente. E assim como a pobreza deve ser eliminada pela livre circulação da mão-de-obra, a doença deve desaparecer nos cuidados que o meio natural do homem pode dispensar-lhe de modo espontâneo.

Entretanto, mesmo diante dos estudos das vantagens de manter o louco em um ambiente familiar, décadas de exclusão não se resolveriam com o fechamento dessas casas de internamento e o deferimento de um auxílio à família para que esta tratasse dos seus familiares inválidos, isso porque, o internamento dos loucos nunca foi precedido de estudo médico que facilitasse sua identificação, muito pelo contrário, “o pensamento médico e a prática do internamento haviam permanecido estranhos mutuamente” (FOUCAULT, 2014, p. 466).

Logo, evidencia-se assim que ao final do século XVIII houve uma aproximação do louco à sua família, não por uma questão de consciência humanística, mas sim de uma busca por justificativas para a libertação dos “pobres válidos”, até porque, mesmo diante da viabilidade do auxílio familiar no tratamento do inválido, a sociedade da época não considerava em libertar o louco, pois não havia a cogitação de deixar que os loucos se misturassem à sociedade, pelo menos não aos loucos entendidos como visivelmente perigosos.

Ademais, ainda haveria que se estudar o destino que deveria ser dado ao louco que, mesmo inofensivo, não tinha família para o acolher, ou mesmo aos pobres que não tinham os recursos necessários para conter o seu insensato e nem a faculdade de cuidar deles.

Nesses termos foi necessário se encontrar um termo médio entre o dever de assistência e os temores legítimos, e, nesse sentido, assinala Michel Foucault (2014, p. 473):

[...] exclusão dos loucos assumirá um outro sentido: não mais marcará a grande cesura entre razão e desatino, nos limites últimos da sociedade, mas, no próprio interior do grupo, traçará uma espécie de linha de compromisso entre sentimentos e deveres.

Iniciaram-se, então, os estudos para a reestruturação interna dos espaços destinado aos reclusos, mas também, de grande valia apontar que os ideais da Revolução Francesa – liberdade, igualdade, fraternidade – também se fizeram presentes, inclusive na reestruturação do tratamento dado aos doentes, como bem observou Michel Foucault (2014, p. 474), *in verbis*:

Portanto, primeiro ponto: prender os dementes que as famílias pobres não conseguem pôr sob vigilância. Mas também dar-lhes o benefício dos tratamentos que poderiam receber dos médicos se tivessem maior fortuna, ou dos hospitais, se não fossem presos de imediato. Doublet explicita os tratamentos que devem ser aplicados aos diferentes doentes do espírito — preceitos que resumem com exatidão os cuidados tradicionalmente dispensados no século XVIII.

Assim, verifica-se a atuação marcante dos ideais revolucionários na área das casas de internação. A liberdade para o “pobre válido”, na medida em que essa mão de obra seria necessária para a crescente industrialização; a igualdade no que diz respeito ao tratamento do “pobre inválido” nos moldes semelhantes ao dado ao “rico inválido” e a “fraternidade” enquanto a separação dos internos loucos e o seu tratamento através da medicação torna a vida dos mesmos mais condizente com suas necessidades.

Percebe-se assim que os “hospitais gerais” foram perdendo sua função de controle social, assumindo a finalidade de tratamento dos enfermos, tornando-se uma instituição medicalizada, momento em que surgiu a psiquiatria, com a função de diagnosticar doenças mentais e tratá-las conforme o entendimento médico, mantendo a loucura, ainda, reclusa e longe dos olhos da sociedade.

Nesses termos, diante dos ideais pregados pela Revolução Francesa, há de se destacar o pensamento de Philippe Pinel, que para muitos foi o expoente máximo da psiquiatria do século XIX, sendo o responsável por introduzir a loucura no campo médico, conjugando a humanização do tratamento com o estudo racional e metódico da doença mental dos ensandecidos. Baseava o seu estudo no “tratamento moral” e no “isolamento terapêutico”, como bem pontuado por Mário Pereira (2004, p.114):

Em seu *Traité Médico-Philosophique sur l'Aliénation Mentale* (1801), Pinel afirma que: "Os alienados, longe de serem culpados a quem se deve punir, são doentes cujo doloroso estado merece toda a consideração devida à humanidade que sofre e para quem se deve buscar pelos meios mais simples restabelecer a razão desviada.

O tratamento moral fundava-se, pois, na crença de que seria possível introduzir mudanças significativas no comportamento dos doentes por meio de atitudes humanas, mas firmes, da equipe técnica para com aqueles. Termos como "repressão", "intimidação", "doçura" e "filantropia" passam a ser encontrados amiúde no vocabulário técnico cotidiano e, em particular, nos próprios textos de Pinel.

É desse estudo que surgem as bases para a criação do manicômio-hospitalar para o tratamento do doente mental, que tem como fundamento o acolhimento dos loucos e o seu devido tratamento médico especializado, o que os diferencia dos hospitais gerais que, como alhures mencionado, tinham função de abrigo e recolhimento.

Assim, Pinel é o primeiro a tratar a loucura como um desequilíbrio no aspecto emocional do indivíduo que deve ser observada, diagnosticada e tratada como as demais doenças no ramo da medicina.

Porém, há de se observar, que o tratamento dado aos loucos tinha como base o castigo corporal, limitando-se à utilização de camisas-de-força, coquetéis de medicamentos e eletrochoques, procedimentos que, em sua maioria, impossibilitam a recuperação do insano, impondo, tão somente, o silêncio.

Assim, até então, a era moderna uniu os conceitos médicos sobre a loucura e o internamento do alienado, bases da psiquiatria positiva, porém, tal formulação não se ligava ao estudo jurídico.

Foi somente no século XX que as mudanças na forma de se analisar a loucura passaram por aprofundamentos, com a introdução da psicanálise e da psicopatologia, com interesse pela subjetividade, tendo Sigmund Freud como seu principal expoente.

O autor austríaco era crítico da loucura positivista, reduzida ao silêncio, e retomou a loucura ao nível de linguagem, reconstituindo os elementos essenciais da doença (Foucault, 2014, p. 375).

Conforme destaca Isaías Pessotti (2006, p. 113-123), *in verbis*:

A subjetividade, antes rejeitada, adquire, no século XX, importância decisiva tanto na filosofia como nas jovens “ciências humanas”, notadamente na psicologia. O homem passa a ser visto como um “ser no mundo”, sujeito ou agente de processos afetivos; e não como um *locus* em que ocorrem doenças, ou como mero portador de distúrbios. Ele é uma pessoa dotada de autoconhecimento, valores, afetos, desejos, que reage de forma normal ou incomum aos eventos da vida.

Ademais, há de se ressaltar que as grandes guerras ocorridas no século XX, marcaram o ser humano não só no seu físico, mas no seu espírito, impulsionando o estudo do ser humano como sujeito de direito.

As grandes guerras, em especial a II Guerra Mundial, demonstraram as atrocidades que o ser humano pode cometer contra os seus pares e, tais atos perpetrados pelos “países do eixo” fez o mundo entender a necessidade de se construir uma normatividade internacional que abrangesse com eficácia as relações humanas.

Desse diálogo surgiu a Organização das Nações Unidas - ONU (1945), que fomentou a Declaração dos Direitos do Homem (1948) bem como a criação de organizações especiais cujo objetivo é garantir e proteger alguns desses direitos considerados de suma importância para a humanidade, como enfatiza José Afonso da Silva (2012, p. 163), nestas palavras:

A Declaração Universal dos Direitos do Homem contém trinta artigos, precedidos de um Preâmbulo com sete considerando, em que reconhece solenemente: a dignidade da pessoa humana, como base da liberdade, da justiça e da paz; o ideal democrático, com fulcro no progresso econômico, social e cultural; o direito de resistência à opressão; finalmente, a concepção comum desses direitos.

Com isso, percebe-se o surgimento de um sentimento que busca a proteção global dos direitos humanos, responsável pela confecção de pactos internacionais que buscam o combate à tortura, à discriminação racial, à discriminação contra as mulheres, à violação dos direitos das crianças e dos idosos, colocando-se o ser humano em um pedestal até então reservado aos Estados soberanos.

A Declaração dos Direitos do Homem (1948) é um marco na busca pela igualdade e dignidade necessária para o ser humano, declamando em seu artigo primeiro que “*todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos. São dotados de razão e consciência e devem agir em relação mutuamente com espírito de fraternidade*”.

Quando a Declaração dos Direitos Humanos expressa que todos são dotados de razão, eleva a necessidade de se ressignificar o estudo e o tratamento dado ao louco, garantindo a tais pessoas o devido reconhecimento em qualquer circunstância.

Como o louco era tratado no modelo asilar feria o seio do princípio da dignidade humana, ainda mais depois da II Grande Guerra Mundial, quando se impossibilitou, diante das circunstâncias fáticas, deixar de fazer um paralelo entre o asilo e os campos de concentração judeus, como bem pontuou Valéria Queiroz (2009, p. 31), nestas palavras:

Os hospícios foram comparados aos grandes campos de concentração devido às precárias condições de vida dos internos, e ao alto índice de mortalidade.

Assim, o modelo asilar preponderou na forma de tratamento aos doentes mentais até a metade do século XX, quando se teve início um movimento que buscou a dignidade do doente mental, tendo como fundo o tratamento psicológico do doente em detrimento dos modelos manicomialis até então existentes. Sobre o tema relata Antônio Ponte, *in litteris*:

No curso dos anos sessenta, a psiquiatria entra em crise, especialmente no que se refere ao modelo hospitalar e as internações prolongadas. As críticas provêm do campo da própria psiquiatria (Laing, Cooper, Esterson, Berk na Inglaterra, Basaglia na Itália, Szasz nos Estados Unidos, Deleuze e Guatarri na França) e da sociologia (Goffman e Scheff). Os primeiros – como expoentes da chamada “antipsiquiatria” – questionam todas as bases da psiquiatria tradicional, a instituição psiquiátrica, e defendem o louco em face da sociedade” (KRAUT, 1997, p. 311 *apud* PONTE, 2012, p. 21).

Assim, há de se observar que a psiquiatria, em conjunto com outras ciências sociais, inicia um questionamento da própria psiquiatria e sua modalidade de tratamento asilar.

Os novos estudos, assim, repensaram a forma de tratamento do louco, buscando a aproximação o alienado e a sociedade, mediante um tratamento médico

e hospitalar em conjunto com a sensibilidade do apoio e da participação familiar, na busca de se evitar a exclusão social.

Destaque para o surgimento da psiquiatria de setor (França, 1945) e a psiquiatria preventiva (EUA, 1960).

Psiquiatria de setor tinha como características a formação de equipes multiprofissionais que acompanhavam o paciente, prestando assistência mesmo quando da alta, como bem lecionou Paulo Amarante (2007, p. 46), *in verbis*:

A equipe que acompanhava o paciente internado passaria a acompanhá-lo quando o mesmo recebesse alta, dando continuidade ao tratamento e explorando o fato positivo do vínculo já estabelecido no espaço hospitalar. Isto era particularmente importante quando o caminho era o inverso, isto é, quando o paciente, que estava em tratamento no CSM, precisasse ser internado. Ao contrário da situação de impacto certamente negativo de ser recebido por profissionais “estranhos”, algumas vezes amarrado e contido bruscamente, a situação recebia um tratamento sensível e inovador.

Nesses termos, os defensores desse modelo consideravam a estrutura dos manicômios alienante, entendendo que o ideal seria buscar outros lugares para que se visualizasse a possibilidade de tratamento e cura.

Por isso defendiam a divisão geográfica das cidades francesas com uma equipe técnica em cada setor responsável pelo atendimento psiquiátrico daquela área populacional.

Das palavras de Paulo Amarante, acima destacado, pode-se visualizar, inclusive que a psiquiatria de setor não se resumia ao tratamento asilar, mas, também, ao tratamento pós-cura, com a equipe setorizada buscando o contato com o louco mesmo após curado, criando o que foi conhecido como a assistência psiquiátrica.

A psiquiatria preventiva tem origem nos EUA, na década de 60 e, segundo Paulo Amarante (2007, p. 48), surge por conta das importantes questões sociais vividas pelos nortes americanos à época, como a Guerra do Vietnã, o crescente envolvimento da juventude com as drogas, as gangs, o movimento “beatnik” e o movimento “*black power*”.

Entre as inovações trazidas por este modelo, pode-se destacar: o caráter preventivo, o trabalho em equipe multidisciplinar e a intersectorialidade, sendo esta última uma integração entre o setor de psiquiatria e outros setores da sociedade.

Consistia em uma promoção e prevenção da saúde mental, com a intenção de diagnosticar precocemente as enfermidades e propiciar o tratamento adequado, na busca de se evitar o agravamento da doença, bem como propiciava a reabilitação psicossocial, objetivando a humanização dos centros de saúde mental.

Entretanto, ao menos antes, o que se percebe é que ainda que esses movimentos reformistas questionassem o modelo de tratamento asilar, não questionavam o próprio sistema asilar, criando tão somente medidas alternativas que atuavam em conjunto com o viés manicomial.

Até então, a busca pela humanização do tratamento nos manicômios é a irradiação do princípio da dignidade da pessoa humana surgida nos tratados internacionais de direitos humanos, porém, é notório que a violência, a discriminação e a necessidade de se querer o isolamento do doente mental possui origem bem mais profunda.

A opressão dispensada aos loucos é estrutural, sempre esteve presente na organização da nossa sociedade e não se limita apenas às instituições psiquiátricas, estando presente, inclusive, no próprio seio familiar.

Eis que em 1968, o italiano Franco Basaglia, considerado um dos maiores símbolos da luta por reformas na área da saúde mental, publica a obra “A Instituição Negada: relato de um hospital psiquiátrico”, uma verdadeira denúncia à situação do manicômio e à falência desta instituição enquanto espaço terapêutico, dando início ao processo de desinstitucionalização do aparato manicomial italiano.

Em seus estudos ele pondera que o paciente é fruto de uma violência institucional que conta com o aval da própria sociedade, que, inclusive, também, exerce a sua própria violência sobre ele, como bem se observa do trecho de sua obra, *in verbis*:

O primeiro contato com a realidade do manicômio revelou as forças em jogo: o internado, em vez de ser visto como um doente, é o objeto de uma violência institucional que atua em todos os níveis, já que qualquer ação contestadora sua será definida dentro nos limites da doença. A degradação, a objetivação e o total aniquilamento que o caracterizam não são a pura expressão de um estado mórbido, mas antes o produto da ação destruidora de uma instituição cuja finalidade é proteger os sãos dos assaltos da loucura. Entretanto, uma vez despido o paciente das superestruturas e das incrustações institucionais, percebe-se que ele é, ainda, o objeto de uma violência que a sociedade exerceu sobre ele e que continua a exercer, enquanto, antes de ser um doente mental, ele é um homem sem poder social, econômico ou contratual: é uma mera presença negativa, forçada a ser a problemática e a contraditória visando mascarar o caráter contraditório de nossa sociedade. (BASAGLIA, 1985, p. 112-113).

Franco Basaglia, assim, analisando o ambiente manicomial, em 1971, coloca em prática suas ideologias e inicia o que ficou conhecido como processo de desinstitucionalização, responsável pelo desmonte da antiga estrutura asilar, tendo como orientação o fim da violência na instituição psiquiátrica tradicional e a busca por novas formas de sociabilidade e de subjetividade aos que necessitassem de assistência psiquiátrica.

Sua metodologia foi descrita por Paulo Amarante (1995, p. 49), *in verbis*:

(...) são construídos sete centros de saúde mental, um para cada área da cidade, cada qual abrangendo de 20 a 40 mil habitantes, funcionando 24 horas aos dias, sete dias por semana. São abertos também vários grupos-apartamento, sendo residências onde moram usuários, algumas vezes acompanhados por técnicos e/ou outros operadores voluntários, que prestam cuidados a um enorme contingente de pessoas, em mais de trinta locais diferentes. As cooperativas de trabalho constituem outra modalidade de cuidado/criação de possibilidades que, inicialmente organizadas para atender à necessidade de encontrar posto de trabalho para os ex-internos do hospital, ou para novas demandas que surgiam, hoje representam um novo espaço de produção artística, intelectual ou de prestação de serviços, que assumem um importante papel na dinâmica do hospital e na economia não apenas dos Serviços de Saúde mental, mas também de toda a cidade.

Assim sendo, Franco Basaglia visou romper com o antigo modelo da psiquiatria que sempre se restringiu a coisificação o ser humano e se projetou seus estudos para além dos muros, deixando de se resumir unicamente ao tratamento da doença, e voltando o seu olhar clínico para a própria comunidade, local que ele entendia ser a origem da marginalização e da segregação manicomial.

Sua experiência, suas críticas à psiquiatria tradicional e, principalmente, os resultados obtidos com seus estudos de reinserção territorial e cultural do paciente na comunidade foram reconhecidos pelo parlamento italiano, que em 1978, através da Lei n.º 180, que extinguiu por completo os manicômios italianos.

No âmbito internacional, a Organização Mundial da Saúde, já em 1973, recomendava os debates sobre os estudos de Basaglia, promovendo importantes programas para a formação de profissionais sociais e de saúde a partir das experiências desenvolvidas pela equipe de Basaglia.

Ademais, os estudos de Basaglia foram, inclusive, os responsáveis pela transformação da assistência psiquiátrica no Brasil, como se verá a frente.

3 DA ASSISTÊNCIA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL: DO HOSPÍCIO AOS HOSPITAIS DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO

O direito, ciência social que é, tem como uma de suas características, a maleabilidade, ou seja, o direito tem a incrível capacidade de se moldar a vida humana em sociedade, em especial, nas sociedades em desenvolvimento democrático, como a brasileira.

Dito isto, é interessante o estudo do desenvolvimento da assistência psiquiátrica no Brasil, já direcionando a atenção para o desenvolvimento do estudo da área destinada ao preso louco.

É cediço que o Brasil Colônia tinha como norte medicinal práticas que, hoje, a medicina deslegitima, como, por exemplo, curandeirismo, pais-de-santo, benzedeadas, e atos religiosos como o exorcismo. Foi somente no final século XVII e início do século XVIII que a ciência medicinal aportou nas terras brasileiras, desenvolvendo-se, principalmente, com a chegada da Família Real Portuguesa.

Segundo Paulo Amarante (1994, p. 74), foi em 1830, quando a Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro diagnosticou a situação dos loucos na cidade, que os alienados passaram a ser considerados doentes mentais, razão pela qual, começava o despertar pela necessidade de um espaço próprio para tratamento.

Paulo Ribeiro (1999, p. 19) aponta que a Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro foi a responsável pela introdução da psiquiatria no Brasil, porém, com o interesse inicial restrito apenas na seara acadêmica, como exercício pedagógico de qualificação, sendo desta sociedade que se levantou a palavra de ordem “aos loucos o hospício”.

A ideia de abrigar os portadores de transtornos mentais em unidades destinadas à internação, somente ganhou força nos momentos finais do Império (final do século XIX), com o advento de várias propostas legislativas que contribuíram com a institucionalização da assistência aos alienados, a saber, por exemplo, o Decreto n.º 82/1841, que criou o primeiro hospício brasileiro, o Hospital Pedro II, que tinha como base ideológica os estudos do psicólogo Jean-Étienne Dominique Esquirol, até então, aplicados nos asilos e hospitais franceses (MORAES FILHO, 2006).

Tal instituição “hospitalar”, que, na ocasião, era administrado pela Igreja, foi alvo de severas críticas por parte do corpo médico local, a citar as publicações do

doutor João Carlos Teixeira Brandão (CHARAM *apud* RIBEIRO, 1999, p. 19), denunciando maus-tratos aos doentes mentais no Hospício Dom Pedro II.

Os loucos por leitos tinham tábuas, sem colchões nem travesseiros, nem ao menos cobertura para lhes ocultarem a nudez e os resguardarem dos rigores do inverno. Os loucos agitados eram metidos em caixões de madeira, onde permaneciam nus e expostos às intempéries.

Repete-se no Brasil, mesmo que com quase 100 anos de atraso, o mesmo movimento alienista que ocorrera no solo francês com Philippe Pinel (período posterior à Revolução Francesa), caracterizando-se com a luta pela psiquiatria dos espaços asilares.

Escancarou-se, assim como ocorrido na Europa, a necessidade da instalação da ciência médico-psiquiátrica nos hospícios da época, uma vez que os mesmos ainda contavam com administração não-médica.

Foi somente após a proclamação da República (1889), com o Decreto n.º 142-A/1890, que se desanexou o Hospício Pedro II da Santa Casa da Misericórdia, e se passou a denominá-lo como Hospício Nacional de Alienados, sendo a partir deste momento, muito por conta do rompimento do Estado com a Igreja Católica, que a instituição passou a ser administrada por médicos especialistas.

O início do século XX retratou, no âmbito jurídico, o debate em torno da dignidade da pessoa humana nas mais diferentes áreas sociais e, no campo da psiquiatria, especial destaque para o debate envolvendo o louco criminoso e a medicalidade do espaço hospitalar.

Segundo os estudos de Sergio Carrara (1998, p. 148), o Código Penal de 1890 (BRASIL, 1890), esclarecia que o louco criminoso ou o condenado que enlouquecia na prisão, deveria ser entregue aos seus familiares ou internados em hospícios públicos.

O citado autor ainda destaca que até o ano de 1903, em regra, o destino do louco-criminoso era o Hospício Nacional dos Alienados (HNA), e que, nesse ano, foi publicado o Decreto n.º 1.132, de 22/12/1903 (BRASIL, 1903), que tinha como objeto a reorganização da assistência a alienados visando à preservação da ordem pública e segurança social, como entabulado no seu art. 1º, *in litteris*:

Art. 1º O indivíduo que, por moléstia mental, congênita ou adquirida, comprometer a ordem pública ou a segurança das pessoas, será recolhido a um estabelecimento de alienados.

Percebe-se que tal legislação visava à manutenção da segregação do doente mental, sem qualquer menção a tratamento da saúde mental do interno.

Entretanto, tal norma tem importância fundamental para o estudo do atendimento psiquiátrico, tendo em vista que o citado decreto tinha por finalidade organizar o atendimento psiquiátrico dos doentes mentais, constituindo, como bem destacou Margarida Mamede (2006, p. 61), a primeira reforma psiquiátrica brasileira.

Nesse sentido, ressalte-se o art. 10, da citada norma, que proibia a manutenção de alienados em cadeias públicas ou entre criminosos, bem como ordenou que o Estado deveria reunir recursos para a construção de manicômios judiciários e, enquanto não existisse tal estabelecimento, a autoridade deveria alojar o alienado em casa expressamente destinada a esse fim.

Sob o incentivo deste Decreto o HNA criou uma ala especial para abrigar os loucos-criminosos, que recebeu a denominação de “Seção Lombroso”, e cujo objetivo guardar os loucos-criminosos até que se curassem, ou, sendo de difícil prognóstico, a guarda duraria até que o louco-criminoso não apresentasse mais perigo à família.

Sobre os internos da seção Lombroso, um caso chamou a atenção, a do casal Antônio Domingos Cabral e Maria da Conceição Santana, no qual o legista desaconselhou que eles fossem internados no HNA, na oportunidade, recebendo a alcunha de degenerados, como bem citou Sergio Carrara (1988, p. 191), ao tratar sobre o processo que foi a julgamento em 1914, nos seguintes termos, *in verbis*:

Inúmeros tipos idênticos vivem no meio social, mesmo porque o Hospício Nacional, não podendo exercer influência alguma sobre o estado de deficiência mental desses indivíduos, os põe novamente em liberdade, abrindo espaço para outros que se beneficiam do tratamento, ou que são um perigo iminente para a sociedade ou para si próprio. Ora, não é esse o caso dos dois examinados. A casa de Detenção, por sua vez, não parece ser o asilo apropriado desses indivíduos. Só um asilo-prisão ou, como na Itália, uma casa di (sic) custodia (sic), resolveria satisfatoriamente a questão do destino que eles deveriam ter.

Nesse sentido, observa-se do caso alhures transcrito que em determinados casos, os loucos-presos poderiam desenvolver doenças que a internação não iria influenciar no seu estado de deficiência mental e que em casos semelhantes a loucos não presos, estes seriam devolvidos a liberdade para se abrir vagas para os loucos mais necessitados, o que não poderia acontecer com o preso-louco.

A discussão sobre o louco-criminoso ganha mais profundidade, principalmente por conta da ambiguidade da percepção social sobre a figura de uma pessoa que criminalmente agiu de forma que deve ser punida, mas que clinicamente é inocente.

Logo a ideia de se construir um asilo criminal ganha mais força, pois veja, a possibilidade de um assassino ser inocentado ou liberto por ser considerado louco, ou desenvolver diferentes graus de transtorno mental na prisão e não ser possível sua permanência em tal local, era fato que já não poderia ser descartado, diante do julgamento do casal já mencionado anteriormente.

Ademais, em 1920, a “seção Lombroso” do Hospício Nacional sofreu uma rebelião, onde os internos conseguiram fugir das suas celas, agrediram funcionários e queimaram colchões, o que gerou grande comoção e aferventou ainda mais o debate sobre a necessidade de se construir um manicômio judiciário, tendo como defensor o Diretor do Hospício Nacional dos Alienados, Juliano Moreira (Moreira *apud* Carrara, 1998, p. 193), que, após a rebelião, em artigo publicado no jornal “O Imparcial” em 28/01/1920, teceu severas críticas a internação dos “degenerados” no Hospício Nacional, declarando que os loucos criminosos não deveriam estar alojados no Hospício, mas em uma prisão de caráter especial, prisão e manicômio ao mesmo tempo.

