



**CENTRO DE EDUCAÇÃO SUPERIOR CESREI - LTDA
CESREI FACULDADE
CURSO DE BACHARELADO EM DIREITO**

WELINGTON GONÇALVES DE ARRUDA SOUZA

**SAÚDE MENTAL E SEUS DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS PARA O CAMPO
DO DIREITO: UMA ANÁLISE À LUZ DA REFORMA PSIQUIÁTRICA E LUTA
ANTIMANICOMIAL**

Campina Grande - PB

2023

WELINGTON GONÇALVES DE ARRUDA SOUZA

**SAÚDE MENTAL E SEUS DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS PARA O CAMPO
DO DIREITO: UMA ANÁLISE TOMANDO COMO BASE A REFORMA
PSIQUIÁTRICA E A LUTA ANTIMANICOMIAL**

Trabalho de Conclusão de Curso (Artigo) apresentado à Coordenação do Curso de Bacharelado em Direito da Cesrei Faculdade, como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Direito, pela referida instituição.

Orientador: Prof. Me. Camilo de Lélis Diniz Farias.

Campina Grande – PB

2023

S729e

Souza, Welington Gonçalves de Arruda.

Saúde mental e seus desafios contemporâneos para o campo do direito: uma análise à luz da reforma psiquiátrica e luta antimanicomial / Welington Gonçalves de Arruda Souza. – Campina Grande, 2023.

36 f.

Artigo (Bacharelado em Direito) – Cesrei Faculdade – Centro de Educação Superior Cesrei Ltda., 2023.

"Orientação: Prof. Me. Camilo de Lélis Diniz Farias".

Referências.

1. Direito à Saúde. 2. Doença Mental. 3. Reforma Psiquiátrica. 4. Luta Antimanicomial. 5. Medida de Seguração. I. Farias, Camilo de Lélis Diniz. II. Título.

CDU 342.746:616.89(043)

WELINGTON GONÇALVES DE ARRUDA SOUZA

**SAÚDE MENTAL E SEUS DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS PARA O CAMPO
DO DIREITO: UMA ANÁLISE TOMANDO COMO BASE A REFORMA
PSIQUIÁTRICA E A LUTA ANTIMANICOMIAL**

Aprovado em:

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Me. Camilo de Lélis Diniz Farias
Cesrei Faculdade
Orientador

Profa. Esp. Nayara Maria Moura Lira Lins
Cesrei Faculdade
1º Examinador (a)

Prof. Esp. Júlio César Lira
Cesrei Faculdade
2º Examinador (a)

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela minha vida, pelos dons que me deu nesta existência que serviram na realização deste sonho.

Agradeço à minha eterna mãe que enquanto em vida incentivou-me a seguir firme e de cabeça erguida.

Agradeço à minha tia Maria José que sempre esteve ao meu lado durante o meu percurso acadêmico.

Agradeço ao Pastor Miquéias e sua digníssima esposa, Fátima, que sempre cuidaram de mim como um filho.

Agradeço aos meus amigos que ao longo desses anos nunca me abandonarão, pelo contrário, incentivaram-me a seguir adiante.

Agradeço ao meu professor e orientador, Camilo de Lélis Diniz Farias, pelas valiosas contribuições dadas durante todo o processo.

Também quero agradecer aos meus amigos do curso de graduação, aos professores com quem aprende durante a graduação, à Faculdade Cesrei e ao Programa PROBEM, que me possibilitou ingressar no Curso de Direito.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 O CONCEITO DE PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL	8
2.1 A EVOLUÇÃO JURÍDICA E HISTÓRICA DA LOCURA: DOS MANICÔMIOS ATÉ O ESTATUTO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA	11
2.2 AS PRINCIPAIS CONSIDERAÇÕES SOBRE A IMPUTABILIDADE E AS MEDIDAS DE SEGURANÇA	17
2.3 UMA ANÁLISE SOBRE A APLICABILIDADE REAL DAS MEDIDAS DE SEGURANÇA NO BRASIL	22
3 METODOLOGIA	24
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	25
4.1 DOS MANICÔMIOS JUDICIÁRIOS: O CASO DA UPCT-RN	25
3 CONSIDERAÇÕES FINAIS	30
REFERÊNCIAS	32

Porque dEle, e por Ele, e para Ele são
todas as coisas; glória, pois, a ele eternamente. Amém!
Romanos 11:36

SAÚDE MENTAL E SEUS DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS PARA O CAMPO DO DIREITO: UMA ANÁLISE TOMANDO COMO BASE A REFORMA PSIQUIÁTRICA E A LUTA ANTIMANICOMIAL

SOUZA, Welington Gonçalves de Arruda¹
FARIAS, Camilo de Lélis Diniz²

RESUMO

O estudo em questão constitui um trabalho científico elaborado como requisito para conclusão do curso de graduação em Direito pela Cesrei Faculdade. O artigo objetiva analisar a aplicação da Medida de Segurança descrita no art. 96 do Código Penal, bem como enfocar a busca pela efetivação da reforma psiquiátrica e o combate ao modelo manicomial. Aqui se apresenta um universo desconhecido, com números surpreendentes, os quais descrevem indivíduos aguardando ações imediatas do Estado para existirem além desse regime e transcenderem essa realidade restritiva. É fundamental lembrar que esses números representam pessoas que necessitam do comprometimento do Estado e da sociedade no tratamento e cuidado adequado para aqueles com doença mental, através de abordagens verdadeiramente humanitárias que os reconheçam como sujeitos de direitos e responsabilidades. De início, é explanada uma análise abrangente acerca do funcionamento da respectiva Medida de Segurança e suas diferentes espécies, tratando de aspectos relacionados à sua estrutura, execução e possíveis desfechos. Posteriormente, busca-se elucidar as deficiências do sistema e sua precariedade no tratamento de pessoas com doença mental, criticando o termo "periculosidade" e discutindo a existência de uma nova lei que regulamenta esses tratamentos, além de explorar as possibilidades de técnicas terapêuticas mais atualizadas. Para fundamentar essa investigação, foram utilizados artigos científicos e pesquisas relevantes acessíveis na literatura, adotando-se o método exploratório.