É nesse contexto histórico que no dia 21 de abril de 1920, fundou-se o Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro, a primeira instituição deste gênero na América Latina, tendo como diretor o médico psiquiatra Heitor Pereira Carrilho, fiel defensor dos ideais de Foucault, no sentido de que o Poder Judiciário deveria passar a julgar não mais os atos criminosos, mas a própria alma do criminoso.

Não tardou, a cidade de São Paulo, que vinha crescendo de forma desordenada no início do século XX por conta do fluxo de imigrantes europeus direcionado, inicialmente, para substituir a mão-de-obra escrava na lavoura cafeeira, acaba observando um exército de excluídos nas suas ruas, como bem sinalizou Douglas Tavolaro (2001, p. 25), *in verbis*:

loucos, desempregados, ex-escravos, prostitutas, sífilíticos, jogadores e bêbados dividiam as ruas e compunham uma multidão que representava, para as elites, o risco de contágio de epidemias, como febre-amarela, tifo e varíola, e de revoluções sociopolíticas, como as insurreições anarquistas e a greve geral de 1917.

À época, a cidade de São Paulo se tornara o principal celeiro industrial do Brasil e a concepção da população estava voltada para a força de trabalho, a estrutura social tinha no ser humano a necessidade de ser produtivo, ao passo que os improdutivos eram considerados vadios, degenerados, anormais e que deveriam ser recolhidos e tratados para retornarem mais produtivos para o seio social.

Nesse contexto histórico é que no ano de 1933, a cidade de São Paulo funda o Manicômio Judiciário de Franco da Rocha. O manicômio levou o nome de um dos principais expoentes na defesa da criação de manicômios judiciais para os loucos-criminosos, que tinha como principal virtude as denúncias da crueldade dos métodos não científicos que eram empregados no tratamento de tais reclusos.

Apesar das ideologias por trás do nome da instituição, o que se percebeu, em verdade, foi que tal hospital trazia na sua base ideológica a mesma já implementada no Hospital Geral de Paris séculos atrás, qual seja, uma estrutura administrativa criada para receber a população deixada à margem da sociedade.

Nesses termos, o que se percebe é que tais hospitais brasileiros tinham como função tornar as ruas mais “racionais”, e a resposta a ser dado à loucura de uma forma geral, foi a exclusão, assim como ocorreu na Europa do século XVII, que funcionavam como uma espécie de mecanismo social, enclausurando os insociáveis.

Ressalte-se que a palavra manicômio deriva do grego “mania” que significa loucura, e “komêin” que quer dizer cura, assim, manicômio, na etimologia da palavra, seria o local destinado à cura dos loucos, e, sendo assim, Manicômio Judiciário seria um local destinado à cura dos indivíduos portadores de transtornos mentais que cometeram fatos considerados típicos pelo Código Penal Brasileiro.

Nesses termos, ao menos etimologicamente, o Manicômio Judiciário não seria o local ao qual se enviaria culpados, mas sim, “inocentes”, uma vez que o seria um local destinado a tratamento e não de punição, porém, se se soma a ambiguidade de sua formação à aversão estrutural que a sociedade tem dos loucos, essas noções findam por se misturar e, por vezes, serem tratados como sinônimos.

Elsa Ibrahim (2014, p. 163) é categórica quando expõe em sua obra o descaso com o paciente encarcerado, a falta de investimento público para melhorias estruturais e o abandono estatal com os loucos-prisioneiros, bem como a utilização de meios invasivos para a busca da cura dos loucos, como a eletroconvulsoterapia, a lobotomia, o choque insulínico e o choque cardiológico.

Douglas Tavolaro (2001, p. 88-89), descreve com detalhes o CTI – Centro de Terapia Intensiva do Manicômio Judiciário de Franco da Rocha, *in litteris*:

Centro de Terapia Intensiva, CTI. A designação é a mesma da área dos hospitais destinada à internação dos pacientes em risco. O drama de estar com a vida presa a tubos e aparelhos de respiração, lado a lado com a morte, no entanto, parece irrelevante se comparado ao que se passa no universo da CTI de um manicômio. A insanidade alcança aí seu último degrau. Não há mais portas ou saídas. A psiquiatria perdeu a guerra contra a demência e esgotaram-se os recursos da medicina.

Seres humanos miseráveis, malvestidos ou nus expressam-se com gestos incompreensíveis. Canções religiosas. Códigos indecifráveis. Desespero ou a calma opressiva, mais angustiante do que a agonia dos agitados. A CTI é assim: a imagem da face caótica da loucura.

Nesse momento (1940/1950), pode-se destacar que no Brasil se fortalecia a política de internação, ao passo que na Europa iniciava um processo de reestruturação e transformação após o fim da Segunda Guerra Mundial.

Porém, os impactos oriundos da Segunda Guerra Mundial não tardaram a influenciar o meio jurídico nacional, tendo em vista os movimentos políticos e sociais culminaram com a consagração dos Direitos Humanos no mundo e no Brasil.

Como sinaliza Layza Pereira (2022, p.16), “[...] nunca uma batalha deixara tantos mortos, havia exposto de forma explícita o lado sombrio e macabro do ser humano” e tais atrocidades impactaram, também, a forma de se pensar o tratamento dado aos loucos.

As imagens dos campos de concentração nazistas chocaram o mundo. Tais locais, construídos para apartar os indesejados (judeus), porém a desumanidade que se seguiu foi estupefacente. Tais campos degradavam totalmente a identidade humana, tornando a pessoa uma espécie de dejetos e extinguindo por completo a sua liberdade moral, destruindo a sua humanidade e a sua vontade de viver.

A origem histórica dos campos de concentração é feita com maestria por Hannah Arendt (1989, p. 496), que explana que sua classificação pode ser comparada às três concepções ocidentais de uma vida após a morte (limbo, purgatório e inferno), nestas palavras:

Os campos de concentração podem ser classificados em três tipos correspondentes às três concepções ocidentais básicas de uma vida após a morte: Ao limbo correspondem aquelas formas relativamente benignas, que já foram populares mesmo em países não totalitários, destinados a afastar da sociedade todo tipo de elementos indesejáveis – os refugiados, os

apátridas os marginais e os desempregados; os campos de pessoas deslocadas, por exemplo, que continuaram a existir mesmo depois da guerra, nada mais são do que campos para os que se tornaram supérfluos e importunos. O purgatório é representado pelos campos de trabalho da União Soviética, onde o abandono alia-se ao trabalho forçado e desordenado. O inferno, no sentido mais liberal, é representado por aquele tipo de campo que os nazistas aperfeiçoaram e onde toda a vida era organizada, completa e sistematicamente, de modo a causar o maior tormento possível.

Logo em seguida, a autora explana a semelhança entre esses 03 (três) tipos de campos de concentração, qual seja, a forma como o ser humano “indesejado” é tratado, nesse sentido, como massa irrelevante, sem importância, que não fará falta a ninguém.

Interessante, neste momento da leitura, fazer um adendo sobre o Hospital Psiquiátrico Colônia, localizado em Barbacena-MG, um dos mais antigos hospitais psiquiátricos do Brasil (inaugurado em 1903).

Esse hospital foi visitado pelo psiquiatra italiano Franco Basaglia, pioneiro na luta contra os manicômios, que, na oportunidade, adjetivou o hospital brasileiro como um campo de concentração nazista.

Em uma obra chocante, Daniela Arbex (Holocausto Brasileiro, 2013) expõe fatos aterrorizantes que ocorreram no Hospital Psiquiátrico Colônia de Barbacena; um cenário de tamanha violência e exclusão, que fez a autora vivenciar as palavras de Franco Basaglia, quando afirmou, após a visita ao HPC, ter, na verdade, estado “num campo de concentração nazista. Em lugar nenhum do mundo presenciei uma tragédia como esta” (ARBEX, 2013, p. 2017).

Na introdução da sua obra, quando relata sobre os internos, Daniela Arbex (2013, p. 13) deixa claro essa analogia, expondo que não é exagero algum utilizar a palavra holocausto ao se referir aos acontecimentos por trás muros do “Colônia”, *in verbis*:

As palavras sofrem com a banalização. Quando abusadas pelo nosso despudor, são roubadas de sentido. Holocausto é uma palavra assim. Em geral, soa como exagero quando aplicada a algo além do assassinato em massa dos judeus pelos nazistas na Segunda Guerra. Neste livro, porém, seu uso é preciso. Terrivelmente preciso. Pelo menos 60 mil pessoas morreram entre os muros do Colônia. Foram, a maioria, enfiadas nos vagões de um trem, internadas à força. Quando elas chegaram ao Colônia, suas cabeças foram raspadas, e as roupas, arrancadas. Perderam o nome, foram rebatizadas pelos funcionários, começaram e terminaram ali.

Percebe-se, de fato, a semelhança com o procedimento utilizado nos campos de concentração nazista, desde a internação forçada, até a chegada, em trens alocados para esse fim. Assusta, ainda mais, a forma de se retirar o nome e a rebatização da pessoa, assim como ocorria nos campos nazistas quando se tatuava um número no recluso, número pelo qual seria reconhecido. Retira-se o nome com o intuito de se retirar sua identidade, seu existir para o direito e para a sociedade.

Os relatos no livro são aterradores e angustiantes, reproduzindo um horror semelhante às visões acinzentadas dos campos de Auschwitz, como se pode citar do trecho retirado do livro (ARBEX, 2013, p. 14), *in litteris*:

Homens, mulheres e crianças, às vezes, comiam ratos, bebiam esgoto ou urina, dormiam sobre capim, eram espancados e violados. Nas noites geladas da serra da Mantiqueira, eram atirados ao relento, nus ou cobertos apenas por trapos. Instintivamente faziam um círculo compacto, alternando os que ficavam no lado de fora e no de dentro, na tentativa de sobreviver. Alguns não alcançavam as manhãs.

Os pacientes do Colônia morriam de frio, de fome, de doença. Morriam também de choque. Em alguns dias, os eletrochoques eram tantos e tão fortes, que a sobrecarga derrubava a rede do município. Nos períodos de maior lotação, dezesseis pessoas morriam a cada dia. Morriam de tudo — e também de invisibilidade. Ao morrer, davam lucro. Entre 1969 e 1980, 1.853 corpos de pacientes do manicômio foram vendidos para dezessete faculdades de medicina do país, sem que ninguém questionasse. Quando houve excesso de cadáveres e o mercado encolheu, os corpos foram decompostos em ácido, no pátio do Colônia, na frente dos pacientes, para que as ossadas pudessem ser comercializadas. Nada se perdia, exceto a vida.

Foram contabilizados mais de 60.000 mortos, conforme se depreende das sepulturas encontradas no Cemitério da Paz – “Esse é o local onde são mantidos os 60 mil mortos do Colônia” (ARBEX, 2013).

Se considerar que “*ao morrer, davam lucro*”, sendo os corpos vendidos para faculdades de medicina do país, ou mesmo “*decompostos em ácido*” para que as ossadas poderem ser comercializadas, pode-se concluir que as mortes ocorridas no Colônia excederam ao contabilizado no Cemitério da Paz.

Ademais, cabe observar, inclusive, que 70% (setenta por cento) dos internos de “Colônia” não tinham, sequer, diagnóstico de doença mental, eram epiléticos, vadios, homossexuais, meninas grávidas, violentadas por seus patrões, esposas confinadas pelo marido (ARBEX, 2013), remetendo ao modelo de “estruturação social”, iniciado pelo Hospital de Paris em 1662.

Com a promulgação da Constituição Federal de 1934, o direito à saúde é alçado constitucionalmente de competência, concorrente, da União e dos Estados (art. 10, inciso II) e, no mesmo ano, resta promulgado o Decreto n.º 24.559, que dispunha sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, bem como à fiscalização dos serviços psiquiátricos.

E nesse contexto histórico, ocorre a Segunda Guerra Mundial, que teve seu capítulo final em 1945, quando revisitaram relatos dos sobreviventes, as imagens de seres humanos sendo torturados, humilhados, coisificados, esquecidos e mortos, que fez aflorar o direito da solidariedade entre os povos, bem como o reforço pela necessidade de se defender a dignidade da pessoa humana, que faz surgir, na Europa, a necessidade de se repensar os modelos atuais de internação.

Entretanto, em 1946, no Brasil, foi promulgado o Decreto Lei 8.550, que estimulava a construção de hospitais psiquiátricos pelos governos estaduais, demonstrando que, enquanto a Europa passava por um processo de transformação após a Segunda Grande Guerra Mundial, no Brasil, ao contrário, a década de 50 apontava um fortalecimento do processo de internação.

Assim, os acontecimentos marcantes da Segunda Guerra Mundial não se refletiram de maneira imediata no campo da psiquiatria nacional, muito por conta da ausência de investimento do setor público, furto do esquecimento dado aos loucos, bem como pelo investimento do setor privado, como reforçou Paulo Amarante (1994, p. 79), *in verbis*:

Na década de 60, com a unificação dos institutos de aposentadoria e pensões, é criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). O Estado passa a comprar serviços psiquiátricos do setor privado e, ao ser privatizada grande parte da economia, o Estado concilia no setor saúde pressões sociais com o interesse de lucro por parte dos empresários. A doença mental torna-se, definitivamente, um objeto de lucro, uma mercadoria. Ocorre, assim, um enorme aumento do número de vagas e de internações em hospitais psiquiátricos privados, principalmente nos grandes centros urbanos.

Da análise das palavras de Paulo Amarante é que se consegue entender como o Hospital Colônia de Barbacena/MG ficou por mais de cinco décadas em funcionamento, uma vez que a doença mental, vista mais como um problema a ser higienizado na sociedade, era, até então, um objeto de mercancia.

Os princípios pós-guerras, tal como a solidariedade, a dignidade da pessoa humana, da proteção à saúde física e mental dos loucos só ganhou notoriedade, no

Brasil, no final da década de 1970, substanciados pela eclosão de movimentos grevistas por parte dos profissionais de saúde e pelo surgimento de propostas de políticas alternativas para o sistema de saúde, na direção reversa do modelo privilegiado dos produtores privados de serviços.

Nesse contexto histórico, inclusive, foi em meados da década de 1970 que surgiu o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que mediante várias frentes de intervenção e luta, denuncia o histórico de violência ocorrida nos manicômios, da mercantilização da loucura, a criticar a cronificação do manicômio e buscar melhores condições de assistência à população pela humanização dos serviços (AMARANTE, 1995, p. 52).

Logo, há de se concluir que os ideais antimanicomiais e a ruptura com a psiquiatria clássica, só tomou corpo nas pautas políticas quando se tornou objetivo de movimentos sociais, através das reivindicações de profissionais envolvidos com a saúde mental.

Após o alarde desses movimentos sociais, podem-se citar algumas legislações que foram criadas, pontualmente, seguindo as inovações que vinham surgindo no ramo da psiquiatria e da psicologia, a citar o Decreto Federal n.º 49.974-A, de 21 de janeiro de 1961, que regulamentou a assistência psiquiátrica hospitalar e extra-hospitalar.

Destaque-se, na área criminal, no que tange a medida de segurança, o procedimento da “alta progressiva”, implementada no Estado do Rio Grande do Sul, em 1966, pelo Instituto Psiquiátrico Forense, um instrumento inovador no que diz respeito ao cumprimento da medida de segurança no Brasil, que tinha como característica uma desinternação gradual do manicômio, conforme a estabilidade do interno.

Pode-se concluir que tal procedimento, ainda em vigor no sistema jurídico gaúcho, foi o precursor da atual desinternação progressiva da lei da reforma psiquiátrica de 2001 e constitui um instrumento válido diante da omissão da legislação penal brasileira no que diz respeito ao espaço-tempo entre a internação judicial do indivíduo e sua desinternação.

Mas a frente, na década de 1980, a semente plantada pela visita e as críticas tecidas por Franco Basaglia sobre o Hospital Colônia de Barbacena/MG, bem como seus ensinamentos que defendiam a desinstitucionalização, fez surgir o sentimento

antimanicomial e, com isso, a necessidade de uma reforma no Direito Penal brasileiro, a que se substanciou na reforma penal de 1984 (tratado no item 3.4).

Em 1988, temos que promulgar uma nova Constituição Federal, considerada um marco jurídico do constitucionalismo de redemocratização do Brasil, conhecida como constituição cidadã, por ser pioneira no campo da institucionalização da participação da sociedade no âmbito da política nacional, quando, por meio das emendas populares, permitiu que a sociedade participasse ativamente do processo de elaboração, apresentando propostas ao texto constitucional, como bem analisou o constituinte, Ulysses Guimarães (TRAMARIM, 2006, p. 1), *in litteris*:

É o clarim da soberania popular e direta, tocando no umbral da Constituição, para ordenar o avanço no campo das necessidades sociais. O povo passou a ter a iniciativa de leis. Mais do que isso, o povo é o super legislador, habilitado a rejeitar pelo referendo projetos aprovados pelo parlamento. A vida pública brasileira será também fiscalizada pelos Cidadãos. Do presidente da República ao Prefeito, do Senador ao Vereador. A moral é o cerne da pátria. (trecho extraído do discurso de Ulysses Guimarães).

Cabe enaltecer que a Constituição Federal de 1988, além de pontuar a dignidade da pessoa humana com um dos princípios fundamentais da república, traz em seu bojo o mais amplo rol de direitos e garantias fundamentais já positivados em uma constituição nacional, alçando-os a natureza jurídica de cláusula pétrea, ou seja, tornando-os limites materiais ao poder de reforma constitucional (art. 60, §4º, da CF).

A título de destaque constitucional, além do princípio da proteção a dignidade da pessoa humana, pode-se citar o seu art. 5º, III, que determina que ninguém será submetido a tortura nem a tratamento desumano ou degradante, uma clara influência da Convenção Contra a Tortura e Outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanas e Degradantes, adaptada na Assembleia Geral das Nações Unidas, realizada em Nova York em dezembro de 1984.

Tal convenção, aliás, restou promulgada em nossa legislação, através do Decreto n.º 40, fevereiro de 1991 (BRASIL, 1991), cabendo especial destaque para os artigos 10 e 11, que expressamente determina a proibição de tortura a quaisquer pessoas que estejam custodiadas, assegurando que essa informação seja incorporada no treinamento do pessoal civil ou militar, médicos e funcionários públicos que participem da custódia daquelas pessoas, nestas palavras:

ARTIGO 10

1. Cada Estado Parte assegurará que o ensino e a informação sobre a proibição de tortura sejam plenamente incorporados no treinamento do pessoal civil ou militar encarregado da aplicação da lei, do pessoal médico, dos funcionários públicos e de quaisquer outras pessoas que possam participar da custódia, interrogatório ou tratamento de qualquer pessoa submetida a qualquer forma de prisão, detenção ou reclusão.

2. Cada Estado Parte incluirá a referida proibição nas normas ou instruções relativas aos deveres e funções de tais pessoas.

ARTIGO 11

Cada Estado Parte manterá sistematicamente sob exame as normas, instruções, métodos e práticas de interrogatório, bem como as disposições sobre a custódia e o tratamento das pessoas submetidas, em qualquer território sob sua jurisdição, a qualquer forma de prisão, detenção ou reclusão, com vistas a evitar qualquer caso de tortura.

Dessa forma, observa-se que o Brasil passa a ter claras diretrizes constitucionais (substanciada no princípio da proteção a dignidade humana e direitos fundamentais) e normativas, que replicam tratados internacionais, que proíbem a prática de tortura a todos os internos.

Nesse sentido, a irradiação desse princípio sobre a legislação penal e civil, torna o respeito ao ser humano enfermo mental, uma necessidade a ser observada nas legislações pertinentes, fazendo com que toda a legislação infraconstitucional seja interpretada a luz constitucional e estruturando o cenário para a promulgação da Lei n.º 10.216 de 2001 (BRASIL, 2001), consolidando, no Brasil, o movimento antimanicomial.

Destaque-se que, no âmbito internacional, mais precisamente no ano de 2007, foi assinada em Nova York (EUA), a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD), sendo o Brasil, um dos países signatários, e sua promulgação nacional ocorreu através do Decreto n.º 6.949, de 2009 (BRASIL, 2009), que foi aprovado, com *status* de emenda constitucional.

Tal convenção tem como seu escopo promover, proteger e assegurar o exercício pleno e equitativo dos direitos humanos e liberdades fundamentais por todas as pessoas com deficiência e promover o respeito pela sua dignidade inerente.

Sobre o modelo instituído pela CDPD, destaque-se a lapidar formulação de Diniz, Barbosa e Santos (2009, p. 70), *in litteris*:

Com o modelo social, a deficiência passou a ser compreendida como uma experiência de desigualdade compartilhada por pessoas com diferentes tipos de impedimentos: não são cegos, surdos ou lesados medulares em suas particularidades corporais, mas pessoas com impedimentos, discriminadas e oprimidas pela cultura da normalidade

Uma das principais inovações do CDPD foi fazer uma abordagem social sobre a deficiência, buscando conscientizar e promover uma percepção positiva e uma maior consciência social em relação às pessoas com deficiência.

Pode-se verificar tal entendimento no art. 8º, do Decreto n.º 6.949, de 2009 (BRASIL, 2009, p. 1), que assim pronunciou, nestas palavras:

Artigo 8

Conscientização

1. Os Estados Partes se comprometem a adotar medidas imediatas, efetivas e apropriadas para:

- a) Conscientizar toda a sociedade, inclusive as famílias, sobre as condições das pessoas com deficiência e fomentar o respeito pelos direitos e pela dignidade das pessoas com deficiência;
- b) Combater estereótipos, preconceitos e práticas nocivas em relação a pessoas com deficiência, inclusive aqueles relacionados a sexo e idade, em todas as áreas da vida;
- c) Promover a conscientização sobre as capacidades e contribuições das pessoas com deficiência.

Percebe-se que com a promulgação da CDPD, as alternativas para romper com a segregação e a opressão estrutural relacionada aos deficientes não deveria ser buscada apenas com o tratamento biomédico, mas, principalmente, com ações políticas, com campanhas de conscientização públicas, capazes de fomentar e promover programas de formação que concretizassem os direitos das pessoas com deficiência.

Em 2015, o guia para reestruturação dos sistemas penais para o tratamento dos presos, editadas pela ONU em 1955, foi revisada incorporando novas doutrinas de direitos humanos, com o fim de reestruturar o falido modelo de sistema penal, buscando entender a percepção do papel do encarceramento para a sociedade. Tal reestruturação ficou conhecida como as ‘Regras de Mandela’.

Em verdade, as regras mínimas sofreram uma atualização, tendo com norte instrumentos internacionais como o Pacto Internacional de Direitos Civis e Políticos; o Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais; a Convenção

contra a Tortura e Outros Tratamentos ou Penas Cruéis Desumanos, ou Degradantes; as Regras Mínimas das Nações Unidas para a Administração da Justiça, da Infância e da Juventude (Regras de Pequim). Diretrizes das Nações Unidas para a Prevenção da Delinquência Juvenil (Diretrizes de Riad); e Regras das Nações Unidas para a Proteção de Jovens Privados de Liberdade; e as Regras das Nações Unidas para o Tratamento de Mulheres Presas e Medidas Não Privativas de Liberdade para as Mulheres Infratoras (Regras de Bangkok).

E sobre o este regramento mínimo, vale a pena destacar as ponderações do Ministro Roberto Lewandowski, quando apresentou o texto pelo Conselho Nacional de Justiça, *in litteris* (BRASIL, 2016, p. 12):

A atualização das Regras Mínimas fornece-nos orientações atualizadas e muito mais precisas, com instruções exatas para enfrentar a negligência estatal, prestigiando a dignidade daqueles em situação de privação de liberdade para devolver-lhes a essência de seres humanos que são e, bem por isso, obrigam sejam respeitados, proteção contra qualquer espécie de tratamento ou castigo degradante ou desumano, acomodações razoáveis para pessoas com deficiências físicas e mentais, entre outras orientações.

O citado ministro asseverou, ainda e com críticas veladas, a omissão do Governo Brasileiro no que diz respeito à aplicação prática das Regras Mínimas de Mandela nas políticas públicas do nosso país, *in verbis*:

Apesar de o Governo Brasileiro ter participado ativamente das negociações para a elaboração das Regras Mínimas e sua aprovação na Assembleia Geral das Nações Unidas, em 2015, até o momento não está essa normativa repercutida em políticas públicas no país, sinalizando o quanto carece de fomento em nosso país a valorização das normas de direito internacional dos direitos humanos.

As Regras de Mandela podem e devem ser utilizadas como instrumentos a serviço da jurisdição e com aptidão para transformarem o paradigma de encarceramento praticado pela justiça brasileira.

E a observação do ministro, no que diz respeito a carência de fomento em nosso país no que tange a valorização das normas de direito internacional dos direitos humanos é visto com mais substancialidade nos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátricos do Brasil.

Desse modo, põe-se em evidência a responsabilização do Estado em garantir políticas públicas destinadas aos deficientes na busca de uma adaptação social

efetiva, uma vez que não basta uma nova convenção, um novo paradigma, se o Poder Público não buscar a concretização dessas ideologias.

3.1 A ATUAL REALIDADE DOS HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS DE INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA

Segundo os dados do CNJ (BRASIL, 2018), há no Brasil 22 Hospitais de Custódias e 3.134 pessoas com transtorno mentais em conflito com a lei, sob regime de medidas de segurança.

A natureza jurídica das medidas de segurança, que, em tese, deveria buscar a reinserção do portador de transtorno mental à sociedade destoa da realidade de sua aplicabilidade e o Hospitais de Custódias e Tratamento Psiquiátrico acabam manifestando em suas paredes a natureza estrutural de um complexo penitenciário, ou como bem define Margarida Mamede (2006, p. 28-29), são verdadeiras ambiguidades existenciais (prisão versus hospital), *in verbis*:

A literatura especializada em MJs, ainda escassa no Brasil, é unânime em mostrar os maiores problemas desse tipo de hospital: a ambiguidade de sua existência (prisão *versus* hospital), a ineficácia e a impossibilidade até então, de um consenso e de um diálogo profundo entre o direito, a medicina, a psicologia e outros saberes que se debruçam sobre as pessoas para lá encaminhadas. Questiona-se: onde devem estar os doentes que cometeram crimes? Se são doentes, por que permanecem em um hospital que prioriza a ideologia carcerária e tem um funcionamento muito mais próximo de uma penitenciária do que de um hospital?

Essa ambiguidade existe desde a origem dos HCTPs, conforme explana Sergio Carrara (1998, p. 28-29), tendo em vista que as sanções impostas pelo Juiz à transgressão realizada pelo inimputável sempre flertou com uma natureza punitiva, isso porque a aplicação da medida de segurança envolve uma questão de atenção psicossocial (o tratamento do portador de transtorno mental) e uma questão atinente ao direito penal (punição e manutenção da paz social).

Porém, após a reforma psiquiátrica, embora haja dissonância doutrinária, não há como se entender a medida de segurança tenha a mesma natureza retributiva/punitiva da sanção penal, tendo em vista que a internação e o tratamento psiquiátrico, destinado ao portador de transtorno mental (inimputável), objetiva a recuperação deste e não o castigo.

É bem verdade que a lei penal prevê a possibilidade de desinternação nos casos em que ocorre a verificação da cura, conforme perícia médica realizada ao final do prazo fixado para a medida de segurança, entretanto, como toda perícia realizada no âmbito judicial, o juiz não tem a obrigação de acolher o parecer emitido pelo perito médico psiquiatra, o que pode ocasionar conflitos administrativos que findam por prejudicar o portador de transtorno mental em conflito com a lei penal, principalmente nos casos em que pairar alguma dúvida sobre a cessação da periculosidade do condenado.

Relembre-se que a Constituição Federal do Brasil (BRASIL, 1988) traz em seu bojo a dignidade da pessoa humana como base de sustentáculo de princípios que dignificam o ser humano, assim como a responsabilidade estatal pelo bem-estar de sua população, além de leis infraconstitucionais que estruturaram legalmente o respeito ao portador de transtorno mental em conflito com a lei (Decreto n.º 40, fevereiro de 1991 (BRASIL, 1991), Lei n.º 10.216 de 2001 (BRASIL, 2001), Decreto n.º 6.949, de 2009 (BRASIL, 2009)), e que evidenciam, ainda mais, a responsabilização do Estado em garantir políticas públicas em busca de uma adaptação social efetiva.

Nesse tempo, um adendo a ser levantado, um ponto que nunca deve ser esquecido, em 1999, mesmo sendo signatário da Convenção Contra a Tortura e Outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanas e Degradantes o Brasil foi denunciado em detrimento da morte do senhor Ximenes Lopes, internado em 1º de outubro de 1999 para receber tratamento psiquiátrico na Casa de Repouso Guararapes, um centro de atendimento psiquiátrico privado, que operava no âmbito do sistema público de saúde do Brasil (Sistema Único de Saúde/SUS), no Município de Sobral, Estado do Ceará.

O senhor Damião Ximenes Lopes faleceu em 4 de outubro de 1999 na Casa de Repouso Guararapes, após três dias de internação, vítima de maus tratos e omissão no tratamento e o Brasil foi condenado, pela Corte Interamericana de Direitos Humanos a pagar uma indenização de R\$ 278.000,00 (duzentos e setenta e oito mil reais) por danos morais e materiais à família de Damião Ximenes, sendo R\$ 117.000,00 (cento e dezessete mil) à mãe, Albertina Lopes; R\$ 105.000,00 (cento e cinco mil reais) à irmã, Irene Ximenes; e R\$ 28.000,00 (vinte e oito mil reais) ao pai e ao irmão da vítima.

Mas a condenação internacional parece que não surtiu efeito, como se observa no minucioso parecer elaborado em 2011, pelo Ministério Público Federal (MPF) em parceria com a Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão (PFDC) sobre Medidas de Segurança e os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, que demonstra a estagnação estatal sob a perspectiva da lei n.º 10.216/2001 (BRASIL, 2001) (reforma psiquiátrica), que já estava em vigor há 10 (dez) anos, e da própria CDPD/2007, que foi alçado a natureza de emenda constitucional quando da sua promulgação pelo Decreto n.º 6.949/2009.

Os relatos encontrados no documento demonstram flagrante desrespeito aos direitos fundamentais das pessoas com transtorno mentais em conflito com a lei, conforme se percebe do texto a seguir transcrito (BRASIL, 2011, p. 75), *in verbis*:

Sendo o único Hospital do Estado da Bahia destinado a dar cumprimento às medidas de segurança, isto é, por se tratar do único Manicômio Judiciário do Estado, o Hospital tem como grande problema o elevado número de paciente [sic] enviados pelas Comarcas do Interior do Estado, representando ao todo cerca de 90%. Este fato é apontado pela assistente social como o que mais dificulta a ressocialização, o contato dos internos com a família, fazendo com que estes pacientes [sic] fiquem sem visitas e, conseqüentemente, sem apoio social. Muitas vezes, quando têm alta, o Serviço Social da Unidade tem problema para desinstitucionalizar o paciente, pois, pelo fato de grande parte das vezes as vítimas serem pessoas próximas do vínculo social (pai, mãe, filho e esposa), os parentes não querem levá-los para casa, preferindo mantê-los no Estabelecimento.

As internações são muitas, o que pode sugerir que a reabilitação psicossocial não é feita adequadamente, ou que o laudo psiquiátrico é feito de maneira precária. A quantidade de peritos na casa é um dos maiores problemas da Casa, sendo um total de três para elaboração de laudos, levando os pacientes a aguardarem até 7 meses pela avaliação psiquiátrica.

O relatório acima destacou a inspeção realizada no ano de 2007, no HCTP do Estado da Bahia e, logo em seguida, para comprovar que as violações a dignidade desses internos não era uma exceção à regra, destacou-se o relatório encaminhado pelo Conselho Penitenciário do Estado de Sergipe, referente ao biênio 2005/2007, quando fez alusão aos seguintes pontos, *in litteris*:

[...]

- a) O Manicômio Judiciário encontra-se concebido como uma “prisão para loucos” e não como hospital de custódia e tratamento de doentes mentais pessoas que precisam muito mais de tratamento psiquiátrico e psicológico do que de repressão e castigo, consoante ensinamentos da moderna doutrina penal, de execução [sic] penal e psiquiátrica;
- b) Existência de uma superpopulação de reclusos no cumprimento de medida de segurança detentiva, posto que o Manicômio Judiciário tem

- capacidade para 20 (vinte) inimputáveis e abriga 77 (setenta e sete) doentes mentais internados por determinação judicial;
- c) Ausência de profissionais de saúde no próprio manicômio, o que se apresenta como inconcebível. Não existe enquanto servidores fixos e ocupantes de uma carreira específica profissionais de saúde (médicos psiquiatras, psicólogos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem) no Manicômio Judiciário;
 - d) Além disso, foram-nos apresentadas denúncias de falta de alguns remédios de uso periódico e obrigatório o que agrava a situação dos reclusos;
 - e) Abandono material e ausência de desenvolvimento de práticas psicoterápicas com os reclusos, sendo os mesmos largados no ócio e na promiscuidade do convívio [sic] coletivo;
 - f) Absoluta ausência de atividades de lazer e de ocupação cotidiana, ficando os reclusos na maior parte do tempo dentro de celas com grades;
 - g) Colocação de quatro, cinco e até seis detentos na mesma cela, sem o mínimo de assepsia, dormindo em camas de cimento, sem colchão e cobertores, em total e completo abandono material;
 - h) Odor fétido exalado pelas fossas e sanitários existentes nas celas e nos banheiros coletivos;
 - i) Desrespeito à individualidade do doente mental, obrigado a fazer seu asseio pessoal de forma coletiva e na presença dos guardas prisionais;
 - j) Ausência de um adequado acompanhamento social, posto que não existe uma política de aproximação das famílias com os inimputáveis que se encontram reclusos no manicômio.

Observa-se que o tratamento dispensado ao interno dos HCTP é semelhante ao tratamento dado aos reclusos do sistema penitenciário, quiçá, até pior, pois, na maioria das vezes, o portador de transtorno mental é incapaz de reagir, de questionar e se somar isto ao abandono familiar, cria-se um ambiente propício para o esquecimento e para o abuso administrativo.

Vai-se além, o que se observa é que o tempo parece não afetar o Estado para sua responsabilidade, como se os direitos individuais garantidos ao ser humano pela Constituição Federal de 1988, e reforçados pela Lei n.º 10.216/2001, e pela CDPD/2007 (promulgado pelo Decreto nº 6.949/2009 (BRASIL, 2009)) não fossem observados para o tratamento dispensado aos portadores de transtorno mental em conflito com lei.

Destaque-se, inclusive, novo estudo censitário, realizado entre janeiro e dezembro de 2011, pelo Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN), sobre a população submetida à medida de segurança no país.

O estudo, que teve como orientadora da pesquisa a antropóloga Débora Diniz, visitou 26 Estabelecimentos de Custódia e Tratamento Psiquiátricos no Brasil (ECTPs), distribuídos em 19 Estados e o Distrito Federal, onde foi feita a análise de 3.989 dossiês de pessoas internadas, dos quais 2.839 indivíduos estavam em

medida de segurança, 117 estavam em medida de segurança por conversão de pena e 1.033 estavam em situação de internação temporária (DINIZ, 2013, p. 35).

Entre os dados apontados, merece atenção ao número de internos que realizava o exame de cessação de periculosidade, que apontou apenas 51% dos internos em dia com o exame, além de pontuar que pelo menos 25% (741) dos indivíduos em medida de segurança não deveriam estar internados por cumprirem medida de segurança com a periculosidade cessada, por terem sentença de desinternação, medida de segurança extinta ou internação sem processo judicial, ou ainda por terem recebido o benefício judicial da alta ou desinternação progressiva.

Outro dado revelador foi o de que 21% (606) das pessoas internadas cumpriram medida de segurança há mais tempo que a pena máxima em abstrato para a infração penal cometida; e 56% (1.648) dos internos em medida de segurança estavam internadas há mais tempo que a pena mínima em abstrato para a infração penal cometida (DINIZ, 2013, p. 54-55).

Como já explanado, a omissão legislativa sobre o prazo máximo de internação das medidas de segurança fez surgir um debate jurisprudencial sobre o tempo máximo de permanência de um indivíduo sob custódia em tratamento psiquiátrico, o STJ defendendo que o prazo máximo de internação seria o prazo da pena máxima em abstrato do tipo penal subsumido, ao passo que o STF vem entendendo que o prazo máximo de internação seria de 30 (trinta) anos.

O estudo feito por Débora Diniz (2013, p. 54) traz números estarrecedores sobre um levantamento dos indivíduos há mais tempo internados sob medida de segurança, destacando, por exemplo, um interno que cometeu o crime de tentativa de furto, que foi sentenciado à medida de internação em 10/10/1979, e permanecia internado desde então, estava custodiado há 32 anos. A título de informação, a pena máxima em abstrato para o crime de tentativa de furto é de 2 anos e 8 meses.

A antropóloga concluiu que os dados mostram uma estrutura inercial de um modelo penal-psiquiátrico asilar ao expor que ao menos 741 indivíduos não deveriam estar em restrição de liberdade, seja porque o laudo determina a cessação de periculosidade, seja porque a sentença judicial determina a desinternação.

Os números assustam, pois significa dizer que 25% (vinte e cinco por cento) dos internados não deveriam estar nos estabelecimentos de custódia.

Em 2015, o Conselho Federal de Psicologia (CFP), em conjunto com a Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) e a Associação Nacional do Ministério Público em

Defesa da Saúde (AMPASA), publicou um relatório sobre os resultados obtidos em inspeções realizadas nos HCTPs, de 18 Conselhos Regionais, precisamente em 17 Estados e no Distrito Federal (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2015, p. 18-19).

As inspeções realizadas apresentaram números tão assustadores quanto os estudos realizados em 2011, a saber:

- (a) 7 unidades pesquisadas, há superlotação que varia de 110% da capacidade de vagas instaladas a 410%;
- (b) As unidades possuem 1.131 trabalhadores, dos quais 611 são agentes de segurança;
- (c) Número diminuto de profissionais psicólogos, totalizando 45 nas 18 unidades, sendo a menor relação psicólogo/paciente é de 1 psicólogo para cada 21 pacientes e, na maior relação, inacreditáveis 104 pacientes por profissionais de psicologia;
- (d) Demora nas perícias para determinação de sanidade mental, com casos em que o prazo médio é de 2 anos;
- (e) Apenas 2 unidades permitem o contato entre gêneros;
- (f) Estrutura física precária: chuveiros insuficientes e apenas com água fria; os pacientes não têm acesso sequer à válvula de descarga dos banheiros (um funcionário daria descarga 3 vezes ao dia); em regra, existência de fossa turca (buraco no chão); péssimas condições de limpeza; não há equipe específica para limpeza; cheiro repugnante em todas as unidades visitadas; vestimentas dos pacientes sujas.
- (g) Em 100% das unidades não era permitido visita íntima.
- (h) 41 % dos pacientes possuem laudo de periculosidade positivo para sua cessação.

Dos números acima destacados, além da estrutura física precária, chama a atenção o número diminuto de psicólogos e psiquiatras, desproporcional ao número de internos (item c), pois, evidentemente, essa pouca atividade finda por prejudicar a avaliação e os laudos de periculosidade necessários para a reinserção dos portadores de transtorno mentais.

Outro ponto a ser analisado é que mais da metade dos funcionários dessas unidades são agentes prisionais, cuja função é conter os internos e manter a ordem

no local, demonstrando que a natureza de contenção asilar está enraizada nas estruturas de tais instituições, em detrimento do tratamento da saúde dos internos.

Assim, evidencia-se que o tratamento dispensado ao paciente custodiados não vem possibilitando a recuperação dos internos, pois a exclusão física dispensada a estes, no intuito de tratamento, transmuta-se em indignidade para tais pessoas, ao ponto de serem impedidos, mesmo com a periculosidade cessada, de buscar uma reintrodução social.

Além das já citadas inspeções, não obstante todos os institutos legais já presentes no ordenamento jurídico brasileiro, no ano de 2018, o Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT) em conjunto com o Conselho Nacional do Ministério Público (CNMP), o Ministério Público do Trabalho (MPT) e com Conselho Federal de Psicologia (CFP), publicou o Relatório de Inspeção Nacional realizado nos Hospitais Psiquiátricos do Brasil (CFP. 2020, p. 173-174; 217-219) e o descaso encontrado anteriormente (2007 e 2011), continua a apresentar uma estrutura factual inerte, *in verbis*:

Havia internações determinadas judicialmente para casos de uso abusivo de álcool e outras drogas, em especial pelo uso de crack. (Clínica de Repouso Três Rios, Três Rios – RJ)

As equipes informaram acreditar haver um uso abusivo da internação por ordem judicial, com características higienistas, direcionados a grupos e pessoas que incomodam aqueles que têm mais poder no local. Destacaram, ainda, que casos de tentativa de suicídio e mulheres em situação de rua grávidas são frequentemente internadas por ordem judicial. (Clínica de Repouso Santa Lúcia, Nova Friburgo – RJ)

[...] a grande dificuldade é em relação à medida compulsória que muitas vezes o judiciário não acata a alta da equipe. (Hospital Psiquiátrico André Luiz, Garça – SP)

A grande maioria dos entrevistados estava com internação involuntária por ordem judicial, o que pareceu ser a resposta padrão ao uso abusivo de drogas. (Casa de Saúde Santa Mônica - Petrópolis – RJ)

Profissionais entrevistados informaram que há pessoas que cometeram crimes e foram internadas no hospital, por não haver vaga em hospital de custódia, não sendo autorizadas a sair. Contaram que um usuário internado há onze anos “é preservado”, mas o juiz não o autoriza a sair. Que outro rapaz está internado há dois anos também por determinação judicial, que a equipe já solicitou sua desospitalização, mas o juiz determinou que permaneça por mais dois anos em hospital de custódia; como não há vaga, ele está aguardando no Bairral. (Instituto Américo Bairral de Psiquiatria - Itapira – SP)

Em conversa com homens internados na enfermaria especial SUS, foi referido que a ala especial é classificada como a “ala dos castigos”. Trata-se de um espaço isolado, no térreo do prédio onde estão internadas pessoas

via SUS, com capacidade para oito pessoas, para tratamento por tempo limitado à adequação do usuário. Todo o espaço denominado pátio é coberto por telas – semelhante ao pátio de penitenciária para banhos de sol. É separado das demais dependências do hospital por uma porta que leva ao consultório, que só é acessado quando o médico chama os usuários. É considerado castigo para os que apresentam comportamentos considerados inadequados. É um espaço de confinamento/isolamento coletivo em que as pessoas lá permanecem até que sejam consideradas aptas a “subir” para as alas. São encaminhados para esse espaço pessoas que tentam fuga, que brigam entre si ou com funcionários, ou que descumprem as regras da instituição. Segundo os usuários, os funcionários do hospital ameaçam encaminhar para este local os pacientes que apresentam alguma resistência, questionamentos ou brigas. Todos os pacientes entrevistados relataram ser um local de castigo. Não podem sair, ficando confinados naquele espaço sem possibilidade de transitar para os demais espaços de convivência do hospital. As visitas de parentes são reduzidas a quinze minutos dentro desse espaço. (Instituto Américo Bairral de Psiquiatria, Itapira – SP)

Na ala onde ficam os pacientes presos de justiça foi relatado que existem casos de pacientes que já haviam cumprido a pena e que não precisam mais estar nesse local. (Hospital Nina Rodrigues, São Luís – MA)

Houve relatos de sanções disciplinares, tendo as pacientes relatado que são ameaçadas de serem algemadas, que são humilhadas e que se fazem algo errado, não permitido, ficam quinze dias de castigo, fora das atividades. (Hospital Nina Rodrigues, São Luís – MA)

“Olha, eu queria ir embora, por que eu sinto muito a falta lá de casa. É um juiz, né, o juiz não assinou ainda a carta do médico” (paciente de alta desde 19/11/18. Inspeção realizada em 04/12/18). (Hospital e Centro de Especialidades Gedor Silveira, São Sebastião do Paraíso – MG)

Rotineiramente, como forma de sanção, os usuários são encaminhados para seus quartos, sendo que muitos destes possuem portinhola vazada que impede a passagem, sob a justificativa de serem observados no caso de qualquer intercorrência. São também encaminhados à unidade de intercorrência (Narciso Gomes) com frequência, onde podem permanecer por vários dias, devendo este encaminhamento ser justificado por intercorrência psiquiátrica. No entanto, percebe-se que a transferência de unidade é frequentemente usada como medida disciplinar. A fim de ilustração, verificam-se os seguintes registros em livro de intercorrência do SUS “(Nome da usuária) – proibido entregar a garrafa com água e flores, pact (paciente) pegando flores e colocando na garrafa, Dr... Orientou retirar a garrafa e orientar que se ela não aceitar, descerá para o Narciso”. Em outro registro consta “(Nome da usuária) desceu do Arceu para o Narciso, devido estar chorando, gritando, solicitando a mãe, e querendo ir embora, permanecerá até segunda-feira (registro feito em uma quinta-feira), onde será reavaliada, medicada conforme ordem via fone do Dr. ... com um comprimido de Neozine 50 mg”. (Clínica Antônio Luiz Sayão, Araras – SP)

Pacientes dessa enfermaria narrou haver um quarto de castigo na parte masculina, designado por quarto n. 24, onde os internos seriam “enforcados”, mantidos amarrados e onde sofreriam agressões de enfermeiros nos casos em que tivessem crise ou nos casos em que “dessem muito trabalho”. No que se refere a “dar trabalho”, os pacientes exemplificaram casos em que há brigas entre pacientes, e desobediência aos funcionários, momentos em que pacientes estão gritando ou outros motivos que aborreçam os enfermeiros ou técnicos de enfermagem. (Pax Clínica Psiquiátrica, Aparecida de Goiânia – GO)

Houve um relato verbal de uma funcionária sobre castigo para um interno com comportamentos agressivos e que em alguns momentos feriu outros residentes e que quando têm essas atitudes fica sem acesso a suas camisas que é algo que ele tem grande estima (o uso de camisas sociais) e lhe é dado somente camisetas esportivas (algo que não lhe agrada) como consequência de sua atitude agressiva. (Hospital Psiquiátrico Espírita Bezerra de Menezes, Presidente Prudente – SP)

Também foi observado que no ato de qualquer ação que saia da rotina ou que a equipe entenda que foi um “mau comportamento”, há alguns “castigos”, que variam dependendo do grau, como não descer para o pátio, não participar de alguma atividade, ou até mesmo ser contido e medicado. (Hospital Psiquiátrico São Vicente de Paulo, Fortaleza – CE)

Além da punição diante da recusa em participar das atividades, os pacientes contaram que também são penalizados quando fazem qualquer tipo de questionamento, sendo contidos mecânica e quimicamente nessas ocasiões, por meio de injeções do medicamento Haldol, sob a justificativa de que estariam exaltados. Conduta semelhante foi informada com relação às queixas que fazem para seus familiares sobre o local, pois nessas ocasiões a equipe tentaria justificar a reclamação a partir do próprio quadro de saúde do paciente, informando ocorrer em função do grau de agitação e ansiedade que seriam esperados no período de desintoxicação. (Instituto Américo Bairral de Psiquiatria, Itapira – SP)

Os relatos são inúmeros e comprovam que o *modus operandi* desumano do tratamento dado aos portadores de transtorno mental nesses hospitais de custódia não é nada pontual, ou fora da curva, é um procedimento que vem se repetindo por décadas e em vários HCTP, basta que se observe que, somente nos relatos supracitados, destacam-se procedimentos realizados em 12 Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico.

Os problemas indicados pela inspeção são vivenciados na prática do dia a dia pelas Procuradorias de Justiça, na área processual penal e de execução da medida de segurança, levou a Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão do Ministério Público Federal a concluir que o atual sistema de execução da medida de segurança no Brasil configura uma das maiores violações aos direitos humanos das pessoas com transtorno mental em conflito com a lei.

Outrossim, a política do isolamento adotada pelas citadas instituições é medida que não pode ser utilizada como regra e adotada como castigo, devendo, sim, ser aplicado apenas como *ultima ratio*, nos momentos em que seja necessário para impedir que o interno coloque em risco sua integridade física ou a dos demais.

Isso é o que determina a ONU, desde o ano de 1991, quando em Assembleia Geral n.º 46/49 – 17/12/1991, adotou os Princípios para a Proteção de Pessoas

Acometidas de Transtorno Mental e para a Melhoria da Assistência à Saúde Mental, a exemplo do princípio 11.11, que assim determina, *in verbis*:

Princípio 11. CONSENTIMENTO PARA O TRATAMENTO

11. Não deverá se empregar a restrição física ou o isolamento involuntário de um usuário, exceto segundo os procedimentos oficialmente aprovados, adotados pelo estabelecimento de saúde mental, e apenas quando for o único meio disponível de prevenir dano imediato ou iminente ao usuário e a outros. Mesmo assim, não deverá se prolongar além do período estritamente necessário a esse propósito. Todos os casos de restrição física ou isolamento involuntário, suas razões, sua natureza e extensão, deverão ser registrados no prontuário médico do usuário. O usuário que estiver restringido ou isolado deverá ser mantido em condições humanas e estar sob cuidados e supervisão imediata e regular dos membros qualificados da equipe. Em qualquer caso de restrição física ou isolamento involuntário relevante, o representante pessoal do usuário deverá ser prontamente notificado.

O princípio citado acima veda, expressamente, ainda, a utilização da prática de contenção mecânica como forma de castigo, além de observar que somente poderá tal prática ser utilizada se o local for mantido em condições humanas e sob cuidados e supervisão de uma equipe de tratamento devidamente qualificada.

Apenas para se visualizar o sofrimento causado pela prática de conter mecanicamente um interno, segue relato feito pela Inspeção Nacional de Hospitais Psiquiátricos, que assim detalhou, *in litteris*:

Um jovem enfatizou aos fiscais que “vocês precisam tirar a gente daqui, é muito ruim, amarram nossos pulsos, pernas e a região da barriga para contenção” e que “sem motivo já é caso para amarrar”.

[...] Pacientes confirmaram as práticas de contenção química e física nos casos de desobediência às normas, agressividade ou crises, efetuadas de forma violenta. (Instituto Américo Bairral de Psiquiatria, Itapira – SP)

Os relatos das/os usuárias/os indicam que a realização de contenção mecânica acontece de forma arbitrária e cotidianamente, sem qualquer tipo de diálogo ou de característica terapêutica, apenas de modo punitivo. (Sanatório Nossa Senhora de Fátima, Juazeiro – BA)

Em suma, tal prática é extremamente invasiva, priva o paciente de se locomover, e, por vezes, de se movimentar, prostrando-o em camas, cadeiras, no chão frio, produzindo danos físicos e, por vezes, agravando o transtorno do qual é acometido. Uma verdadeira tortura que coloca em risco a integridade dos portadores de transtorno mental em conflito com a lei.

Pontue-se que nem mesmo aos imputáveis, reclusos em penitenciárias, em regime que, teoricamente, seria mais rigoroso, é permitido tais práticas segregativas, que pode ser classificada como verdadeira espécie de tortura, vedada constitucionalmente, nos termos do art. 5º, III, *in verbis*:

III – ninguém será submetido à tortura nem a tratamento desumano ou degradante.

Os relatos acima detalhados evidenciam que mesmo após a promulgação da Constituição Federal em 1988, que traz no seu primeiro artigo, a dignidade da pessoa humana como um dos fundamentos da República Federativa do Brasil, assim como a promulgação da lei n.º 10.216/01, os portadores de transtornos mentais ainda sofrem maus tratos e abandono, este último, não só por conta da omissão administrativa, como também da própria família e, também, da sociedade (BRASIL, 2001).

Logo, percebe-se que, sob o falso paradigma de tratamentos, os HCTP findam por produzir diversas violações aos direitos humanos das pessoas com transtorno mental em conflito com a lei, fazendo-se necessário uma revisão não só na aplicabilidade das medidas de segurança com o fim de harmonizar os dispositivos do Código Penal com os princípios constitucionais e as inovações trazidas pela lei n.º 10.216/2001, mas também na própria estruturação do modelo penal-psiquiátrico.

4 DA ORIGEM E DA APLICABILIDADE DA MEDIDA DE SEGURANÇA NA LEGISLAÇÃO BRASILEIRA

A medida de segurança, como preconiza Eduardo Ferrari (2001, p. 15), constitui uma providência do poder político que impede que determinada pessoa, ao cometer um ilícito-típico e se revelar perigosa, reitere na infração, consubstanciando-se em uma aplicabilidade de tratamento adequado para a reintegração social do portador de transtorno mental que cometa um ilícito penal.

Nesses termos, podemos definir a Medida de Segurança como modalidade de sanção penal de finalidade preventiva e caráter terapêutico, destinada a tratar inimputáveis portadores de periculosidade, para tratar a doença mental e torná-lo apto a conviver em sociedade sem voltar a delinquir.

Assim, quando um inimputável em razão de doença mental, comete fato típico e antijurídico (crime), a legislação penal brasileira aplica como sanção penal, a medida de segurança, que não tem função de pena (finalidade retributiva), mas de tratamento (finalidade terapêutica).

Desse modo, estar-se diante de uma medida que, praticamente enfrenta dois critérios de julgamento social, primeiro por estarmos diante de uma pessoa com transtorno mental e, segundo, porque se trata de um indivíduo que cometeu um ato ilícito.

Ora, se somente por ser louco, o internamento em hospitais psiquiátricos, conforme se verificou nos primeiros capítulos alhures numerados sobre a histórica da loucura, era a medida que mais se impunha a essas pessoas, decorrente da cultura de isolamento do anormal, da exclusão e do abandono das pessoas que não se adequavam aos costumes e padrões impostos pela sociedade, o que dizer de um louco que comete um ilícito criminal.

Em verdade, ressalte-se que a questão do transtorno mental, por muito tempo, foi ignorada pela área jurídica, uma vez que a questão psicológica era irrelevante quando da aferição e da punibilidade de um ato ilícito produzido por tais pessoas.

A medida de segurança, destinada a pessoas com transtornos mentais somente foi idealizada no final do século XIX e início do século XX, quando a Criminologia iniciou os primeiros estudos sobre a negação do livre-arbítrio ao

portador de transtornos mentais, em consonância com os estudos sobre a ineficácia da pena diante de pessoas que nunca tiveram possibilidade de escolha.

Sobre o tema, Eduardo Ferrari (2001, p. 22) teceu interessante consideração a esse respeito, *in verbis*:

Se por um lado a ausência de livre-arbítrio denotava falta de alternatividade por parte do indivíduo, por outro demonstrava incompatibilidade com o fim da retribuição; nascia a indagação de qual seria a justificativa para castigar o delinquente, se o mesmo nunca tivera possibilidade de escolha.

Nesses termos, pode-se concluir que a pena retributiva é caracterizada pelo princípio da culpabilidade e atingiam o fato concreto e com função de punir atos pretéritos no presente, ao passo que os atos perpetrados por portadores de necessidade necessitavam de uma sanção que atendesse a um princípio futuro, a necessidade de prevenção e de terapia.

Preleciona Eduardo Ferrari (2001, p. 30) que foi em 1893, através do anteprojeto do Código Penal Suíço, elaborado por Karls Stooss, que pela primeira vez se esboçou as bases para a positivação da medida de segurança.

Sobre o anteprojeto, Miguel Reale Júnior (2012, p. 486) teceu o seguinte comentário, *in litteris*:

Segundo o Anteprojeto, o pressuposto da medida de segurança reside na periculosidade, devendo ser imposta pelo juiz e cumprida por tempo indeterminado em estabelecimento apropriado para tratar o delinquente perigoso, buscando a sua recuperação. Dessa forma, deviam sofrer internamento, em substituição à pena, o delinquente, se o delito deriva de perversidade ou vadiagem, bem como os ébrios habituais e os vagabundos.

No Brasil, em que pese a legislação penal já tratar dos alienados criminosos desde o Código Criminal do Império do Brasil (1830), a medida de segurança só foi sistematizada com o Código Penal de 1940, tendo como base as medidas do Código Italiano de 1930 (Código Rocco).

Interessante, nesses termos, um substrato histórico da Media de Segurança no Brasil, como se verá nos itens a seguir.

4.1 O TRATAMENTO DADO AO ALIENADO CRIMINOSO NO CÓDIGO CRIMINAL DO IMPÉRIO DO BRASIL (1930)

O Código Criminal do Império do Brasil de 1830 (CCIB) não trazia uma diferenciação entre pena (caráter retributivo) e medida de segurança (caráter

terapêutico), e apresentava, tão somente, o método de exclusão dos loucos da sociedade, semelhante ao que ocorria no Hospital de Paris.

O tema era tratado entre os artigos 10 e 12, do citado *Codex*. O art. 10², do Código de 1830, detalhava que os loucos de todo gênero, salvo se estivessem em “intervalos lúcidos”, não seriam julgados criminosos, porém, em que pese não pudessem ser punidos pelos crimes que eventualmente praticassem, seus bens seriam utilizados para indenizar o “mal causado”, nos termos do art. 11³.

Logo a punição do indivíduo louco atingia o seu patrimônio, o que releva, de certo modo, um comportamento contraditório do Estado no julgamento do alienado, tendo em vista que, não era considerado criminoso por conta da sua loucura, porém, essa mesma loucura não impedia o Estado de confiscar os seus bens.

O art.12⁴, do Código de 1830, por sua vez, remete ao isolamento dos loucos criminosos, que deveriam ser recolhidos “às casas para eles destinadas, ou entregues às suas famílias”, modelo de alocação semelhante ao método utilizado na Europa e como tal, não se observa, durante a sua execução, qualquer preocupação do Estado no tratamento do indivíduo, mas, tão somente, a necessidade de afastá-lo do convívio social.

4.2 OS TRANSTORNOS MENTAIS NO CÓDIGO PENAL DOS ESTADOS UNIDOS DO BRASIL (1890)

O período que segue entre os anos de 1890 e 1940 sinalizam inovações na seara penal com enfoque na influência das inovações ocorridas na Europa, durante o século XIX, quando, através dos estudos de Philippe Pinel, a Medicina agregou a Psiquiatria, conjugando a humanização do tratamento com o estudo racional e metódico da doença mental.

O art.27⁵, do CP de 1890 (BRASIL, 1890) foi o artigo responsável por sinalizar quem não seria criminoso nos termos da legislação penal, e como o seu antecessor

² Art. 10. Também não se julgarão criminosos: 1º Os menores de quatorze annos. 2º Os loucos de todo o genero, salvo se tiverem lucidos intervallos, e nelles commetterem o crime. 3º Os que commetterem crimes violentados por força, ou por medo irresistiveis. 4º Os que commetterem crimes casualmente no exercicio, ou pratica de qualquer acto licito, feito com a tenção ordinaria.

³ Art. 11. Posto que os mencionados no artigo antecedente não possam ser punidos, os seus bens comtudo serão sujeitos á satisfação do mal causado.

⁴ Art. 12. Os loucos que tiverem commettido crimes, serão recolhidos ás casas para elles destinadas, ou entregues ás suas familias, como ao Juiz parecer mais conveniente.

⁵ Art. 27. Não são criminosos: § 1º Os menores de 9 annos completos; § 2º Os maiores de 9 e menores de 14, que obrarem sem discernimento; § 3º Os que por imbecilidade nativa, ou

(CCIB - 1830), os doentes mentais continuaram neste rol, mais especificamente no § 3º, entretanto, com uma nova nomenclatura – “imbecilidade nativa”, “enfraquecimento senil”, uma clara influência da classificação de sintomas verificadas pela Psiquiatria.

Destaque-se, ainda deste artigo, o § 7º, que alçou os surdos-mudos de nascimento, “*que não tiverem recebido educação nem instrução, salvo provando-se que obraram com discernimento*”, à figura que não poderia ser considerada criminosa. Percebe-se a preocupação do legislador em predispor que somente o surdo-mudo que não tivesse educação, ou seja, que não tivesse condições cognitivas que permitissem a possibilidade de compreender as regras da sociedade em que vivia, é que seria considerado inimputável.

Mais à frente, o art. 29⁶, do CP de 1890 (BRASIL, 1890), semelhantemente ao Código Criminal do Império (BRASIL, 1830), trata sobre o recolhimento destes indivíduos inimputáveis, detalhando que seriam entregues a suas famílias, ou recolhidos a “hospitais de alienados”, se o estado mental do enfermo assim exigisse para a segurança pública.

Ressalte-se a grande evolução no que diz respeito ao local de tratamento que os Códigos de 1830 e 1890 apresentaram. Enquanto o CCI (1830) apontava “casas para eles destinadas”, denotando um local de exclusão, sem preocupação com a saúde mental de tais alienados, o CP de 1890, expressamente apontava que as pessoas portadoras de transtornos mentais severos deveriam ser destinadas a “hospitais de alienados”, em clara alusão do avanço da medicina e da área psiquiátrica no tratamento de tais pessoas (BRASIL, 1890).

Vale a ressalva de que o CP de 1890 somente autorizava o recolhimento do portador de transtorno mental a hospitais de alienados se o estado mental do alienado assim exigisse, ou seja, se o caso fosse de transtorno mental grave, e que colocasse em risco a segurança pública (BRASIL, 1890).

enfraquecimento senil, forem absolutamente incapazes de imputação; § 4º Os que se acharem em estado de completa privação de sentidos e de inteligência no ato de cometer o crime; § 5º Os que forem impelidos a cometer o crime por violência física irresistível, ou ameaças acompanhadas de perigo atual; § 6º Os que cometerem o crime casualmente, no exercício ou prática de qualquer ato lícito, feito com atenção ordinária; § 7º Os surdos-mudos de nascimento, que não tiverem recebido educação nem instrução, salvo provando-se que obraram com discernimento.

⁶ Art. 29. Os indivíduos isentos de culpabilidade em resultado de afecção mental serão entregues a suas famílias, ou recolhidos a hospitais de alienados, se o seu estado mental assim exigir para segurança do público.

Entretanto, como o seu antecessor, o CP de 1890 não diferenciou pena de medida de segurança.

Tal diferenciação só foi sinalizada em 1927, quando o Desembargador Virgílio de Sá Pereira sistematizou sua aplicabilidade no projeto de um novo Código Penal Brasileiro, com forte influência dos diplomas penais da Suíça, Suécia e Itália, destinando, inclusive, um capítulo para as medidas de segurança, com estudos sobre a responsabilidade diminuída ou atenuada (PRADO, 2011, p. 643).

Em outra vertente, o projeto, também foi alvo de críticas, a saber a exigência, tão somente, da periculosidade social e não criminal para a aplicabilidade da medida de segurança (FERRARI, 2011, p. 34), ou seja, tal medida poderia ser aplicada às pessoas que representassem um perigo para a sociedade e não somente para os casos de alienados que cometessem algum ilícito penal, sistema conhecido como duplo binário.

Esse projeto foi submetido à comissão revisora em 1928 e até chegou a ser aprovado pela Câmara dos Deputados, mas não chegou a ser analisado junto ao Senado por conta das mudanças políticas surgidas com os desdobramentos históricos referentes ao “Estado Novo”.

Apesar das críticas e de o projeto do Desembargador Virgílio de Sá Pereira não ter tido sua votação continuada, pode-se concluir que, o fato de ter um capítulo, mesmo que singelo, que tratasse sobre a medida de segurança, por si só, assinala uma diferença significativa sobre o Código Penal de 1890, bem como um divisor de águas para as próximas legislações penais sobre o tema.

4.3 A POSITIVAÇÃO DA MEDIDA DE SEGURANÇA NO CÓDIGO PENAL DE 1940

Como alhures mencionado, no Brasil, em que pese a legislação penal já tratar dos alienados criminosos desde o Código Criminal do Império do Brasil (1830), a Medida de Segurança só foi positivada com o Código Penal de 1940, tendo sofrido forte influência do Código Penal Italiano de 1930 (Código Rocco).

Infere-se esta influência da leitura do item 33, da Exposição de Motivos do Código Penal de 1940 (BRASIL, 1940), onde além de alertar sobre a inovação capital da medida de segurança, expõe, expressamente, que o Código Penal seguiu o modelo italiano, adotando o que os doutrinadores definiram como sistema duplo

binário, possibilitando a aplicação sucessiva das duas sanções penais (pena e medida de segurança).

A medida de segurança, *a priori*, foi adotada para pessoas consideradas por lei inimputáveis, que, segundo o artigo 22⁷, do CP/1940, seriam pessoas com doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, a ponto de não serem capazes de entender suas ações e subsumirem as mesmas em atos tidos como criminosos.

Entretanto, o CP/1940 estendeu a sua aplicabilidade, conforme o capitulado em dois capítulos localizados Título VI (Da medida de segurança), o Capítulo I, que tratou das medidas de segurança em geral, entre os artigos 75 e 87 e no Capítulo II, que tratou das medidas de segurança em espécie, entre os artigos 88 e 101, tornando possível a aplicação das medidas de segurança aos imputáveis considerados perigosos.

Isso porque, conforme o explanado no art.76⁸, do citado código, restou elencado os requisitos necessários para a aplicação da medida de segurança, quais sejam, a “prática de fato previsto como crime” e a “periculosidade do agente”.

Assim, a periculosidade do agente passou a ser elemento caracterizador e fundamento para a configuração das medidas de segurança, que com sua premissa de realizar a defesa social, visou afastar não só portadores de transtorno mental, mas todas as pessoas consideradas perigosas para o convívio em sociedade.

Sobre a periculosidade na Lei Penal de 1940, deve-se fazer menção ao seu art. 77, que afirma que quando a periculosidade não fosse presumida por lei, deveria ser reconhecida se a personalidade, os antecedentes, os motivos e circunstâncias do crime autorizassem a suposição de que o agente venha ou torne a delinquir.

Logo, observa-se que além da periculosidade legal, o CP/1940, expressa a existência de uma periculosidade presumida, que deveria ser aplicada ao caso concreto pelo magistrado a pessoas consideradas perigosas, conforme amalha o seu art. 78, *in verbis*:

Art. 78. Presumem-se perigosos:

⁷ Art. 22. É isento de pena o agente que, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto, ou retardado, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter criminoso do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.

⁸ Art. 76. A aplicação da medida de segurança pressupõe: I - a prática de fato previsto como crime; II - a periculosidade do agente. Parágrafo único. A medida de segurança é também aplicável nos casos dos arts. 14 e 27, se ocorre a condição do n. II.

- I - aqueles que, nos termos do art. 22, são isentos de pena;
- II - os referidos no parágrafo único do artigo 22;
- III - os condenados por crime cometido em estado de embriaguez pelo álcool ou substância de efeitos análogos, se habitual a embriaguez;
- IV - os reincidentes em crime doloso;
- V - os condenados por crime que hajam cometido como filiados a associação, bando ou quadrilha de malfeitores.

Logo, da leitura do artigo acima, depreende-se que a periculosidade muitas vezes se fez surgir, não necessariamente porque o acusado era ou não perigoso, mas porque suas atitudes fizeram presumir sua periculosidade e a possibilidade de o acusado reincidir na prática delituosa.

A própria reincidência, por si só, já era um elemento caracterizador da medida de segurança, conforme se verifica no inciso IV, do art. 78, e, neste trilhar, se o indivíduo praticasse, novamente, um crime doloso, independente das circunstâncias, ele seria considerado perigoso e a ele seria aplicado a medida de segurança.

Dessa maneira, o modelo apresenta um viés repressivo e preventivo, onde quantidade delitiva era sinônimo de periculosidade, um modelo para apartar os “criminosos habituais”.

Tanto é verdade que a medida de segurança poderia ser imposta tanto na sentença de condenação quanto na de absolvição, assim como, depois da sentença, durante a execução da pena, conforme se depreende da leitura do art. 79, do CP/1940⁹.

Logo, não importava o momento que se caracterizasse a periculosidade, neste momento a medida de segurança poderia ser imposta, em clara demonstração de que sua instituição buscava a defesa social, através da intimidação de tais pessoas através de um modelo que, ao menos inicialmente, não determinava um tempo máximo de aplicabilidade dessa medida.

Sobre o tema, Anibal Bruno (1977, p. 257), através de seus estudos, entendeu que a criminologia, a época, acentuava esse querer social pela punibilidade do “ser humano perigoso”, quando esta ciência apresentou estudos que a carga hereditária e as mazelas da vida, criariam condições para a reincidência criminosa, tornando-os inimigos potenciais da sociedade.

⁹ Art. 79. A medida de segurança é imposta na sentença de condenação ou de absolvição. Parágrafo único. Depois da sentença, a medida de segurança pode ser imposta: I - durante a execução da pena ou durante o tempo em que a ela se furte o condenado; II - enquanto não decorrido tempo equivalente ao da duração mínima da medida de segurança, a indivíduo que, embora absolvido, a lei presume perigoso; III - nos outros casos expressos em lei.

É nesse contexto social que a medida provisória é positivada no Código Penal de 1940, com um ideal de defesa social sob o manto do *jus puniendi* estatal na busca de afastar as pessoas perigosas do convívio social.

O conceito de periculosidade, inclusive, vai além da seara criminal, como se observa no art. 80¹⁰, do citado código, que permitiu a aplicação da medida de segurança aos ébrios habituais e aos toxicômanos, objetivando a garantia da ordem pública, com o que ficou conhecido como periculosidade social, igualando tais sujeitos às pessoas portadoras de transtornos mentais ou com o desenvolvimento mental incompleto (art. 22).

No que diz respeito à aplicabilidade prática da medida de segurança, tem que se destacar os arts. 81 e 82, do citado código de 1940.

O art. 81¹¹ tratou sobre a revogação da medida de segurança, que só ocorreria se se verificasse, mediante exame médico, que este deixou de ser perigoso, ao passo que o art. 82¹², explanava as hipóteses de execução desta medida, momento que chama a atenção pela possibilidade de ser cumprida após o cumprimento da pena privativa de liberdade, característica que ficou conhecida como “sistema duplo-binário”.

O sistema duplo-binário ou da dupla via, é a possibilidade de o Juiz aplicar a pena seguida da medida de segurança, como, por exemplo, o réu praticava delito grave, violento e, por vezes, reincidente, o Juiz aplicaria a pena determinada de privação de liberdade e, findo o prazo, continuava privado de liberdade até que houvesse o exame de cessação de periculosidade.

E, neste ponto, a doutrina especializada teceu severas críticas as medidas de segurança introduzidas pelo Código Penal de 1940, a destacar as palavras afiançadas por Eugênio Zaffaroni e José Pierangeli (2006, p. 194)

¹⁰ Art. 80. Durante o processo, o juiz pode submeter as pessoas referidas no art. 78, n. I, e os ébrios habituais ou toxicômanos às medidas de segurança que lhes sejam aplicáveis. Parágrafo único. O tempo de aplicação provisória é computado no prazo mínimo de duração da medida de segurança.

¹¹ Art. 81. Não se revoga a medida de segurança pessoal, enquanto não se verifica, mediante exame do indivíduo, que este deixou de ser perigoso. § 1º Procede-se ao exame: I - ao fim do prazo mínimo fixado pela lei para a medida de segurança; II - anualmente, após a expiração do prazo mínimo, quando não cessou a execução da medida de segurança; III - em qualquer tempo, desde que o determine a superior instância. § 2º Se inferior a um ano o prazo mínimo de duração da medida de segurança, os exames sucessivos realizam-se ao fim de cada período igual àquele prazo.

¹² Art. 82. Executam-se as medidas de segurança: I - depois de cumprida a pena privativa de liberdade; II - no caso de absolvição, ou de condenação a pena de multa, após passada em julgado a sentença. § 1º A execução da medida de segurança é suspensa, quando o indivíduo tem de cumprir pena privativa de liberdade. § 2º A execução da medida de segurança detentiva precede a da medida de segurança não detentiva.

Através desse sistema de 'medidas' e da supressão de toda norma reguladora da pena no concurso real, chegava-se a burlar, dessa forma, a proibição constitucional da pena perpétua. Seu texto corresponde a um 'tecnicismo jurídico' autoritário que, com a combinação de penas retributivas e medidas de segurança indeterminadas (própria do Código de Rocco), desemboca numa clara deterioração da segurança jurídica e converte-se num instrumento de neutralização de 'indesejáveis', pela simples deterioração provocada pela institucionalização demasiadamente prolongada.

As críticas dos autores alhures mencionados expressam a preocupação da doutrina jurídica com as consequências práticas da aplicabilidade do sistema duplo binário, que findava por penalizar o indivíduo perigoso duas vezes, tendo em vista que a possibilidade de cumprimento da pena privativa de liberdade e da medida de segurança, lesando, nesse sentido, o princípio do *ne bis in idem*, ou seja, o princípio que veda o cumprimento de duas punições em razão da prática de um mesmo crime.

Outrossim, o sistema duplo binário era de difícil aplicabilidade, uma vez que durante o seu cumprimento era difícil se separar, na prática vivencial, a pena da medida de segurança, principalmente pela ausência de investimentos administrativos suficientes para a construção de locais próprios para o cumprimento de tais punibilidades.

Denota-se, ainda, na leitura do texto destacado acima, a crítica sobre a deterioração da natureza jurídica da medida de segurança, que se converteu em um "instrumento de neutralização de indesejáveis".

Ademais, se considerar a possibilidade de se constituir uma pena de caráter perpétuo para tais indivíduos, uma vez que a medida de segurança só seria revogada quando restasse comprovado, mediante exame médico individual, que o condenado deixou de ser perigoso (art.81), tal medida fazia crescer uma insegurança jurídica latente, pois o indivíduo, selecionado por sua periculosidade, ora por ser um alienado, ora por ser um ébrio ou toxicômano, sabia o dia que seria internado, mas não sabia o dia da sua liberdade.

Ressalve-se que o Código Penal de 1940 foi sancionado na vigência da Constituição Federal de 1937, conhecida como Constituição Polaca, por ser inspirada no modelo polonês, reconhecidamente autoritária, não sendo compatível, assim, com a Constituição Federal de 1946.

Não obstante a incompatibilidade com a Constituição Federal de 1946, o CP de 1940 se manteve em vigor até sua reforma em 1984 e durante essas quatro décadas foi atenuado pela ação da doutrina e da jurisprudência.

4.4 A REFORMA DE 1984 DO CÓDIGO PENAL DE 1940

Antes de se adentrar no diálogo sobre a reforma do Código Penal de 1940, ocorrida em 1984, é sempre importante mencionar que em 1961, Nelson Hungria recebeu a importante tarefa de elaborar um novo projeto de Código Penal, sendo o seu texto publicado em 1963 e somente sancionado em 1969, através do Decreto-Lei n.º 1.004, pelo Governo Militar.

Em que pese as críticas direcionadas ao CP de 1969, em especial pela manutenção de um conteúdo repressivo, com penas mais severas, sobre a medida de segurança, observa-se a sua manutenção, ainda, com o caráter autoritário e idealista, há de se pontuar que o novo *Codex* penal tentou eliminar defeitos graves relacionados à medida de segurança do código anterior (1945).

Entrementes, o CP 1969 extinguiu o sistema duplo-binário, ou seja, não admitia mais a possibilidade de se acumular pena e medida de segurança, consagrando a teoria monística relativamente aos imputáveis e semi-imputáveis, eliminando, conforme prelecionou Heleno Fragoso (1971, p.7-12), as medidas de segurança detentivas para os imputáveis e adotando o sistema vicariante para os semi-imputáveis, (pena ou medida de segurança).

Entretanto, apesar do avanço no que tange à medida de segurança, o CP de 1969, não chegou a entrar em vigência, isso porque era alvo de inúmeras divergências legislativas, principalmente por conta das turbulências políticas que o Brasil enfrentou no período em que se buscava sua vigência (Regime Militar), até ser revogado pela Lei n.º 6.578/1978.

Nesses termos, dos elementos retirados dos fólios acima evidenciados, o Código Penal de 1940 continuava em vigor e, com ele, toda a problemática do seu bojo aqui detalhado, como o sistema duplo binário, o caráter retributivo alinhado a defesa social, a presunção da periculosidade etc.

O clamor generalizado da opinião jurídica fez surgir, em 1980, a institucionalização da comissão de reforma da parte geral do Código Penal, sob a presidência de Francisco de Assis Toledo.

A reforma de 1984, trouxe as mudanças positivas semeadas no revogado Código Penal de 1969, como extinção do sistema duplo binário e a adoção do sistema vicariante (unitário), findando, definitivamente, a aplicabilidade dessas medidas para o imputável, conforme explicitou a redação do item 87, da exposição de motivos n.º 211/1983, que trata sobre a reforma do Código Penal, *in verbis*:

87. Extingue o Projeto a medida de segurança para o imputável e institui o sistema vicariante para os fronteiriços. Não se retomam, com tal método, soluções clássicas. Avança-se, pelo contrário, no sentido da autenticidade do sistema. A medida de segurança, de caráter meramente preventivo e assistencial, ficará reservada aos inimputáveis. Isso, em resumo, significa: culpabilidade - pena; periculosidade - medida de segurança. Ao réu perigoso e culpável não há razão para aplicar o que tem sido, na prática, uma fração de pena eufemisticamente denominada medida de segurança.

Nesses termos, as medidas de segurança apontam natureza preventiva e assistencial, sendo aplicada aos inimputáveis e aos semi-imputáveis considerados perigosos e, nos termos da nova redação do art. 96, do CP de 1940, podem ser divididas em medidas detentivas (internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico) e medidas restritivas (sujeição a tratamento ambulatorial), *in verbis*:

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

Assim, para os inimputáveis e semi-imputáveis que cometam um crime, a pena é substituída por uma medida compulsória de tratamento e caberá ao juiz, único responsável pela internação compulsória, a sua análise no caso concreto.

Logo, percebe-se que a reforma do Código Penal de 1984 deriva de uma evolução dos debates jurídicos que o Código Penal de Nelson Hungria (1969) acumulou durante as décadas anteriores, principalmente diante o período correspondente ao “Regime Militar” (1964 a 1985), caracterizado pela manutenção da ordem social através da violência física e psicológica, oriunda da censura, da violência e de prisões arbitrárias com cunho político e diversas denúncias de tortura em cárcere.

Entrementes, como bem destacado no capítulo 2 (p. 40), é deste período, entre os anos de 1978 e 1979, que o psiquiatra Franco Basaglia, pioneiro na luta

contra os manicômios, visitou o Hospital Psiquiátrico Colônia, localizado em Barbacena-MG, adjetivando o mesmo com um verdadeiro campo de concentração nazista.

O resultado de décadas de encarceramento de pessoas indesejadas em Hospitais Psiquiátricos sem o devido acompanhamento médico hospitalar, fez surgir no âmbito social e jurídico a necessidade de uma verdadeira transformação na seara penal e processual penal, para a aplicabilidade de real tratamento ao doente mental infrator, e o fim da ditadura militar tornava o cenário histórico ideal para essas mudanças.

Nesse bojo histórico, pode-se revelar, como dito alhures, que a reforma de 1984 foi responsável por importantes mudanças no que diz respeito à medida de segurança, principalmente relacionado aos pressupostos de aplicação, com o sistema vicariante, que findou com a aplicação sucessiva ou cumulativa da pena e da medida de segurança pelo mesmo fato.

E sobre o tema, há de se destacar a previsão do art. 26, do referido diploma penal, que trata da inimputabilidade, *in litteris*:

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

A medida de segurança, nesses termos, é pautada pelo critério de periculosidade do agente, aplica-se, inicialmente, contra aquele que no momento da ação ou da omissão seja absolutamente incapaz de compreender a ilicitude do ato (art. 26, do CP) e, em um segundo momento, será imputada àqueles que tem compreensão parcial acerca de seu ato (semi-imputáveis) (art. 26, parágrafo único do CP).

A imputabilidade é a condição natural da pessoa que tem sanidade mental para entender o caráter ilícito do fato típico. Sobre o tema, Hans Welzel (2015, p.131) divide a imputabilidade em dois elementos, o elemento de conhecimento (intelectual) e o elemento vontade (volitivo), ou seja, a imputabilidade é preceito de quem tem capacidade de compreensão do fato ilícito e a vontade de praticá-lo.

Nesses termos, é manifesto que o art. 26, supramencionado, adota o sistema biopsicológico, ou seja, além de se verificar a doença mental do agente, é

necessário que se verifique se, ao tempo da ação ou omissão, o agente era capaz de entender o caráter ilícito de sua ação.

Interessante que a verificação do estado mental poder-se-ia aferir em qualquer momento da persecução penal, conforme se depreende da leitura do art. 149¹³, do CPP, momento em que, comprovada a insanidade mental por perícia psiquiátrica, o Ministério Público poderia pugnar pela absolvição imprópria, nos termos do art. 386¹⁴, VI, parágrafo único, III, do CPP, ou, em se tratando de semi-imputável, pela procedência da ação com a imposição de pena reduzida ou medida de segurança.

Dessa ordem, nos termos do CP e do CPP, o que se observa é que ao inimputável não resta a possibilidade de se aplicar uma pena, pois ao mesmo não pode ser aferido culpa ou dolo, tendo em vista que a ele resta ausente tais elementos, diante da ausência dos elementos intelectual e volitivo. Em suma, o delito, para o inimputável, será um fato típico e ilícito, mas não culpável.

Entretanto, em que pese a culpabilidade não ser observada no caso do inimputável, a medida de segurança tem como elemento subjetivo de justificativa para sua aplicação a periculosidade, fundada em um prognóstico, em um juízo de probabilidade relacionado com um ato futuro, ou seja, a probabilidade de o agente perigoso tornar a delinquir.

Isso porque ao praticar um ilícito penal, o louco se revelaria perigoso e, portanto, merecedor de um tratamento que prevenisse a prática de outros delitos futuros, o que se denominou teoria do estado perigoso.

Um dos pontos negativos da aplicação desta periculosidade é o fato que ela não está definida em lei, e como seu próprio nome revela, caracteriza-se pela presunção, ou seja, o portador de transtorno mental que comete um ilícito penal, após receber atestado médico-pericial de ser perigoso para o convívio social, receberá a medida sancionatória.

A Organização Mundial de Saúde (2001, p, 129), inclusive, já manifestou a reprovabilidade da associação conduzida entre transtorno mental e perigo.

¹³ Art. 149. Quando houver dúvida sobre a integridade mental do acusado, o juiz ordenará, de ofício ou a requerimento do Ministério Público, do defensor, do curador, do ascendente, descendente, irmão ou cônjuge do acusado, seja este submetido a exame médico-legal.

¹⁴ Art. 386. O juiz absolverá o réu, mencionando a causa na parte dispositiva, caso reconheça: VI – existirem circunstâncias que excluam o crime ou isentem o réu de pena (arts. 20, 21, 22, 23, 26 e § 1º do art. 28, todos do Código Penal), ou mesmo se houver fundada dúvida sobre sua existência; Parágrafo único. Na sentença absolutória, o juiz: III - aplicará medida de segurança, se cabível.

A abundância de pessoas com transtornos mentais encarceradas em prisões são um subproduto, entre outras coisas, da inexistência ou disponibilidade reduzida de estabelecimentos públicos de saúde mental, implementação de leis que criminalizam o comportamento inconveniente, o falso conceito difundido de que todas as pessoas com transtornos mentais são perigosas e uma intolerância da sociedade com o comportamento indócil ou perturbador.

O grande problema é que esta periculosidade, por ser presumida, pode, ou não, se concretizar em um futuro, ou seja, a incerteza andaria de mãos dadas com a medida imposta.

Nesses termos a periculosidade é o elemento subjetivo que fundamenta a medida de segurança, sendo inclusive observado pela Lei de Execução Penal (Lei nº. 7.210/84) (BRASIL, 1984), a necessidade de se submeter o agente inimputável a exame para fins de se averiguar suas condições pessoais para se viabilizar a cessão da medida.

Destaque-se que essa modalidade de cessação da medida, originalmente, finda por manter, mesmo com a reforma de 1984, a possibilidade de punição em caráter perpétuo para a Medida de Segurança, pois, conforme a redação dada ao art. 97, §1º¹⁵, a internação ou o tratamento ambulatorial seria por tempo indeterminado, perdurando enquanto não for averiguada, mediante perícia médica, se persiste a periculosidade do agente.

É bem verdade que esse caráter perpétuo da medida de segurança, ao menos enquanto a periculosidade do agente não cessar, é um dos temas sempre polêmicos quando se estuda o assunto.

Em verdade, a interpretação deste querer legislativo à luz da constituição, torna essa característica perpétua inconstitucional, atentando tanto contra a Constituição Federal de 1967 (constituição em vigor quando da reforma), com

¹⁵ 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. § 1º - A internação, ou tratamento ambulatorial, será por tempo indeterminado, perdurando enquanto não for averiguada, mediante perícia médica, a cessação de periculosidade. O prazo mínimo deverá ser de 1 (um) a 3 (três) anos. § 2º - A perícia médica realizar-se-á ao termo do prazo mínimo fixado e deverá ser repetida de ano em ano, ou a qualquer tempo, se o determinar o juiz da execução. § 3º - A desinternação, ou a liberação, será sempre condicional devendo ser restabelecida a situação anterior se o agente, antes do decurso de 1 (um) ano, pratica fato indicativo de persistência de sua periculosidade. § 4º - Em qualquer fase do tratamento ambulatorial, poderá o juiz determinar a internação do agente, se essa providência for necessária para fins curativos. (Redação dada pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984)

escopo no seu art. 150, § 11, quanto contra a Constituição Federal de 1988, em seu art. 5º, XLVII, da CF de 1988, que vedam penas de caráter perpétuo.

O STF manifestou-se sobre a natureza jurídica da medida de segurança, considerando-a como espécie de sanção penal, e por esta razão, diante da sistematização legal e do diálogo entre as fontes, então em vigor, coube ao Supremo Tribunal Federal (STF), aplicando analogicamente o art. 75, do CP, limitar a duração da medida de segurança a 30 (trinta) anos, que seria a pena máxima que um agente poderia ser condenado, nos termos do art. 75, do CP, conforme precedente a seguir selecionado, *in verbis*:

EMENTA: PENAL. HABEAS CORPUS. RÉU INIMPUTÁVEL. MEDIDA DE SEGURANÇA. PRESCRIÇÃO. INOCORRÊNCIA. PERICULOSIDADE DO PACIENTE SUBSISTENTE. TRANSFERÊNCIA PARA HOSPITAL PSIQUIÁTRICO, NOS TERMOS DA LEI 10.261/2001. WRIT CONCEDIDO EM PARTE. I – Esta Corte já firmou entendimento no sentido de que o prazo máximo de duração da medida de segurança é o previsto no art. 75 do CP, ou seja, trinta anos. Na espécie, entretanto, tal prazo não foi alcançado. II - Não há falar em extinção da punibilidade pela prescrição da medida de segurança uma vez que a internação do paciente interrompeu o curso do prazo prescricional (art. 117, V, do Código Penal). III – Laudo psicológico que reconheceu a permanência da periculosidade do paciente, embora atenuada, o que torna cabível, no caso, a imposição de medida terapêutica em hospital psiquiátrico próprio. IV – Ordem concedida em parte para determinar a transferência do paciente para hospital psiquiátrico que disponha de estrutura adequada ao seu tratamento, nos termos da Lei 10.261/2001, sob a supervisão do Ministério Público e do órgão judicial competente. (HC 107432, Relator(a): Min. RICARDO LEWANDOWSKI, Primeira Turma, julgado em 24/05/2011, PROCESSO ELETRÔNICO DJe-110 DIVULGAÇÃO 08-06-2011 PÚBLICA 09-06-2011 RMDPPP v. 7, n. 42, 2011, p. 108-115 RSJADV set., 2011, p. 46-50).

Não obstante a compreensão do STF, o Superior Tribunal de Justiça (STJ) divergiu sobre o prazo máximo da aplicabilidade da medida de segurança, uma vez que entende que o prazo da medida de segurança aplicável ao agente inimputável deve ter como limite máximo a pena abstratamente cominada ao delito praticado. Tal entendimento restou sumulado, conforme se depreende abaixo, *in litteris*:

Súmula 527 do STJ: O tempo de duração da medida de segurança não deve ultrapassar o limite máximo da pena abstratamente cominada ao delito praticado.

É bem verdade que caberia ao Poder Legislativo, dentro das suas atribuições finalísticas e em respeito ao princípio constitucional da legalidade, legiferar sobre o prazo máximo de aplicabilidade da medida de segurança, e essa omissão do seu

dever constitucional, obriga o Poder Judiciário, através da aplicabilidade de princípios constitucionais em conjunto com a interpretação conforme a constituição, a estabelecer a medida de segurança um prazo máximo de aplicabilidade.

Tal falta, inclusive, pode ser vista como uma inconstitucionalidade por omissão, bastando que se observe que, se assim não for, é possível se visualizar a perpetuidade da aplicabilidade da medida de segurança, inclusive em alienado que cometam delitos mais leves, como um furto, por exemplo.

Outrossim, o que se infere da análise legislativa da reforma de 1984 é que a medida de segurança não foi analisada à luz dos progressos da psiquiatria, uma vez que não visa analisar os transtornos mentais e seus níveis de afetação ao discernimento da capacidade psíquica. Para tanto, basta-se observar que a escolha da medida de segurança a ser aplicada ao agente não considerava a seriedade do transtorno mental, mas sim a gravidade do delito, nos termos do entabulado no art. 97, do CP - internação para crimes punidos com reclusão e tratamento ambulatorial para crimes puníveis com detenção.

Em virtude dessas críticas tecidas a literalidade do art. 97, do CP, o STJ abrandou a regra legal e construiu a tese de que o citado artigo não deveria ser aplicado isoladamente, mas sim à luz dos princípios da adequação, da razoabilidade e da proporcionalidade, não devendo a fixação da espécie de medida de segurança a ser aplicável, ser direcionada tão somente à natureza da pena privativa de liberdade, mas sim à periculosidade do agente, conforme se depreende do julgado abaixo transcrito, *in verbis*:

À luz dos princípios da adequação, da razoabilidade e da proporcionalidade, na fixação da espécie de medida de segurança a ser aplicada não deve ser considerada a natureza da pena privativa de liberdade aplicável, mas sim a periculosidade do agente, cabendo ao julgador a faculdade de optar pelo tratamento que melhor se adapte ao inimputável. Desse modo, mesmo em se tratando de delito punível com reclusão, é facultado ao magistrado a escolha do tratamento mais adequado ao inimputável. STJ. 3ª Seção. EREsp 998.128-MG, Rel. Min. Ribeiro Dantas, julgado em 27/11/2019 (Info 662).

Nesses termos, observa-se que a medida de segurança oriunda da Reforma Penal de 1984, em que pese ser um feliz e bem-vindo acerto do legislador que visou introduzir o tratamento assistencial ao preso com transtorno mental, traz consigo, ainda, muitas críticas, tanto no que diz respeito a sua temporalidade, como a sua

aplicabilidade, que por vezes é adequado pela jurisprudência, mas que pode gerar insegurança e falhas.

4.5 DA REFORMA PSIQUIÁTRICA DE 2001 – LEI N.º 10.216/2001

Como explanado nos capítulos anteriores, o movimento antimanicomial ocorrido na Itália, sob a batuta de Franco Basaglia, foi de grande importância para uma mudança de perspectiva de política pública destinada aos portadores de transtorno mental.

O citado autor tecia severas críticas ao modelo manicomial, aludindo a falência desta instituição enquanto espaço terapêutico, e foi responsável pelo início do processo de desinstitucionalização do aparato manicomial italiano, sob os pilares do fim da violência na instituição psiquiátrica tradicional e a busca por novas formas de sociabilidade e de subjetividade aos que necessitassem de assistência psiquiátrica.

Em novembro de 1990, ainda sob os alicerces dos estudos de Franco Basaglia, a Organização Mundial de Saúde – OMS, reuniu-se em Caracas, Venezuela, no que ficou conhecida como Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 1990), momento que inaugurou a reforma psiquiátrica nos países ibero-americanos.

A Declaração de Caracas assim concluiu, *in verbis*:

Que a reestruturação da assistência psiquiátrica ligada ao Atendimento Primário da Saúde, no quadro dos Sistemas Locais de Saúde, permite a promoção de modelos alternativos, centrados na comunidade e dentro de suas redes sociais; 2. A reestruturação da assistência psiquiátrica na região implica em revisão crítica do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico na prestação de serviços; 3. Os recursos, cuidados e tratamentos dados devem: a) salvaguardar, invariavelmente, a dignidade pessoal e os direitos humanos e civis; b) estar baseados em critérios racionais e tecnicamente adequados; c) propiciar a permanência do enfermo em seu meio comunitário; 4. As legislações dos países devem ajustar-se de modo que: a) assegurem o respeito aos direitos humanos e civis dos doentes mentais; b) promovam a organização de serviços comunitários de saúde mental que garantam seu cumprimento; 5. A capacitação dos recursos humanos em Saúde Mental e Psiquiatria deve fazer-se apontando para um modelo, cujo eixo passa pelo serviço de saúde comunitária e propicia a internação psiquiátrica nos hospitais gerais, conforme os princípios que regem e fundamentam essa reestruturação; 6. As organizações, associações e demais participantes desta Conferência se comprometam solidariamente a advogar e desenvolver, em seus países,

programas que promovam a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica e a vigilância e defesa dos direitos humanos dos doentes mentais, segundo as legislações nacionais e respectivos compromissos internacionais (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 1990).

Assim, o debate das autoridades de saúdes, ali reunidas, apontou que a atenção psiquiátrica convencional já não permitia alcançar os objetivos compatíveis com uma atenção comunitária, bem como os hospitais psiquiátricos encontravam dificuldades na consecução dos seus objetivos, uma vez que sua praxe provocava o isolamento do paciente de seu meio, gerando maior incapacidade para o convívio social.

Outrossim, observaram que o isolamento dos portadores de transtorno mental, na verdade, cria condições desfavoráveis que põem em perigo os direitos humanos e civis do paciente.

Sobre a situação psiquiátrica nos países latino-americanos, asseverou Manuel Desviat (2015, p. 136), *in verbis*:

A situação da atenção psiquiátrica nos países latino-americanos [que] caracterizava-se pela dispersão e duplicação de serviços escassos – manicomial, em sua esmagadora maioria (de 120 mil a 140 mil leitos em hospitais psiquiátricos) –, que funcionavam sem nenhuma relação reciprocamente ou com os demais serviços sanitários. Era a hegemonia dos manicômios em condições materiais: miséria, amontoamento de pacientes e violação dos direitos humanos.

Relembre-se, como explicitado ao longo do trabalho, que a experiência com a exclusão de alienados no Brasil demonstrou que restringir a liberdade desses indivíduos finda, a longo prazo, pela coisificação do ser humano, que passa a ser visto apenas como um número, uma estatística, um meio de lucro, além de culminar, muitas vezes, com o processo regressivo da doença, na medida que o paciente vai perdendo seus laços afetivos, sua identidade e, gradualmente, afastando-se das coisas que o uniam à comunidade.

A Declaração de Caracas expressou, ainda, que a reestruturação da atenção psiquiátrica deveria passar pela promoção de modelos alternativos centrados na comunidade e nas suas redes sociais, bem como na revisão crítica do papel hegemônico e centralizado do hospital psiquiátrico na prestação de serviços, devendo os recursos, cuidado e tratamento salvaguardar a dignidade da pessoa humana e os direitos humanos e civis.

No Brasil, a visita do italiano no final da década de 70, e suas severas críticas ao modelo de internação aplicado nos asilos nacionais, fertilizou um solo já fértil de críticas ao sistema de internação psiquiátrica brasileiro.

Pode-se citar, mesmo antes da Declaração de Caracas, dois momentos de suma importância para a reformulação psiquiátrica nacional, a destacar o surgimento dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, em 1987, originalmente na cidade de São Paulo (SP), que tinha como proposta um tratamento por uma rede multidisciplinar; e a intervenção da Casa de Saúde Anchieta, por meio da Secretaria Municipal de Saúde de Santos (SP), em 1989, que deu origem a implantação dos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), que foram responsáveis pela criação de cooperativas residenciais para os egressos, demonstrando que a reforma do modelo de tratamento dos portadores de transtorno mental, apesar das inúmeras dificuldades, poderia se realizar.

A criação do NAPS, foi o início pioneiro de instalação de um novo sistema de atenção psicossocial, que tinha como objetivo a desativação do hospício para, em seu lugar, criar-se uma estrutura de serviços e estratégias por um novo modelo terapêutico e assistencial integrado, inclusive, com estratégias de comunicação e intervenção social, visando transformar a opinião pública sobre a loucura.

É nesse contexto histórico que a reforma psiquiátrica brasileira ganha força como processo político e social, em uma complexidade marcada pela participação de toda uma comunidade que por décadas foi vítima de exclusão e discriminação, pessoas que o Estado e a própria sociedade sempre visaram envolver em um véu invisível e dissociativo da realidade.

Assim, no dia 6 de abril de 2001, uma nova política de Saúde Mental se concretiza em termos legiferantes no ordenamento jurídico brasileiro, por meio da promulgação da Lei n.º 10.216/2001 (BRASIL, 2001), conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica ou Lei da Saúde Mental.

Acerca do tema Reforma Psiquiátrica, A Coordenação Geral de Saúde Mental do Ministério da Saúde do Brasil, assim a definiu (BRASIL, 2005, p. 6), *in litteris*:

A Reforma psiquiátrica é processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens e, que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião

pública. Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios.

Nesse sentido, a Lei n.º 10.216/2001, também conhecida como Lei Antimanicomial, dispõe sobre os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, redirecionando o modelo assistencial de saúde mental (BRASIL, 2001).

Sobre os direitos da pessoa portadora de transtornos mentais, o art. 2º, da supracitada lei, destaca, em um rol exemplificativo e não exauriente, o que o legislador entendeu de mais garantidor a ser respeitado em um primeiro momento, a exemplo de o direito a ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades, bem como a ser tratado 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.

A lei defende ainda o direito do enfermo mental a ser tratado em um ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis, bem como a ser tratado em serviços comunitários e saúde mental, atribuindo ao Estado o dever de promover ações de saúde com a devida participação da sociedade e da família (art. 3º), tudo dentro em uma estrutura que busque oferecer tratamento para reinserção social, mediante uma assistência integral, com serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer (art. 4º, §1º).

O Art.5º, da citada lei, propõe um modelo assistencial ao paciente que esteja há muito tempo hospitalizado ou de grave dependência institucional, via políticas de serviços variados e com métodos definidos para a integração do paciente a sociedade, a exemplificar a alta planejada e a readaptação psicossocial assistida.

Outrossim, a LRP ainda traz substanciais modificações sobre as formalidades na internação dos portadores de transtornos mentais, exigindo laudo médico circunstanciado que apontem os reais motivos de sua aplicabilidade (art. 6º).

Em verdade, os direitos buscados pela reforma psiquiátrica, nada mais são do que direitos oriundos da aplicabilidade do princípio da dignidade da pessoa humana ao tratamento das pessoas com transtornos mentais que, por meio de uma redemocratização da psiquiatria, sinalizou uma busca de tratamento digno ao doente mental, com uma nova visão aos procedimentos e cuidados ao portador de

transtorno mental, passando a se fomentar a aproximação entre o interno e seus familiares, com o escopo de inibir a exclusão social.

É caracterizada pela busca de um modelo de atenção à saúde mental com base comunitária, com a criação de metodologias de fortalecimento de programas voltados à desinstitucionalização (desinternação progressiva), a exemplo dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), do Programa Volta para Casa (PVC) e os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), que prestam serviços de saúde de caráter aberto e comunitário, oferecendo auxílio à reabilitação psicossocial, destinados às pessoas acometidas por transtornos mentais.

Nesses termos, observa-se que, com a promulgação da Lei da Saúde Mental, o Brasil vai fomentando a desconstrução do modelo asilar e redemocratizando a psiquiatria, incentivando um tratamento assistencial que busca, inicialmente, o convívio social e familiar.

Cabe destacar, quando se volta a atenção para o louco preso, que, com a reforma psiquiátrica, os Manicômios Judiciais receberam nova denominação, passando a serem caracterizados como Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, em que pese, diga-se de passagem, a mudança de alcunha em nada ter alterado o tratamento dado aos seus reclusos.

Isso porque, quando se olha, para os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP), que integram o sistema penitenciário brasileiro, observa-se que, *prima facie*, tais instalações não estão incluídas no Programa de Restruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar, razão pela qual, regra geral, não possuem leitos integrados ao Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2011. p. 25).

Assim, em que pese a importância dos programas no âmbito da saúde mental, essa metodologia de redemocratização psiquiátrica vem encontrando dificuldades na aplicabilidade ao se deparar com a situação vivida pelos portadores de transtornos mentais do sistema penitenciário, isso porque, tais sistemas enfrentam complicações de nível estrutural para conceber a possibilidade de transformações pautadas na defesa dos direitos humanos e, principalmente, no que diz respeito a sua desinstitucionalização.

Basta que se observe que a base da reforma psiquiátrica, a desinstitucionalização, representa a negação do disposto na legislação penal, com a medida de segurança, que utiliza, em regra, a internação como tratamento pela

loucura e a “retribuição” ao ilícito praticado, caminho avesso ao trilhado pela reforma psiquiátrica.

É nesse liame institucional que se encontra as medidas de internação compulsória (medida de segurança) e o grande obstáculo de trazer dignidade ao preso portador de transtornos mentais.

5 A (RE)ADEQUAÇÃO DA MEDIDA DE SEGURANÇA DIANTE DAS NOVAS POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL

5.1 O caráter interdisciplinar da Lei da Reforma Psiquiátrica

Como já conceituado anteriormente (p.45), a Medida de Segurança é modalidade de sanção penal de finalidade preventiva e caráter terapêutico, destinada a tratar inimputáveis portadores de periculosidade, para tratar a doença mental e torná-lo apto a conviver em sociedade sem voltar a delinquir.

Essa compreensão, inclusive, é o perpetrado pelo STF (p.60) que, para limitar o prazo de internação, manifestou a percepção de que a Medida de Segurança tem natureza jurídica de sanção penal.

Entretanto, apesar de ser classificada pelo STF como espécie de sanção penal, a natureza da medida de segurança, seja a internação, seja o tratamento ambulatorial, não é retributiva, mas sim preventiva e terapêutica, buscando única e exclusivamente a recuperação do louco criminoso e não a expiação de castigo.

É cediço, como bem observado no capítulo que tratamos sobre a medida de segurança, que a Reforma Penal de 1984, apesar de ter introduzido tratamento assistencial ao preso com transtorno mental, foi objeto de muitas críticas, tanto no que dizia respeito a sua temporalidade, como a sua aplicabilidade.

Noutro ponto, os movimentos sociais que tomaram força a partir da década de 70 e originaram a reforma psiquiátrica, têm como último grande passo legislativo no Brasil, a promulgação da Lei n.º 10.216 de 2001, conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica, e trouxe inovações no que diz respeito à política pública de saúde mental, dando início, conseqüentemente, a uma série de discussões a respeito de sua aplicabilidade no âmbito da medida de segurança.

Tal objetivo torna-se premente já no art. 4º, da lei antimanicomial, que estabelece como regra o atendimento em liberdade e a utilização de recursos extra-hospitalares, conforme se depreende da leitura do artigo a seguir transposto, *in verbis*:

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 para 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.

Outrossim, a citada lei declara que mesmo diante da necessidade de internação, a mesma só poderá ser realizada mediante laudo médico circunstanciado (art. 6º, da LRP) e praticada com integral assistência à pessoa portadora de transtorno mental, vedada a internação destes em instituições com características asilares (art. 4º, §§ 2º e 3º, da LRP).

Nesses termos, pode-se concluir que o principal objetivo perseguido pela reforma psiquiátrica é o tratamento humanizado dos portadores de transtorno mental, sendo a desinstitucionalização uma regra humanística de tratamento a ser seguida.

Assim, com a promulgação da Lei n.º 10.216/2001, não tardou para que se discutisse o modelo buscado pela lei antimanicomial e a realidade vivenciada pelos internos portadores de transtorno mental em conflito com a lei nos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (BRASIL, 2001).

Isso porque a medida de segurança em sua modalidade detentiva, como alhures mencionado, tem na internação o seu modelo de tratamento e, na prática, representa uma retribuição ao ilícito praticado, caminho avesso ao trilhado pela reforma psiquiátrica.

Ocorre que a Lei da Reforma Psiquiátrica, como dito alhures, se originou de movimentos sociais iniciados na década de 70 e não findou com sua positivação em 2001.

Essa lei foi a base do surgimento de inúmeros regramentos que se desenvolveram na busca de caminhos a serem perseguidos no intuito de tornar digna a vida das pessoas portadoras de deficiência.

Pode-se citar, dessa maneira, em 2002, os Ministérios da Justiça e da Saúde, através da Portaria Interministerial n.º 628, aprovou o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), com o propósito de contribuir com o controle e/ou redução dos agravos mais frequentes à saúde da população penitenciária brasileira.

O PNSSP estabelece (BRASIL, 2002), como uma de suas metas, a criação de estruturas intermediárias que beneficiem a reintegração dos portadores de distúrbios psíquicos, segundo reorientação do modelo de atenção nos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, bem como a implantação de Programas Permanentes de Reintegração Social.

Dois anos depois, em 2004, o Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCC), publicou a Resolução n.º 5/2004, estabelecendo diretrizes para o cumprimento das medidas de segurança, com as devidas adequações ao estabelecido na Lei n.º 10.216/01, onde se podem destacar as seguintes propostas, *in verbis* (BRASIL, 2004, p. 2):

1. O tratamento aos portadores de transtornos mentais considerados inimputáveis “visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio” (art. 4º, § 1º da Lei n.º 10.216/01), tendo como princípios norteadores o respeito aos direitos humanos, a desospitalização e a superação do modelo tutelar.

(...)

5. A medida de segurança deverá ser cumprida em hospital estruturado de modo a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer etc. (art. 4º, § 2º).

(...)

7. Os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico deverão estar integrados à rede de cuidados do SUS, adequando-se aos padrões de atendimento previstos no Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares - PNASH/ Psiquiatria e aos princípios de integralidade, gratuidade, equidade e controle social.

(...)

10. A conversão do tratamento ambulatorial em internação só será feita com base em critérios clínicos, não sendo bastante para justificá-la a ausência de suporte sociofamiliar ou comportamento visto como inadequado (BRASIL, 2001, p. 1).

Como já citado nos capítulos anteriores, sempre interessante precisar o ano de 2007, a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD), assinada em Nova York (EUA), sendo o Brasil, um dos países signatários, e restou promulgada através do Decreto n.º 6.949, de 2009, que foi aprovado, com *status* de emenda constitucional (BRASIL, 2009).

Como frisado anteriormente, a principal inovação do Decreto n.º 6.949/2009 foi fazer uma abordagem social sobre a deficiência, buscando conscientizar e promover uma percepção positiva e uma maior consciência social em relação às pessoas com deficiência.

Do escopo do decreto, percebe-se que as alternativas para romper com a segregação e a opressão estrutural relacionada aos deficientes não deveria ser buscada apenas com o tratamento biomédico, mas, principalmente, com ações políticas, com campanhas de conscientização públicas, capazes de fomentar e promover programas de formação que concretizassem os direitos das pessoas com deficiência.

Em 2015, como oportunamente mencionado, é a ONU atualiza as Regras Mínimas das Nações Unidas para o Tratamento dos Reclusos - Regras de Mandela, um verdadeiro guia para reestruturação dos sistemas penais para o tratamento dos presos, incorporando novas doutrinas de direitos humanos, com o fim de reestruturar o falido modelo de sistema penal, buscando entender a percepção do papel do encarceramento para a sociedade.

As prescrições de Mandela buscam estabelecer princípios e práticas no tratamento de presos e na gestão prisional, servindo para estimular esforços constantes com vista a ultrapassar dificuldades práticas na sua aplicação.

Entre os princípios básicos, pode-se citar o respeito inerente à dignidade do ser humano, bem como o princípio de que nenhum privado de liberdade deverá ser submetido à tortura ou outras penas, ou a tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes e deverá ser protegido de tais atos, não sendo estes justificáveis em qualquer circunstância (tais princípios constam no texto da Constituição Federal de 1988).

No mesmo ano de 2015, no dia 6 de julho, o Brasil publica a lei n.º 13.146, que institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência), ainda como reflexo da Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência.

E uma das principais alterações do Estatuto da Pessoa com Deficiência é a modificação do conceito jurídico de deficiência, conseqüência natural da adoção do modelo social surgido com a CDPD, citando o explanado pelo art. 2º, da citada lei, *in verbis*:

Art. 2º Considera-se pessoa com deficiência aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas.

§ 1º A avaliação da deficiência, quando necessária, será biopsicossocial, realizada por equipe multiprofissional e interdisciplinar e considerará:

I - os impedimentos nas funções e nas estruturas do corpo;

II - os fatores socioambientais, psicológicos e pessoais;

III - a limitação no desempenho de atividades; e

IV - a restrição de participação.

§ 2º O Poder Executivo criará instrumentos para avaliação da deficiência.

O art. 4º, §1º, da citada lei estabelece que toda pessoa com deficiência direito à igualdade de oportunidades e, neste ponto, uma igualdade na sua natureza formal e material, no que tange as demais pessoas, não podendo sofrer nenhuma espécie de discriminação.

E aprofunda ainda mais o tema quando expressamente determina que a deficiência não afeta a plena capacidade civil da pessoa, citando exemplos significativos, como: I - casar-se e constituir união estável; II - exercer direitos sexuais e reprodutivos; III - exercer o direito de decidir sobre o número de filhos e de ter acesso a informações adequadas sobre reprodução e planejamento familiar; IV - conservar sua fertilidade, sendo vedada a esterilização compulsória; V - exercer o direito à família e à convivência familiar e comunitária; e VI - exercer o direito à guarda, à tutela, à curatela e à adoção, como adotante ou adotando, em igualdade de oportunidades com as demais pessoas.

Não resta dúvidas que com a entrada em vigor do Estatuto da Pessoa com Deficiência, o princípio da dignidade da pessoa humana restou respeitado em toda a sua inteireza, desvinculando deficiência de incapacidade, ainda que continue se adotando os institutos de assistência, como a curatela, quando se tratar de atos de natureza patrimonial e negocial e também trouxe a previsão da tomada de decisão apoiada.

Naquela oportunidade Paulo Lôbo (2015) tratando sobre o tema, assim decidiu, *in verbis*:

A Convenção considera pessoas com deficiência (e não “portadoras de deficiência”) as que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas. O artigo 12 da Convenção estabelece que as pessoas com deficiência “gozam de capacidade legal em igualdade de condições com as demais pessoas em todos os aspectos da vida”; essa capacidade legal é mais ampla que capacidade civil em geral. A Convenção explicita, sem configurar enumeração taxativa, que a pessoa com deficiência pode possuir ou herdar bens, controlar as próprias finanças e ter igual acesso

a empréstimos bancários, hipotecas e outras formas de crédito financeiro.

Dessa forma, é possível perceber que o Estatuto da Pessoa com Deficiência passou a integrar a pessoa com deficiência em um sistema de normas mais inclusivo, conferindo uma forma mais igualitária de tratamento com aqueles que não são considerados deficientes.

Entretanto, em um contraponto interessante, ressalte-se o posicionamento do Professor Vitor Kümpel (2015), que vem levantando a tese de que a Lei Brasileira de Inclusão estaria a criar a figura do “inimputável capaz”, ao responder o seguinte questionamento: “se o deficiente possui plena autodeterminação civil, tem total cognoscibilidade das complexas relações privadas, podendo casar e constituir união estável (art. 6, inciso, I), ser adotante, guardião, tutor e curador (art. 6, inciso VI), como é possível que não entenda o caráter ilícito de um fato e nem possa determinar-se de acordo com esse entendimento?”

Explana o citado jurista (KÜMPEL, 2015) que a lei civil e a lei penal reconheciam a falta de cognoscibilidade e autodeterminação do sujeito acometido por enfermidade mental, criando uma espécie de proteção, a primeira, no que se refere aos negócios jurídicos, e a segunda, em relação aos crimes e contravenções penais, e que o Estatuto da Pessoa com Deficiência rompeu com essa harmonia até então existente entre o civil e penal.

O jurista defende a tese de que o Estatuto da Pessoa com Deficiência cria uma pessoa que, por regra geral, entenderá o ilícito civil, porém não entenderá esse mesmo ilícito se o seu fato gerador for visto sob o aspecto penal.

Um exemplo, que se pode vislumbrar sobre a situação tecida pelo ilustre professor, é o casamento, agora permitido ao deficiente sem a necessidade de autorização de um representante legal ou curador. Ressalte-se que o casamento, é um negócio jurídico especial do Direito de Família que aponta algumas particularidades de necessária observância para sua validade, entre eles o requisito de que pessoas já casadas não podem constituir novas núpcias enquanto permanecerem nesta condição (art. 1.521, II, do CC), sob pena de nulidade do matrimônio. Logo, o ato de casar exige do portador de deficiência a cognoscibilidade de que não é permitido o matrimônio com duas pessoas concomitantemente, exige a

noção de que o casamento com duas pessoas é um ilícito civil que tornará nulo o segundo matrimônio.

No âmbito do direito penal, esta mesma conduta é considerado um fato típico, conhecido como bigamia, um crime contra a família, porém, pela legislação penal, o Portador de deficiência é considerado inimputável, por não ter a cognoscibilidade em entender que casar com duas pessoas é um ilícito penal.

Nesse contexto citado acima, nos termos da lei de inclusão, por ficção, a pessoa com deficiência consegue entender que seu segundo casamento é um ilícito civil que fulmina de nulidade seu matrimônio, mas não tem capacidade de entender que sua atitude configura um ilícito penal, atraindo a aplicabilidade de uma medida de segurança, restando configurado a figura do “inimputável capaz”.

Tais ilações, apesar de serem interessantes e exigir do legislador um estudo mais aprofundado sobre o diálogo de fontes quando da confecção de novas leis, deve ser visto com parcimônia, pois, como é cediço, as esferas do direito (administrativa, civil e penal) são independentes, razão por que é normal averiguar algumas incongruências nos seus planos.

A maior prova disso é que a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência, por escolha do legislador, expressamente destinou suas modificações ao texto do Código Civil, em detrimento dos demais ramos do direito.

Assim, diferente do que acontece na lei civil, no direito penal, quando uma pessoa com deficiência entra em conflito com a lei, a constatação da sua inimputabilidade ocorrerá através da realização de um laudo de sanidade mental, momento em que o perito nomeado judicialmente irá explanar sobre as condições psicológicas do agente, cabendo ao juiz declarar, ou não, a inimputabilidade do sujeito, momento em que se destinará o tratamento necessário, através da medida de segurança.

Nesses termos, observa-se que a Reforma Psiquiátrica de 2001, apesar de ser o marco inicial, é, também, o marco inspirador para as mudanças que vêm ocorrendo diuturnamente sobre o tema, seja no âmbito civil, seja no âmbito penal, tornando necessários constantes estudos sobre a (re)adequação da medida de segurança não só como sanção penal, mas também, como importante instrumento de ressocialização do Portador de Deficiência em conflito com a lei.

5.2 Os reflexos do diálogo entre a Lei Antimanicomial e as Leis Penais e Processuais nas decisões judiciais

Não resta dúvida que a promulgação da Lei n.º 10.216/2001 gerou debates jurídicos sobre o seu diálogo junto ao Direito Penal, ao Direito Processual Penal e a Lei de Execução Penal.

É cediço que a Lei Antimanicomial tem como principal objetivo a busca pela desinstitucionalização do indivíduo portador de transtorno mental, sendo a internação utilizada como *ultima ratio* do tratamento do alienado.

Dessa forma, diante da publicação da lei especial, não tardou a busca pela sua aplicabilidade no campo das medidas de segurança, que, em uma de suas modalidades, tem a internação como regra.

Sobre o tema, é majoritário a compreensão nos órgãos jurisdicionais sobre a observação da irradiação e da aplicabilidade da Lei Antimanicomial à execução das medidas de segurança, promovendo verdadeiro diálogo entre as fontes jurídicas, principalmente quando se está diante da possibilidade de aplicação da desinternação progressiva, senão vejamos as ementas abaixo delineadas em casos a similitude, *in litteris*:

PENAL. AGRAVO EM EXECUÇÃO. MEDIDA DE SEGURANÇA. DEFERITÓRIA DE DESINTERNAÇÃO CONDICIONAL. RECURSO DO MINISTÉRIO PÚBLICO. Pretendida, liminarmente, a concessão de efeito suspensivo ao recurso. No mérito, a prorrogação da medida de segurança. Impertinência. 1. Inviabilidade do tópico liminar. Inexistência de previsão de efeito suspensivo ao agravo, ao qual é ínsita apenas a resolutividade da matéria. Não aplicabilidade do artigo 179 da Lei de Execução Penal, diante do caráter residual da medida de segurança. Inteligência do artigo 4º da Lei n.º 10.216/01. 2. Cassação da desinternação condicional. Impertinência. Cessação da periculosidade. Laudo pericial favorável à desinternação condicional, com submissão a tratamento ambulatorial. Medida que visa à reinserção gradativa do indivíduo ao convívio social. Precedentes. Ausência de registros de intercorrências após o cumprimento da desinternação, ocorrido em 01.03.2021. Negado provimento. (TJ-SP - EP: 00065823120218260050 SP 0006582-31.2021.8.26.0050, Relator: Alcides Malossi Junior, Data de Julgamento: 15/07/2021, 9ª Câmara de Direito Criminal, Data de Publicação: 15/07/2021). (BRASIL, 2021a)

Esmiúça-se da decisão acima, que diante do laudo pericial favorável a desinternação, mesmo diante do vigor do art. 179, da Lei de Execução Penal, fez valer o art. 4º, da Lei n.º 10.216/01, em detrimento, inclusive, da gravidade do tipo penal cometido. O que deveria ser a regra (BRASIL, 2001).

Não obstante a evolução do pensamento jurisdicional alhures delineado, há de se ressaltar que em alguns casos, diante da constatação da periculosidade do agente, é comum decisões judiciais que determinam a prorrogação da medida de segurança de internação, mesmo quando se ao ter laudo médico que recomenda a desinternação progressiva, conforme o ementado a seguir transposto, *in verbis*:

AGRAVO EM EXECUÇÃO PENAL. MEDIDA DE SEGURANÇA CONSISTENTE EM INTERNAÇÃO. LAUDO E AVALIAÇÃO A APONTAR A PRESENÇA DA PERICULOSIDADE, MAS A RECOMENDAR A DESINTERNAÇÃO PROGRESSIVA. AFASTAMENTO. 1. A medida de segurança fundamenta-se, mormente, na periculosidade do agente e sua finalidade precípua é o tratamento do sentenciado, quando constatado distúrbio, pericialmente evidenciado, que lhe retire ou diminua o discernimento, ou determinação frente aos ilícitos penais. 2. A desinternação dos sentenciados somente será possível quando comprovada a cessação de sua periculosidade, conforme determinam o art. 97, § 1º, do Código Penal, e o art. 175, caput, da Lei de Execuções Penais. 3. Laudo multidisciplinar que evidencia que a periculosidade do agente ainda se encontra presente, com anotação de que o sentenciado possui esquizofrenia residual. 4. Em sede de execução penal, o princípio *in dubio pro societate* deve ser considerado com preponderação, notadamente em casos sensíveis como o tratado nestes autos, mesmo porque se trata de agente com recorrentes internações psiquiátricas por esquizofrenia residual e acusado da prática de dois homicídios qualificados. Não bastasse, há registro também de que o sentenciado não conta com apoio familiar e comunitário e de que a evolução de seu tratamento se mostra irregular. 6. Agravo ministerial provido para determinar a prorrogação da medida de segurança de internação, sem a transferência para colônia de desinternação progressiva. (TJ-SP - EP: 90000759520218260050 SP 9000075-95.2021.8.26.0050, Relator: Gilda Alves Barbosa Diodatti, Data de Julgamento: 14/09/2021, 15ª Câmara de Direito Criminal, Data de Publicação: 14/09/2021) (BRASIL, 2021b).

Observa-se que o juízo encontra a justificativa da implementação da medida de segurança na periculosidade do agente, observando que a finalidade precípua da medida é o tratamento do sentenciado e mesmo diante de laudo de avaliação médica recomendando a desinternação, diante do fato de o mesmo laudo firmar a periculosidade do agente, dentro deste caso concreto, foi suficiente para que o pedido de desinternação fosse indeferido pelo Juízo.

O caso é o exemplo de que o Juiz de Direito não está adstrito ao laudo pericial e quando sopesou a recomendação médica de desinternação progressiva e a periculosidade do agente, o Juiz aplicou as excepcionalidades previstas na legislação penal e da Lei Antimanicomial.

Isso porque a medida de segurança, como já salientado em capítulos anteriores, encontra sua justificativa na periculosidade do agente e funda-se em um

prognóstico, em um juízo de probabilidade relacionado com um ato futuro que o indivíduo possa praticar.

A verdade é que tal atitude contextualiza o conservadorismo de algumas decisões judiciais, que mesmo diante de uma reforma psiquiátrica que vem há décadas, estudando, educando e comprovando que as medidas de desinternações devem ser a regra, ao possibilitarem um tratamento mais eficaz e humanizado, o sentimento de alocar o portador de transtorno mental em um ambiente de isolamento e distante do seio social é estrutural.

Não bastasse isso, no caso analisado acima, o Juízo *a quo* ainda observa a ausência do apoio familiar e comunitário ao recluso alienado, retratando as dificuldades sociais que tais pessoas enfrentam, seja da família, seja da comunidade, bem como da própria ausência de investimento público na área.

Sobre esse adendo da decisão judicial, cabe aqui firmar que o STJ, no ano de 2017, expressamente observou que o fato do interno não possuir familiares não seria justificativa de manutenção da internação, *in verbis*:

HABEAS CORPUS. MEDIDA DE SEGURANÇA. INTERNAÇÃO. CESSAÇÃO DA PERICULOSIDADE. ABANDONO FAMILIAR. AUSÊNCIA DE VAGAS EM ESTABELECIMENTOS ADEQUADOS. DESINTERNAÇÃO CONDICIONAL. POSSIBILIDADE. ORDEM CONCEDIDA. 1. A cessação da periculosidade do paciente, atestada por laudo pericial, enseja sua desinternação do estabelecimento psiquiátrico, sendo que o fato de ele não possuir parentes em condições de o receber não autoriza a manutenção da internação. 2. Passados mais de 17 anos desde a internação do paciente, bem como tendo o laudo pericial atestado, em 18/9/2009, que sua periculosidade cessou, deve ser concedida a sua desinternação do estabelecimento psiquiátrico em que se encontra, condicionada ao cumprimento das condições previstas nos arts. 132 e 133 da Lei de Execução Penal. 3. Ordem concedida para determinar a desinternação condicional do paciente, nos termos dos arts. 97, 3º, do Código Penal, e 132, 133 e 178 da Lei de Execução Penal. (STJ - HC: 185944 MG 2010/0175283-0, Relator: Ministro SEBASTIÃO REIS JÚNIOR, Data de Julgamento: 19/09/2017, T6 - SEXTA TURMA, Data de Publicação: DJe 27/09/2017) (BRASIL, 2017).

Nesses fundamentos, a decisão supracitada é acertada, uma vez que a falta de apoio familiar não pode influenciar negativamente no já tormentoso tratamento psiquiátrico do portador de transtorno mental, até porque a manutenção do alienado internado, quando laudo médico técnico evidencia que o tratamento ambulatorial é o mais indicado, pelo fato de não ter apoio familiar é fundamento que atenta contra a dignidade da pessoa humana, que pode, inclusive, fazer regredir o processo de tratamento do portador de transtorno mental.

Voltando ao tema da necessidade de alguns órgãos jurisdicionais ainda permanecerem presos a codificação penal, em detrimento, inclusive, de laudo médico especializado, é interessante pontuar as palavras ditas por uma perita judicial, em um processo de desinternação ocorrido na Execução Penal n.º 5000256-81.2022.8.24.0052, oriundo do Tribunal de Justiça do Estado de Santa Catarina:

In casu, restou consignado no laudo de sanidade mental que (autos do SEEU, seq. 132.1, fls. 5-6, grifei):

a) Sofre de algum distúrbio psiquiátrico, doença mental ou perturbação da saúde mental?

Resposta: Sim.

b) Em caso afirmativo, de que espécie e se é temporária ou permanente?

Resposta: Periciando é portador de CID F19.7 Transtornos Mentais e comportamentais devido ao uso de múltiplas drogas - transtorno psicótico residual.

c) Desde que época?

Resposta: Faz uso de drogas ilícitas desde a adolescência, há registros e relato de necessidade de tratamento psiquiátrico desde 2015.

d) Este distúrbio causa incapacidade para que o periciado possa cumprir e compreender a finalidade da pena privativa de liberdade em regime fechado ou semiaberto?

Resposta: Atualmente sim. [...]

f) Há necessidade de tratamento?

Resposta: Sim.

g) Em caso afirmativo, qual espécie de tratamento? E este poderá ser administrado na unidade prisional local?

Resposta: Psiquiátrico e psicológico ambulatorial, preferencialmente por equipe multiprofissional em Centros de Atenção Psicossocial. Salvo melhor entendimento do Exmo. Sr. Juiz, teria melhor tratamento cumprindo prisão domiciliar e em acompanhamento ambulatorial por equipe do CAPS de seu município, pois não se encontra capaz de compreender a finalidade de sua penalização e ambulatorialmente poderia se beneficiar de tratamento especializado.

h) Qual o prognóstico?

Resposta: Reservado, por apresentar sintomas psicóticos residuais, mesmo sem uso de substâncias entorpecentes.

i) Pode ser considerado pessoa perigosa, porque a sua personalidade e antecedentes, bem como os motivos e circunstâncias do crime, autorizam a suposição de que venha ou torne a delinquir?

Resposta: Na ausência de tratamento, sim.

Como se pode esquadrihar, a perita que subscreveu o laudo foi muito explícita ao mencionar que o apenado apenas apresentaria risco de reiteração caso não submetido a tratamento e destacou, ainda, que o melhor prognóstico a ser

oferecido seria cumprindo prisão domiciliar e em tratamento ambulatorial junto ao CAPS de seu município.

O juízo de 1º grau, no caso periciado acima, diante da periculosidade constatada pela perita médica, percebeu pela aplicação da medida de segurança de internação, e coube ao TJSC, em grau de recurso, reformar a decisão *a quo* e, mesmo diante da configuração da periculosidade do agente, deferir o cumprimento da medida em prisão domiciliar e tratamento ambulatorial, senão vejamos, *in verbis*:

RECURSO DE AGRAVO EM EXECUÇÃO PENAL. DECISÃO QUE CONVERTEU A PENA PRIVATIVA DE LIBERDADE EM MEDIDA DE SEGURANÇA E DETERMINOU A INTERNAÇÃO DO APENADO. INSURGÊNCIA DO REEDUCANDO. PRETENDIDO O CUMPRIMENTO DA MEDIDA EM PRISÃO DOMICILIAR E TRATAMENTO AMBULATORIAL. POSSIBILIDADE. JUÍZA A QUO QUE FUNDAMENTOU A INTERNAÇÃO NA SUPOSTA PERICULOSIDADE DO APENADO E NA GRAVIDADE DO CRIME PRATICADO. NO ENTANTO, LAUDO DE SANIDADE MENTAL CONSIGNOU QUE O MELHOR TRATAMENTO PARA O APENADO SERIA PERMANECER EM PRISÃO DOMICILIAR E REALIZAR TRATAMENTO AMBULATORIAL JUNTO À EQUIPE MULTIDISCIPLINAR DO CAPS. AVENTADO PELA PERITA QUE O REEDUCANDO APENAS OFERECERIA PERIGO DE REITERAÇÃO CASO NÃO SUBMETIDO A TRATAMENTO. LEI ANTIMANICOMIAL QUE PREVÊ O ACESSO AO MELHOR TRATAMENTO DE SAÚDE AOS PORTADORES DE TRANSTORNOS MENTAIS E PRECONIZA QUE A INTERNAÇÃO DEVE SER REALIZADA APENAS EM SITUAÇÕES EXCEPCIONAIS, MEDIANTE LAUDO MÉDICO MOTIVADO. INEXISTÊNCIA DE RECOMENDAÇÃO MÉDICA PARA INTERNAÇÃO. GRAVIDADE DO DELITO IRRELEVANTE PARA A DETERMINAÇÃO DA MEDIDA DE INTERNAÇÃO. MEDIDA DE SEGURANÇA QUE NÃO DEVE SE CONFUNDIR COM PENA. PRECEDENTE DO STJ. INTERNAÇÃO INVIÁVEL. TRATAMENTO AMBULATORIAL QUE SE IMPÕE. DECISUM REFORMADO. RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. (TJSC, Agravo de Execução Penal n. 5000256-81.2022.8.24.0052, do Tribunal de Justiça de Santa Catarina, rel. Antônio Zoldan da Veiga, Quinta Câmara Criminal, j. Thu Apr 07 00:00:00 GMT-03:00 2022). (TJ-SC - EP: 50002568120228240052, Relator: Antônio Zoldan da Veiga, Data de Julgamento: 07/04/2022, Quinta Câmara Criminal) (BRASIL, 2022, p. 1)

O Juízo *ad quem*, assim, desconsiderou a informação da periculosidade do agente e, observando os princípios antimanicomiais oriundos da Lei da Reforma Psiquiátrica, deu provimento ao recurso e modificou a decisão *a quo*, determinando tratamento mais humanizado ao portador de transtorno mental em conflito com a lei penal.

É difícil materializar todas as decisões diárias que saem sobre o tema, entretanto, o que se observa, como pontuado acima, é que as decisões não comungam, em alguns casos, possuindo compreensão dissonante com a forma de aplicabilidade das leis em vigor, ora considerando a gravidade da lesão, ora a

periculosidade do agente, e, em outros casos o laudo médico, demonstrando que o juízo de cognição muitas vezes é realizado conforme o grau de entendimento sobre a profundidade de aplicabilidade da Lei da Reforma Psiquiátrica na Execução Penal e, em outros casos, pela aplicabilidade mecânica do art. 97, do CP.

Isso porque, conforme alhures explanado, as espécies de medidas de segurança (detentiva a restritiva), previstas no art. 97, do Código Penal, consistem em métodos de aplicação de prática mecânica, onde a diferença de aplicabilidade estaria na gravidade da prática delitiva em decorrência da doença mental e periculosidade do agente (detentiva - a ser aplicada aos portadores de transtornos mentais que cometessem crimes apensados com reclusão e realizada nos HCTP; e a restritiva – a ser aplicada aos portadores de transtornos mentais que cometessem crimes com sanção penal de detenção, aos quais seriam submetidos a tratamento ambulatorial).

A razão dessa incoerência deriva dos objetivos da criação de cada norma, uma vez que a lei penal visa a prevenção positiva pela busca da proteção ao não-imputável e a sociedade, tendo como norte a segurança pública, ao passo que a Lei n.º 10.216/2001 busca garantias para o tratamento dos portadores de transtorno mental, com a irradiação do princípio da isonomia sobre o seu texto, tratando todos os alienados igualmente e utilizando como norte o quadro mental do sujeito, independente do cometimento de crimes (BRASIL, 2001).

Desse modo, pode-se concluir que no âmbito do Poder Judiciário, a existência de um conflito entre a legislação penal e a Lei n.º 10.216/2001, ainda que se possa visualizar um conflito aparente, faz surgir a prolação de decisões em contrapasso com a legislação especializada antimanicomial.

Nesse mar de situações fáticas, muitas vezes *sui generis*, é primordial a sensibilidade do julgador no caso concreto, bem como a interpretação do direito na totalidade de forma sistemática e coordenada para a solução de conflito de normas (antinomias jurídicas), buscando o diálogo da legislação penal com a lei antimanicomial (diálogo das fontes).

Sobre tal diálogo das fontes, Cláudia Marques (2009, p. 89-90) assim teorizou, *in verbis*:

É o chamado 'diálogo das fontes' (di + a = dois ou mais; logos = lógica ou modo de pensar), expressão criada por Erik Jayme, em seu curso de Haia (Jayme, Recueil des Cours, 251, p. 259), significando a atual aplicação

simultânea, coerente e coordenada das plúrimas fontes legislativas, leis especiais (como o CDC, a lei de seguro-saúde) e gerais (como o CC/2002), com campos de aplicação convergentes, mas não mais iguais.

Erik Jayme, em seu Curso Geral de Haia de 1995, ensinava que, em face do atual 'pluralismo pós-moderno' de um direito com fontes legislativas plúrimas, ressurge a necessidade de coordenação entre leis no mesmo ordenamento, como exigência para um sistema jurídico eficiente e justo (*Identité culturelle et intégration: le droit international privé postmoderne. Recueil des Cours, II, p. 60 e 251 e ss.*).

O uso da expressão do mestre, 'diálogo das fontes', é uma tentativa de expressar a necessidade de uma aplicação coerente das leis de direito privado, coexistentes no sistema. É a denominada 'coerência derivada ou restaurada' (*cohérence dérivée ou restaurée*), que, em um momento posterior à descodificação, à tópica e à micro recodificação, procura uma eficiência não hierárquica, mas funcional do sistema plural e complexo de nosso direito contemporâneo, a evitar a 'antinomia', a 'incompatibilidade' ou a 'não coerência'.

'Diálogo' porque há influências recíprocas, 'diálogo' porque há aplicação conjunta das duas normas ao mesmo tempo e ao mesmo caso, seja complementarmente, seja subsidiariamente, seja permitindo a opção pela fonte prevalente ou mesmo permitindo uma opção por uma das leis em conflito abstrato - solução flexível e aberta, de interpenetração, ou mesmo a solução mais favorável ao mais fraco da relação (tratamento diferente dos diferentes).

Em 2019, o STJ, através da sua Terceira Seção, pacificando o entendimento dissonante entre a Quinta Turma e a Sexta Turma, dirimiu algumas dúvidas sobre a interpretação a ser dada ao art. 97 do Código Penal.

O caso seria o julgamento de recurso especial de agente acusado de atentado violento ao pudor, absolvido com base no artigo 26 do Código Penal (absolvição imprópria), momento em que a Sexta Turma estabeleceu ser possível a aplicação de medida de segurança consistente no tratamento ambulatorial.

Sobre a divergência implementada, havia de um lado o posicionamento da Quinta Turma que entendia, em se tratando de crime punível com reclusão, pela impossibilidade de substituição da internação em hospital de custódia por tratamento ambulatorial.

A Sexta Turma, por sua vez, como observado acima, proclamava a tese de que a medida de segurança não se vincularia à gravidade do delito, mas à periculosidade do agente, possibilitando ao magistrado optar pelo tratamento mais apropriado ao caso concreto.

Segue a ementa do voto dos Embargos de Divergência alhures explanado, *in verbis*:

PENAL. EMBARGOS DE DIVERGÊNCIA EM RECURSO ESPECIAL. PARADIGMA EM HABEAS CORPUS. IMPOSSIBILIDADE. ATENTADO VIOLENTO AO PUDOR. INIMPUTABILIDADE DO RÉU. SENTENÇA ABSOLUTÓRIA IMPRÓPRIA. MEDIDA DE SEGURANÇA. INTERNAÇÃO EM MANICÔMIO JUDICIÁRIO. SUBSTITUIÇÃO POR TRATAMENTO AMBULATORIAL. CRIME PUNIDO COM PENÁ DE RECLUSÃO. ART. 97 DO CP. POSSIBILIDADE. EMBARGOS REJEITADOS. 1. Os embargos de divergência em recurso especial, ao tempo em que solucionam a lide, têm por finalidade possibilitar ao Superior Tribunal de Justiça que resolva a discordância existente entre seus órgãos fracionários na interpretação de lei federal, com objetivo de uniformização da jurisprudência interna corporis. 2. Esta Corte tem entendimento de que somente se admitem como acórdãos paradigmas os proferidos no âmbito de recurso especial e de agravo que examine o mérito do especial, não sendo aptos a tal finalidade os arestos no âmbito de ação rescisória, habeas corpus, conflito de competência, tampouco em sede de recurso ordinário em mandado de segurança, como na espécie. 3. "Tal interpretação veio a ser corroborada pelo art. 1.043, § 1º, do CPC/2015, que restringiu, expressamente, os julgados que podem ser objeto de comparação, em sede de embargos de divergência, a recursos e ações de competência originária, não podendo, portanto, funcionar como paradigma acórdãos proferidos em ações que têm natureza jurídica de garantia constitucional, como os habeas corpus, mandado de segurança, habeas data e mandado de injunção. O mesmo raciocínio vale para enunciados de súmula de tribunais" (AgRg nos EAREsp 1.243.022/DF, Rel. Ministro REYNALDO SOARES DA FONSECA, TERCEIRA SEÇÃO, julgado em 10/10/2018, DJe 22/10/2018). 4. Hipótese em que se verifica posicionamento dissonante entre as Turmas que compõem a Terceira Seção desta Corte quanto ao direito federal aplicável (art. 97 do CP. "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"). 5. A doutrina brasileira majoritariamente tem se manifestado acerca da injustiça da referida norma, por padronizar a aplicação da sanção penal, impondo ao condenado, independentemente de sua periculosidade, medida de segurança de internação em hospital de custódia, em razão de o fato previsto como crime ser punível com reclusão. 6. Para uma melhor exegese do art. 97 do CP, à luz dos princípios da adequação, da razoabilidade e da proporcionalidade, não deve ser considerada a natureza da pena privativa de liberdade aplicável, mas sim a periculosidade do agente, cabendo ao julgador a faculdade de optar pelo tratamento que melhor se adapte ao inimputável. 7. Deve prevalecer o entendimento firmado no acórdão embargado, no sentido de que, em se tratando de delito punível com reclusão, é facultado ao magistrado a escolha do tratamento mais adequado ao inimputável, nos termos do art. 97 do Código Penal. 8. Embargos de divergência rejeitados. (STJ - EREsp: 998128 MG 2011/0103968-0, Relator: Ministro RIBEIRO DANTAS, Data de Julgamento: 27/11/2019, S3 - TERCEIRA SEÇÃO, Data de Publicação: DJe 18/12/2019)

Depreende-se da ementa alhures destacada que prevaleceu o entendimento perpetrado pela Sexta Turma, pontuando-se que para a melhor interpretação e aplicabilidade do artigo 97 do Código Penal, não se deve fazer uma interpretação literária do dispositivo, mas sempre com o respeito aos princípios da adequação, da razoabilidade e da proporcionalidade.

Diante dessa aparente antinomia legal, o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) vem, por meio de resoluções, buscando orientar os magistrados nas decisões sobre o tema, como uma forma de pacificar e de uniformizar as decisões.

Nessa trilha, destaque-se em um primeiro momento a Resolução n.º 13, de 20 de abril de 2010, que traz consigo a lição de que a sentença absolutória que aplica medida de segurança deve observar os termos da Lei n.º 7.210/84 (LEP) e da Lei n.º 10.216/2001 (Lei da Reforma Psiquiátrica), entendimento que buscava massificar o diálogo entre as duas fontes legais.

No mesmo ano, a Resolução n.º 113/2010, do CNJ, que dispõe sobre o procedimento relativo à execução de pena privativa de liberdade e de medida de segurança, de onde se destaca o art. 17, que assim determina, *in litteris*:

Art. 17. O juiz competente para a execução da medida de segurança, sempre que possível, buscará implementar políticas antimanicomiais, conforme sistemática da Lei n.º 10.216, de 06 de abril de 2001” (BRASIL, 2010, p. 7).

Entrementes, mesmo diante das constantes resoluções emanadas do CNJ, ainda são constantes os precedentes jurisdicionais dissonantes, até mesmo porque as resoluções, em que pese serem classificados como atos normativos primários (que retira seu fundamento do próprio texto constitucional), são recomendações a orientar a aplicabilidade legal das medidas de segurança diante da constante busca pela desinternação do portador de deficiência.

Destaque-se, ainda, que no ano de 2023, o ainda diante da omissão do poder executivo e do descaso político, advindos e chancelados por uma estrutura social que discrimina o portador de transtorno mental que se encontra em conflito com a lei, o Conselho Nacional de Justiça, através da Resolução n.º 487/2023, deu um importante passo para tentar, mais uma vez, normatizar o tratamento a ser dado a esta minoria duplamente discriminada (BRASIL, 2023).

É através da citada Resolução 487/2023, que o CNJ visa pacificar os entendimentos dissonantes que ainda surgem nas decisões judiciais por conta do aparente conflito da LEP com as Leis que tratam do portador de transtorno mental (BRASIL, 2023).

Tal resolução institui a Política Antimanicomial do Poder Judiciário, estabelecendo procedimentos e diretrizes para implementar a Convenção

Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência e a Lei n.º 10.216/2001, no âmbito do processo penal e da execução das medidas de segurança.

Sobre a lei, destaque-se o art. 13, que dissipa qualquer dúvida sobre a implementação da medida de segurança de internação, estabelecendo que somente em hipóteses absolutamente excepcionais (quando não cabíveis outras medidas cautelares) e quando compreendidas como recurso terapêutico.

Outrossim, no mesmo ritmo se encontra o parágrafo segundo, do citado art. 13, que trata sobre a cessão da internação, que ocorrerá a critério da equipe de saúde multidisciplinar, que observando a desnecessidade do recurso terapêutico, comunicará a alta hospitalar à autoridade judicial determina que a internação, e o acompanhamento psicossocial poderá continuar nos demais dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)¹⁶, em meio aberto.

O art. 16, por sua vez, estabeleceu, no âmbito do Poder Judiciário, um prazo de 6 (seis) meses, para a autoridade judicial competente revisar os processos a fim de avaliar a possibilidade de extinção da medida em curso, progressão para tratamento ambulatorial em meio aberto ou transferência para estabelecimento de saúde adequado.

A grande dificuldade que encontrará o Poder Judiciário na implementação desta busca é a estrutura física e profissional deficitária para agilizar a avaliação da extinção da medida de segurança, alvo do próximo item a ser estudado.

Assim, evidencia-se que o caráter interdisciplinar da Lei da Reforma Psiquiátrica se fez observar, *a priori* e ao menos formalmente, com o surgimento de conjunto de resoluções que colocaram em destaque os preceitos ditados pela Reforma, orientando o aplicador da medida de segurança a buscar elementos norteadores da reforma psiquiátrica e, sempre que possível, políticas antimanicomiais.

¹⁶ Rede de Atenção Psicossocial (Raps): rede composta por serviços e equipamentos variados de atenção à saúde mental, tais como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os Centros são casas localizadas no espaço urbano, constituídas para responder às necessidades de moradia de pessoas portadoras de transtornos mentais graves, institucionalizadas ou não.

5.3.Os obstáculos administrativos para a implementação da Reforma Psiquiátrica na Medida de Segurança

Ocorre que, como bem observado nos dados apontados na seção 2.1, resta mais evidente, ainda, que a concretização da aplicabilidade de medidas de desinstitucionalização nos casos envolvendo portadores de transtorno mentais que infringem a lei é verdadeiro desafio para os aplicadores do direito e para os administradores públicos.

Os relatos apontados demonstram as dificuldades financeiras e de recursos humanos que possam viabilizar medidas extra-hospitalares que possibilitem a implantação de meios alternativos às medidas de internação. Entretanto, dificulta formular meios alternativos às medidas de segurança quando a estrutura penal-psiquiátrica no Brasil é precária e conserva, ainda, métodos asilares.

Não bastasse isso, é cediça a problemática em torno de investimento público em vários setores sociais, inclusive na área da saúde. O setor penal-psiquiátrico não foge a regra. A insuficiência de recursos e investimento no setor dificulta até mesmo a realização de atos que deveriam ser feitos em um prazo razoável, a saber, os laudos que atestam a continuação da periculosidade.

Em sua pesquisa, Débora Diniz (2013, p. 17) observou as consequências que o número diminuto de profissionais da área da saúde nos HCTP:

Os dados são reveladores do que classifico como “estrutura inercial” do modelo psiquiátrico-penal no Brasil: 41% dos exames de cessação de periculosidade estão em atraso, o tempo médio de permanência à espera de um laudo psiquiátrico é de dez meses (o artigo 150, § 1o do Código de Processo Penal determina 45 dias) e o de espera para o exame de cessação de periculosidade é de 32 meses, 7% dos indivíduos possuem sentença de desinternação e se mantêm em regime de internação.

Sobre o tema, destaque-se os artigos 175¹⁷ e 176¹⁸ da Lei de Execuções Penais (LEP), que tratam sobre a cessação da periculosidade.

¹⁷ Art. 175. A cessação da periculosidade será averiguada no fim do prazo mínimo de duração da medida de segurança, pelo exame das condições pessoais do agente, observando-se o seguinte:
I - a autoridade administrativa, até 1 (um) mês antes de expirar o prazo de duração mínima da medida, remeterá ao Juiz minucioso relatório que o habilite a resolver sobre a revogação ou permanência da medida;
II - o relatório será instruído com o laudo psiquiátrico;
III - juntado aos autos o relatório ou realizadas as diligências, serão ouvidos, sucessivamente, o Ministério Público e o curador ou defensor, no prazo de 3 (três) dias para cada um;
IV - o Juiz nomeará curador ou defensor para o agente que não o tiver;

O artigo 175, da citada lei, afiança que a cessação da periculosidade seja averiguada no fim do prazo mínimo de duração da medida de segurança, e, nos termos do inciso I, do citado artigo, exige a confecção de minucioso relatório instruído com laudo psiquiátrico. Somente assim, analisando o relatório munido com laudo psiquiátrico é que o Juiz, verificada a cessação da periculosidade, expedirá, segundo seu convencimento, a ordem para a desinternação do agente.

Em ato contínuo, o artigo 176, da LEP, explana sobre a possibilidade de sua confecção a qualquer tempo, ainda que não transcorrido o período mínimo referido na sentença penal, exigindo-se, para tanto, requerimento fundamentado do Ministério Público ou do interessado, seu procurador ou defensor.

Sobre este dispositivo, as palavras conclusivas de Silvana Borges (2020, p. 91), *in litteris*:

Não há dúvida que essa disposição, intimamente relacionada ao caráter de mutabilidade que permeia o título executivo penal, visa impedir que seja mantida a medida de segurança desnecessária, com indevida privação de direitos daquele que, cessada sua periculosidade, permanece em regime de internação ou submetido a tratamento ambulatorial.

Logo, evidencia-se a importância da existência de um corpo de profissionais especializados e qualificados para essa atividade, que consigam manter o Juízo executório constantemente atualizado.

Entretanto a, realidade é outra. A iniciar pela estrutura física precária dos HCTPs, como bem revelou a inspeção realizada pela CFP, em 2015 (devidamente citada no capítulo 2.1), que assim observou:

Chuveiros insuficientes e com apenas água fria, os presos/pacientes não têm acesso sequer à válvula de descarga dos banheiros. As celas de isolamento possuem um vaso sanitário, mas sem válvula de descarga. Foi-nos informado que, externamente, um funcionário dava descarga três vezes ao dia (por segurança – sic), regra geral “fossa turca” (buraco no chão, como nas cadeias). Além das péssimas condições de limpeza (mesmo quando “preparados” para a inspeção), o cheiro é

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

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

¹⁸ Art. 176. Em qualquer tempo, ainda no decorrer do prazo mínimo de duração da medida de segurança, poderá o Juiz da execução, diante de requerimento fundamentado do Ministério Público ou do interessado, seu procurador ou defensor, ordenar o exame para que se verifique a cessação da periculosidade, procedendo-se nos termos do artigo anterior.

repugnante em todas as unidades visitadas, não há equipe específica para limpeza, os banheiros e alojamentos são imundos, os pacientes também sofrem com as vestes muito sujas da instituição, pouco dadas a lavagem periódica.

[...]

As profissionais psicólogas relatam dificuldades quanto à estrutura física, como salas pouco arejadas, insalubres e úmidas. Inclusive relataram que a limpeza do ambiente e as roupas dos pacientes são realizadas por eles. Elas trouxeram e nos mostraram, enquanto percorríamos o espaço onde elas executam seu trabalho, salas pouco arejadas e com estrutura visível bastante deteriorada.

Quanto ao material psicológico, informam que os testes psicológicos estão em condições precárias e até mesmo deteriorados e sem manutenção [...] O quantitativo de usuários é incompatível com o quantitativo de psicólogos, bem como de toda equipe interdisciplinar para desenvolver o trabalho condizente com a necessidade da instituição. Não existem estagiários de Psicologia; não existe sala para os atendimentos da Psicologia; o registro documental específico da Psicologia não é frequente, a forma de evoluir no prontuário coletivo não caracteriza a especificidade da Psicologia; não existe armário/arquivo com chave.

Ademais, não bastasse a estrutura física precária, o mesmo estudo apontou um número diminuto de profissionais psicólogos nos HCTPs (CFP, 2015, p.19), sendo a proporção da relação profissional/paciente variando, a menor, de 1 psicólogo para cada 21 internos/pacientes e, na maior relação inacreditáveis 104 pacientes por profissional de psicologia. Cite-se (CFP, 2015, p.17):

Pouquíssimos são os psicólogos, tanto em números absolutos (45 no total, contabilizando-se as 18 unidades inspecionadas), quanto em percentual frente ao total de trabalhadores, o que deve fazer acender uma luz de alerta no Conselho Federal e sua Comissão de Orientação e Fiscalização, uma vez que 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. Esse fato inviabiliza uma escuta e um cuidado minimamente decente.

As consequências desse descaso administrativo refletem-se no atraso das prestações mínimas de atendimento técnico aos portadores de transtorno mental em atrito com a lei, que substanciam desde a qualidade de tratamento dessas pessoas, muitas vezes relegadas e resumidas ao recebimento de medicamentos, como a real impossibilidade de análise criteriosa sobre a cessação de periculosidade.

Basta que se ressalte as análises de Débora Diniz (2013, p.17), que destacou que cerca de 41% dos exames de cessação de periculosidade estão em atraso, e o tempo médio de permanência à espera de um laudo psiquiátrico é de dez meses (o

artigo 150, § 1º do Código de Processo Penal determina 45 dias), havendo casos em unidades da federação que a espera chega a 2 anos, conforme depreendido pelo Conselho Federal de Psicologia na inspeção realizada em 2015 (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2015, p. 17).

Outro dado interessante apontado pela CFP é a ausência de advogados no acompanhamento das perícias realizadas nessas instituições, conforme o dizer abaixo selecionado (CFP, 2015, p.19):

Considera-se grave ainda que os psicólogos apareçam apenas em cinco juntas periciais. Mesmo se se considera que a ausência de informação a este respeito é significativa (nove em 17, ou mais de 52% dos casos); é preocupante a ausência de psicólogos nas juntas periciais, igualmente, a inexistência, em 100% dos casos dos exames, de um advogado.

Ora, se o advogado é essencial e indispensável para a administração da justiça (art. 133, da Constituição Federal), é quase osmótico a conclusão de que a ausência desta classe de profissionais torna despicienda a fiscalização sobre os maus tratos sofridos por essa parcela da população.

Assim, evitar a institucionalização é missão das mais difíceis, uma vez que a desinstitucionalização é demorada e difícil, diante da precária estrutura física e da ausência de profissionais de saúde especializados.

Os relatos apresentados em todos os estudos de campo realizados e utilizados nesta pesquisa são unânimes e, por vezes, difíceis de expressar, mas que comprovam o descaso administrativos, mesmo diante dos 35 anos da promulgação da Constituição Federal cidadã e de 22 anos da Lei Antimanicomial, e muitas vezes o esquecimento pela sociedade e pela família.

Nesse momento, as fortes palavras da psicóloga Maria Aparecida Diniz, quando da conclusão da inspeção realizada pela CFP (CFP, 2015, p. 155), *in verbis*:

Aqui, entretanto, cuidou-se de trabalhar um instantâneo, sem retoques, do que as equipes de inspeção puderam verificar, relatar e chamar à reflexão, com um detalhe importante: não há o cheiro nauseabundo, misto de fossa (anti)séptica, fezes humanas, urina, suor, sangue e medo. O cheiro de medo não consegue ser impresso nesse relato que se leu, mas impregna a todos que, um dia, saíram de seus gabinetes de trabalho ou de estudo e se deram ao trabalho de irem a campo.

Como entender tratamento nas condições em que estão depositadas essas pessoas – impossível reconhecer-lhes o título de cidadãos, vez que cidadania não têm -, como admitir que as condições, em pleno século XXI, sejam aquelas descritas pelos estudiosos do século XVIII?

Gostariam de ser tratados como seres humanos, mas são tratados como bichos, conforme relatos dos pacientes. Não têm nenhum contato no sentido de tornarem a participar das cidades, jamais recebem visitas; muitas vezes porque mataram algum familiar e a própria família não procura ou se nega a estabelecer contato. Há pacientes detidos há 19 anos, 27 anos. Toda uma vida desperdiçada. Vida nua. Vida de “matáveis”.

Assim, mesmo diante de todos os direitos elencados na Constituição Federal de 1988 e de todos os preceitos alocados na lei antimanicomial e nas resoluções alhures destacadas, a verdade é que a limitação de recursos públicos consubstanciada na estrutura deficitária e na carência de profissionais, provavelmente, seja o ponto fulcral que obsta a concretização das ideias da reforma psiquiátrica.

Por outro lado, além das limitações de recursos que permitam um melhor atendimento aos internos, ainda há que se pontuar outro lado que muitas vezes passa despercebido quando se analisa a desinternação pregada pela Lei da Reforma Psiquiátrica, que seria a própria desinternação.

Imagine, se o recluso que não possui transtornos mentais encontra dificuldades de se ressocializar e, muitas vezes, diante das dificuldades, reincide, o que dizer de um portador de transtornos mentais que transgrida a lei penal que, mesmo tendo um parecer positivo para desinternação, necessitaria de toda uma mobilização e investimento em equipamentos substitutivos que atendesse as suas necessidades particulares, como os serviços hospitalares e extra-hospitalares.

Ressalte-se que o parecer sobre o portador de transtorno mental, encaminhado ao juízo competente para fins de desinternação, pontua sobre a periculosidade do agente, conceito muitas vezes incerto, fundado em um prognóstico, em um juízo de probabilidade relacionado com um ato futuro, ou seja, a probabilidade de o agente perigoso tornar a delinquir.

Ocorre que a cessação da periculosidade não significa, necessariamente, a cura da doença mental, uma vez que são doenças de natureza crônica, que se prolonga no tempo e que afeta a qualidade de vida de seus portadores, limitando suas capacidades e tornando-os dependentes de atendimento sanitário e social.

É preciso, nessa ordem, que os agentes públicos busquem um diálogo, atuem conjuntamente para superar as dificuldades, organizando mutirões para analisar os pareceres psiquiátricos em atraso, desospitalizar, ao menos, os portadores de doença mental com os laudos positivos para não periculosidade, e, na mesma toada, investir em políticas públicas e ações para qualificar e estruturar uma rede

hospitalar e extra-hospitalar capaz de atender os que continuarão internados e os libertos.

É verdade que em um mundo ideal, a erradicação dos HCTP seria a máxima, tendo em vista que o objetivo fundamental da Lei Antimanicomial é extinguir com tais estabelecimentos, entretanto, como visto dos relatórios que ocorreram durante as duas primeiras décadas depois da promulgação da citada lei, a estrutura física dos HCTP ainda são, em sua maioria, deficitária, em alguns casos, asilar, sofrendo com falta de medicamentos apropriados, diminuto número de profissionais de saúde especializada.

Não bastasse isso, a possibilidade da extinção de tais manicômios só seria definitiva se houvesse o real investimento no tratamento extra-hospitalar, capaz de possibilitar a estas pessoas a reconstrução de suas vidas.

6 CONCLUSÃO

A reforma psiquiátrica é um movimento antimanicomial que iniciou na Itália, sob a batuta do médico e psiquiatra italiano Franco Basaglia, responsável por severas críticas a este modelo de internação. O ilustre italiano apontava a falência desta instituição como espaço terapêutico e defendia a desinstitucionalização dos portadores de transtorno mental, com base em apoio social e assistência psiquiátrica.

O psiquiatra italiano chegou a visitar o Brasil no final da década de 70, momento que teceu severas críticas ao modelo de internação aplicado nos asilos nacionais, comparando-os, na ocasião, aos campos de concentração nazista da Segunda Guerra Mundial.

Os reflexos dessas críticas, no território brasileiro, se substanciaram no Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que passou a denunciar o histórico de violência ocorrida nos manicômios, a mercantilização da loucura e passou a buscar melhores condições de assistência aos internos pela humanização dos serviços.

Não obstante esta luta por melhores condições de tratamento nos asilos brasileiros, há uma figura emblemática no nosso ordenamento jurídico penal, a medida de segurança, instituto que reúne, há um só tempo, a exclusão social destinada, estruturalmente, ao deficiente mental pela cultura da normalidade e a discriminação social no que se refere a pessoa em conflito com a lei.

Sobre o tema, o Código Penal de 1945, sofreu reforma em 1984, trazendo nova redação ao art. 96, e destinando a medida de segurança para os inimputáveis (absolutamente incapazes de compreender a ilicitude do ato ilícito) e semi-imputáveis (compreensão parcial acerca do ato), nos moldes do art. 26, do citado códex, e o cumprimento de tal medida se daria nos hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico.

Nesses termos, a medida de segurança passa a ser pautada pelo critério periculosidade do agente, o que é criticável, tendo em vista que se caracteriza pela presunção, ou seja, o portador de transtorno mental que comete um ilícito penal, após receber atestado médico-pericial de ser perigoso para o convívio social, receberá a medida sancionatória, como uma forma de proteger a sociedade de um provável e futuro novo ilícito.

A seu tempo, a medida de segurança oriunda da reforma de 1984 não seguiu a luz dos progressos da psiquiatria até aquela data, uma vez que não visou analisar os transtornos mentais e seus níveis de afetação ao discernimento da capacidade psíquica.

Para tanto, basta-se observar que a escolha da medida de segurança a ser aplicada ao agente não considerava a seriedade do transtorno mental, mas sim a gravidade do delito, nos termos do entabulado no art. 97, do CP - internação para crimes punidos com reclusão e tratamento ambulatorial para crimes puníveis com detenção.

A Reforma Psiquiátrica, legiferada no Brasil através da Lei n.º 10.216 de 2001 (LRP), trouxe inovações no que diz respeito à política pública de saúde mental, dando início, conseqüentemente, a uma série de discussões a respeito de sua aplicabilidade no âmbito da medida de segurança.

Isso porque, a citada lei declara que mesmo diante da necessidade de internação, esta medida só poderá ser realizada mediante laudo médico circunstanciado (art. 6º, da LRP) e praticada com integral assistência à pessoa portadora de transtorno mental, sendo vedada a internação destes em instituições com características asilares (art. 4º, §§ 2º e 3º, da LRP).

Nitidamente observa-se uma antinomia legal, na medida que a lei penal orienta a internação do portador de transtorno mental em conflito com a lei, nos casos em que cometa crime punível com reclusão, ao passo que a Lei da Reforma Psiquiátrica a medida de internação seria *ultima ratio* e nunca em instituições com características asilares.

Porém, a realidade dos hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico (HCTP) no Brasil é periclitante, como observado nas inspeções realizadas pelo MPF e pelo Departamento Penitenciário Nacional em 2011 e pelo relatório de 2015, do Conselho Federal de Psicologia (2015), que expuseram a realidade física dos HCTP, evidenciando a superlotação dessas instituições, a precariedade da estrutura, a falta de medicamentos apropriados e o diminuto número de profissionais especializados.

Outrossim, ainda há de se pontuar a dificuldade que o legislador tem em fazer o diálogo entre a legislação penal com a legislação moderna que trata dos portadores de transtorno mental, uma vez que é visível que qualquer política que finde por tratar tais pessoas, que não seja em local isolado, com semelhança de

tratamento penitenciário, encontra ampla oposição de bancadas que tem como norte o populismo penal legislativo.

Entretanto, tais amarras políticas não se encontram presente no judiciário e, em que pese a dissonância jurisprudencial, observa-se que cresce a aplicabilidade da medida de segurança em conjunto com as normas instituidoras da legislação antimanicomial.

O Conselho Nacional de Justiça vem publicando, com uma certa constância, resoluções que buscam orientar os magistrados quando da aplicação da medida de segurança, a destacar a Resolução 13/2010, que traz a lição de que a sentença absolutória que aplica medida de segurança deve observar os termos da Lei n.º 7.210/84 (LEP) e da Lei n.º 10.216/2001 (Lei da Reforma Psiquiátrica), e a Resolução n.º 113/2010, que dispõe sobre o procedimento relativo à execução de pena privativa de liberdade e de medida de segurança.

Mais recentemente, a Resolução 487/2023, que busca pacificar os entendimentos dissonantes que ainda surgem nas decisões judiciais por conta do aparente conflito da LEP com as Leis que tratam do portador de transtorno mental (BRASIL, 2023).

Entretanto, a reforma psiquiátrica, já nos ensinamentos de Franco Basaglia, é um processo complexo, que exige ampla participação de todos os setores públicos da sociedade, e, nesses termos, não basta apenas ao Poder Judiciário buscar a melhor aplicação da lei antimanicomial à legislação penal sobre o tema, é preciso que todas as parcelas da sociedade criem um senso crítico sobre a necessidade de tais pessoas.

A reforma psiquiátrica é processo político e social complexo, que necessita da integração de todas as camadas sociais de país, exigindo a cooperação política dos governos federal, estadual e municipal, além de amparo técnico das universidades e dos conselhos profissionais, até o sustentáculo familiar.

Não há como se fazer uma reforma psiquiátrica na sua mais profunda amplitude se há um descompasso entre as decisões judiciais, a rigidez da legislação penal e a estrutura física dos hospitais de custódia.

É por essa razão que, mesmo com uma constituição garantista de 1988, que desde sua promulgação tem o princípio da dignidade da pessoa humana com um dos seus objetivos fundamentais; mesmo sendo signatário de pactos internacionais que humanizam o tratamento destinado aos portadores de deficiência e proíbem a

tortura e tratamento degradante aos cidadãos; mesmo diante de uma legislação antimanicomial em vigor desde 2001, que ainda há distorções práticas no tratamento destinado a tais pessoas.

Não há dúvidas de que cada vez mais as medidas de segurança serão aplicadas de forma subsumível a legislação antimanicomial, e, por essa razão, é necessário que o Poder Executivo busque aparelhar e estruturar os hospitais de custódia com um corpo de profissionais especializados para o tratamento de tais pessoas.

Além do mais, não há mais espaço para o descaso administrativo secular destinado a tais pessoas. A Constituição Federal já tem 35 anos de vigor, a Lei Antimanicomial tem 22 anos, não há justificativa para tamanha omissão estatal.

Não se está aqui declarando que o Estado tenha recursos sobrando, mas que não cabe, diante de todo esse tempo, a desculpa da falta de recurso público para atender a tais necessidades.

Ademais, o amparo administrativo vai além da estrutura física e profissional destinada ao amparo dos portadores de transtorno mental, é necessitaria uma mobilização e investimento em equipamentos substitutivos que atendam as suas necessidades particulares de tais pessoas, como os serviços hospitalares e extra-hospitalares.

Nesses termos, a possibilidade da extinção de tais manicômios vai muito além da superação da estrutura física, envolve uma real participação de todos os setores sociais, envolve uma necessidade de reeducação social sobre o tratamento dado aos portadores de transtorno mental, uma reeducação ao que todos entendem sobre a loucura, sobre o sofrimento humano e isso só ocorrerá em definitivo se houvesse um real investimento no tratamento extra-hospitalar, capaz de possibilitar a estas pessoas a reconstrução de suas vidas.

REFERÊNCIAS

- AMARANTE, Paulo. (Coord.) **Loucos pela Vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1995.
- AMARANTE, Paulo. **Asilos, alienados e alienistas: uma pequena história da psiquiatria no Brasil** In: Psiquiatria Social e Reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p. 73-84
- AMARANTE, Paulo. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- ARBEX, Daniela. **Holocausto Brasileiro**. 1.ed. São Paulo: Geração Editora, 2013.
- ARENDT, Hannah. **Origens do totalitarismo**. Tradução: Roberto Raposo. São Paulo: Companhia das Letras, 1989.
- BASAGLIA, Franco. **A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico**. Tradução: Heloisa Jahn. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.
- BORGES, Silvana Amneris Rôlo Pereira. **Saúde Mental: a lei antimanicomial e seus reflexos no âmbito do direito penal**. Dissertação (Mestrado em Direito da Saúde)– Universidade Santa Cecília – UNISANTA, Santos, 2020. Disponível em https://unisanta.br/arquivos/mestrado/direito/dissertacoes/Dissertacao_SILVANAAMNERISROLOPEREIRABORGES437.pdf. Acesso em: 17 fev. 2023.
- BRASIL. Conselho Nacional De Justiça - CNJ. **Resolução n.º 113, de 20 de abril de 2010**. Brasília: Portal CNJ, 2010. Disponível em: https://atos.cnj.jus.br/files/resolucao_113_20042010_25032019153433.pdf. Acesso em: 18 out. 2022.
- BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. **Hospitais de Custódia no Brasil**. Brasília: CNJ, 2018. Disponível no endereço eletrônico: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2018/10/29378a968502d0b1b55bd3816167fcd9.pdf>
- BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. **Resolução n.º 487, de 15 de fevereiro de 2023**. Brasília: Portal CNJ, 2023.
- BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988.
- BRASIL. **Decreto n.º 1.132, de 22 de dezembro de 1903**. Reorganiza a Assistencia a Alienados, Rio de Janeiro: Publicado no Diário Oficial da União - Seção 1 - 24/12/1903, Página 5853. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1900-1909/decreto-1132-22-dezembro-1903-585004-publicacaooriginal-107902-pl.html>. Acesso em: 17 fev. 2023.
- BRASIL. **Decreto n.º 40, de 15 de fevereiro de 1991**. Promulga a Convenção Contra a Tortura e Outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes. Brasília: Presidência da República, 1991. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_mental_fronteras_reforma_psiq_iatrica.pdf. Acesso: 12 out. 2022.

BRASIL. **Portaria Interministerial nº. 628, de 2002**. Legislação do Sistema Prisional. Brasília: Presidência da República, 2002. Disponível em: <http://adcon.rn.gov.br/ACERVO/Suvisa/doc/DOC000000000024997.PDF>. Acesso em: 14 out. 2022.

BRASIL. **Regras de Mandela**: regras mínimas das Nações Unidas para o tratamento de presos. Brasília: CNJ, 2016.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça – STJ (6ª Turma). Habeas Corpus: HC 185.944 MG 2010/0175283-0. Habeas corpus. Medida de segurança. Internação. Cessação da periculosidade. Abandono Familiar. Ausência de vagas em estabelecimentos adequados. Relator: Ministro Sebastião Reis Júnior, 19 de setembro de 2017.

BRASIL. Tribunal de Justiça de Santa Catarina. Agravo de Execução Penal: EP 50002568120228240052. Recurso de agravo penal. Decisão que converteu a pena privativa de liberdade em medida de segurança e determinou a internação do apenado. Relator: Antônio Zoldan da Veiga, 7 de abril de 2022.

BRASIL. Tribunal de Justiça de São Paulo. Agravo de Execução Penal: EP 0006582-31.2021.8.26.0050. Vistos, relatados e discutidos estes autos de Agravo de Execução Penal n. 0006582-31.2021.8.26.0050, da Comarca de São Paulo. Agravante: Ministério Público do Estado de São Paulo. Agravada: Katia Albarelli. Relator: Alcides Malossi Junior, 15 de julho de 2021. Tribunal de Justiça de São Paulo, 2021a.

BRASIL. Tribunal de Justiça de São Paulo. Agravo de Execução Penal: EP 9000075-95.2021.8.26.0050. Agravo de execução penal. Medida de segurança consistente em internação. Lauda e avaliação a apontar a presença da periculosidade, mas a recomendar a desinternação progressiva. Afastamento. Relator: Gilda Alves Barbosa Diodatti, 14 de setembro de 2021, São Paulo, 15ª Câmara de Direito Criminal, 2021b.

BRUNO, Aníbal. **Perigosidade criminal e medidas de segurança**. 4. ed. Rio de Janeiro: RIO, 1977.

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

CFP - CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Hospitais Psiquiátricos do Brasil**: Relatório de Inspeção Nacional. 2. ed. Brasil: CFP, 2020.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Inspeções aos manicômios**: Relatório Brasil. Brasília: CFP, 2015. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2015/12/CFP_Livro_InspManicomios_web1.pdf. Acesso em: 12 fev. 2022.

COSTA, Augusto César de Farias. Direito, saúde mental e reforma psiquiátrica. *In*: BRASIL. **Direito sanitário e saúde pública**: coletânea de textos. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. v.1, p. 135-169. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/34304>. Acesso em: 15 ago. 2022.

DESVIAT, Manuel. **A Reforma psiquiátrica**. Tradução: Vera Ribeiro. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015.

DINIZ, Débora. **A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil: censo 2011**. Brasília: Editora UnB. 2013. Disponível em: http://newpsi.bvs-psi.org.br/ebooks2010/pt/Acervo_files/custodia_tratamento_psiquiatrico_no_brasil_censo2011.pdf. Acesso em: 15 ago. 2022.

DINIZ, Debora; BARBOSA, Lívia; SANTOS, Wederson Rufino dos. Deficiência, direitos humanos e justiça. **Revista Internacional de Direitos Humanos**, São Paulo, v. 6, n. 11, p. 56-77, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sur/a/fPMZfn9hbJYM7SzN9bwzysb/?lang=pt>. Acesso em: 16 ago. 2022.

EÇA, Antônio José. **Roteiro de psicopatologia forense**. Rio de Janeiro: Forense, 2002.

FERNANDES, Marcelo. **O mal sagrado**. Tese (Doutorado em Medicina)– Faculdade de Medicina do Porto, Portugal, 1926. Disponível em: https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/17621/3/218_5_FMP_TD_I_01_P.pdf. Acesso em: 22 nov. 2022.

FERRARI, Eduardo Reale. **Medidas de Segurança e Direito Penal no Estado Democrático de Direito**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2001.

FOUCAULT, Michel. **Doença mental e Psicologia**. Tradução: Hélder Viçoso. 2. ed. Lisboa: Texto & Grafia, 2009.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura**: na idade clássica. São Paulo: Perspectiva, 2014.

FRAGOSO, Heleno Claudio. Subsídios para a história do novo código penal. **Revista de Direito Penal**, São Paulo, n. 3, p. 7-12, 1971. Disponível em: <http://www.fragoso.com.br/wp-content/uploads/2017/09/RDP03.pdf>. Acesso em: 7 maio 2022.

FÜHRER, Maximiliano Roberto Ernesto. **Tratado da Inimputabilidade no Direito Penal**. São Paulo, ed. Malheiros, 2000.

IBRAHIM, Elza. **Memória Interrompida ao silêncio da Loucura**. 1. ed. Curitiba: Appris, 2014.

KÜMPEL, Vitor Frederico. **O estranho caso do inimputável capaz – Parte I**. Migalhas, [S.l.], 2015. Disponível em: <https://www.migalhas.com.br/coluna/registrarhas/228693/o-estranho-caso-do-inimputavel-capaz---parte-i>. Acesso em: 15 nov. 2022.

LÔBO, Paulo. Com avanços legais, pessoas com deficiência mental não são mais incapazes. **Conjur**, São Paulo, 2015. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2015-ago-16/processo-familiar-avancos-pessoas-deficiencia-mental-nao-sao-incapazes>. Acesso em: 15 nov. 2022.

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

MARQUES, Claudia Lima. IV. Diálogo das fontes. *In*: BENJAMIN, Antônio Herman V.; MARQUES, Claudia Lima; BESSA, Leonardo Roscoe. **Manual de direito do consumidor**. 2. ed. rev., atual. e ampl. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2009.

MATIAS, Kamilla Dantas. **A Loucura na Idade Média**. Dissertação (Mestrado em História)- Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra, Coimbra, 2015.

MORAES FILHO, Marco Antônio Praxedes de. Evolução histórica da inimputabilidade penal: uma abordagem cronológica da loucura na humanidade e seus reflexos na legislação criminal brasileira até o Código de Piragibe. **Revista Jus Navigandi**, Teresina, ano 11, n. 1017, 2006. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/8234>. Acesso em: 5 ago. 2023.

OLIVEIRA, Rivana Barreto Ricarte de. **Aplicação da medida de segurança de internação aos portadores de transtornos mentais, em face do princípio da dignidade da pessoa humana: o caso da cidade Rio Branco – AC**. 2012. 169 fl. Dissertação (Mestrado em Ciências Políticas)- Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2012. Disponível em: https://app.uff.br/slab/uploads/Aplica%C3%A7%C3%A3o_da_medida_de_seguran%C3%A7a_Rio_Branco_AC.pdf. Acesso em: 22 nov. 2022.

ONU - ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Declaração Universal dos Direitos Humanos Adotada e proclamada pela Assembleia Geral das Nações Unidas (resolução 217 A III) em 10 de dezembro 1948. ONU, Brasil, 1948. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/declaracao-universal-dos-direitos-humanos>. Acesso em: 12 out. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório sobre a saúde no mundo: Saúde mental: nova concepção, nova esperança**. Lisboa: OMS, 2001.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE - OPAS. **Declaração de Caracas. CONFERÊNCIA REGIONAL PARA A REESTRUTURAÇÃO DA ATENÇÃO PSQUIÁTRICA NA AMÉRICA LATINA NO CONTEXTO DOS SISTEMAS LOCAIS DE SAÚDE (SILOS)**. Caracas, Venezuela, 1990. Organização Mundial da Saúde, 1990.

PEREIRA, Layza Bezerra Maciel. **A responsabilidade do estado diante da ausência de assistência no âmbito da saúde mental das pessoas encarceradas no Brasil: abordagens à luz do direito à saúde**. 2022. 109 fl. Dissertação (Mestrado em Direito da Saúde)- Universidade Santa Cecília – UNISANTA, Santos,

2021. Disponível em https://unisanta.br/arquivos/mestrado/direito/dissertacoes/Dissertacao_LAYZABEZE_RRAMACIELPEREIRA524.pdf. Acesso em: 12 out. 2021.

PEREIRA, Maria Rocha. **Obras médicas de Pedro Hispano**. Coimbra: Universidade de Coimbra, 1973.

PEREIRA, Mário Eduardo Costa. Painel – a mania, o tratamento moral e o início da psiquiatria contemporânea. **Revista latino-americana de psicopatologia fundamental**, São Paulo, v. 7, n. 3, p. 113-116, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlpf/a/rXNVvsX6rzFsX3wpVYdB4Lj/?lang=pt&format=pdf> . Acesso em 28 out. 2021.

PESSOTTI, Isaias. Sobre a teoria da loucura no século XX. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 2, p. 113-123, 2006. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2006000200002. Acesso em: 23 nov. 2023.

PONTE, Antônio Carlos da. **Inimputabilidade e processo penal**. 3. ed. São Paulo: Saraiva, 2012.

PRADO, Luiz Regis. **Curso de Direito Penal Brasileiro**. 10. ed. v. 1. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2011.

QUEIROZ, Valéria Debórtoli de Carvalho. **Entre o passado e o presente: a prática profissional do Assistente Social no campo da saúde mental**. 2009. 163 fl. Dissertação (Mestrado em Serviço Social)– Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: https://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/15056/15056_1.PDF. Acesso em; 15 jul. 2021.

REALE JÚNIOR, Miguel. **Instituições de direito penal**. Rio de Janeiro: Forense, 2012.

ROCHA, Ana Rita Saraiva da. **A institucionalização dos leprosos: o hospital de S. Lázaro de Coimbra nos séculos XIII a XV**. Faculdade de Letras. Universidade de Coimbra, 2011. (Dissertação de mestrado). p. 23. Disponível em: https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/18530/1/TESE_CD_Ana%20Rita%20Rocha.pdf. Acesso em; 15 jul. 2021.

RIBEIRO, Paulo Rennes Marçal. **Saúde mental no Brasil**. São Paulo: Arte e Ciência, 1999.

SILVA, José Afonso da. **Curso de Direito Constitucional Positivo**. 35^o ed. São Paulo: Malheiros, 2012.

TAVOLARO, Douglas. **A casa do delírio: reportagem no manicômio judiciário de Franco da Rocha**. São Paulo: Senac, 2001.

TORRE, Eduardo Henrique Guimarães; AMARANTE, Paulo. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. **Ciência, saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 73-85, 2001. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232001000100006>. Acesso em: 13 jan. 2023.

TRAMARIM, Eduardo. Íntegra do discurso presidente da Assembleia Nacional Constituinte, Dr. Ulysses Guimarães. Câmara dos Deputados, Brasília, 2006. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/radio/programas/277285-integra-do-discurso-presidente-da-assembleia-nacional-constituente-dr-ulysses-guimaraes-10-23/>. Acesso em: 15 nov. 2022.

WELZEL, Hans. **O novo sistema jurídico-penal**: uma introdução à doutrina da ação finalista. Tradução: Luiz Regis Prado. 4. ed. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2015.

ZAFFARONI, Eugenio Raul; PIERANGELI, José Henrique. **Manual de Direito Penal Brasileiro**: Parte Geral. 8. ed. ver. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2006.