Palavras-chave: Medida de Segurança. Doença Mental. Periculosidade. Reforma Psiquiátrica.

ABSTRACT

This study constitutes a scientific work elaborated as a requirement for the completion of the undergraduate degree in Law at Cesrei College. The article aims to analyze the application of the Security Measure described in Article 96 of the Penal Code, as well as to focus on the pursuit of psychiatric reform and the fight against the asylum model. Here, an unknown universe is presented, with astonishing numbers that depict individuals awaiting immediate actions from the State to exist beyond this regime and transcend this restrictive reality. It is essential to remember that these

¹ Graduando no Curso de Bacharelado em Direito. Email: wellington.golf@outlook.com

² Advogado, Mestre e professor em Curso de graduação em Direito. Email:

numbers represent individuals who require the commitment of the State and society in providing appropriate treatment and care for those with mental illness, through truly humanitarian approaches that recognize them as subjects of rights and responsibilities. Initially, a comprehensive analysis is presented regarding the functioning of the respective Security Measure and its different types, addressing aspects related to its structure, implementation, and potential outcomes. Subsequently, efforts are made to elucidate the deficiencies of the system and its precariousness in treating individuals with mental illness, criticizing the term "dangerousness," and discussing the existence of a new law that regulates these treatments, as well as exploring the possibilities of more up-to-date therapeutic techniques. To substantiate this investigation, relevant scientific articles and accessible research from the literature were utilized, adopting an exploratory approach.

Keywords: Security Measure. Mental Illness. Dangerousness. Psychiatric Reform.

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho busca desenvolver a temática da aplicação da Medida de Segurança e a saúde mental do agente de maneira a promover uma análise interdisciplinar entre direito e psiquiatria, com isso envolve a Medicina e a área jurídica para estudo mais aprofundado das doenças mentais no Direito Penal.

Destaca-se que, o Brasil ainda mantém doentes mentais em espaços de internação por anos, por vezes, décadas, em isolamento da sociedade. Apesar da lei garantir o fim dos hospícios, espaços como hospitais de custódia que abrigam milhares de pessoas, permanecem, como persistência dos manicômios. É preciso refletir sobre a função social historicamente atribuída aos manicômios judiciais e o descompasso com os princípios da Reforma Psiquiátrica, atualmente nomeados de Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, devido às alterações pós Reforma Psiquiátrica que traz à tona a luta antimanicomial, ainda mantém em sua organização e gestão os mesmos preceitos arcaicos e contraditórios da sua fundação.

Assim, pretende-se estudar sobre a aplicação das medidas de segurança previstas no artigo 96 do Código Penal, que representam as sanções penais aplicadas às pessoas que apresentam algum distúrbio mental e são consideradas inimputáveis nos termos do artigo 26 do mesmo diploma legal. Portanto, é importante compreender como o Estado e a sociedade tratam a doença mental e como os casos são julgados pelo Poder Judiciário.

Cumprido frisar que a população residente em alas psiquiátricas é, de certo

modo, desconhecida, uma vez que há escassa informação sobre os perfis socioeconômicos, infrações cometidas, diagnósticos médicos, trajetórias penais e procedimentos jurídicos relacionados às pessoas sob medida de segurança. Isso implica que esse universo permanece pouco conhecido e negligenciado. No entanto, é indispensável compreender que não é aplicada uma pena e sim uma medida de segurança que tem um duplo viés, que é de responsabilizar aquele paciente pelo ato que ele praticou e também inseri-lo na sociedade tratando e não o punindo de fato. Diante disso, surgem questionamentos relevantes: caso um indivíduo com transtorno psíquico cometa um delito, deve ser isolado e afastado do convívio social? E se for penalizado, qual seria a forma adequada: pena privativa de liberdade ou medida de segurança? A quem cabe a responsabilidade por esses sujeitos inseridos nesse sistema? Essa é a problemática que se pretende desenvolver.

O presente artigo teve como objetivo analisar a aplicação da Medida de Segurança descrita no art. 96 do Código Penal e a busca pela efetivação da reforma psiquiátrica e a luta manicomial. Ao longo do trabalho são apresentados dados e levantamentos no período de 2011 a 2022, sendo importante destacar que esses números correspondem a indivíduos que estão em constante trânsito entre a esfera legal e a prática psiquiátrica, passando por internações, retornos, altas ou, até mesmo, desaparecimentos. No tocante aos objetivos específicos, pretende: (1) abordar conceitos introdutórios como saúde mental e psiquiatria fundamentais para o desenvolvimento desse trabalho; (2) apresentar a evolução histórica dos manicômios e suas implicações jurídicas; (3) explicitar sobre as principais considerações acerca de imputabilidade e medidas de segurança e (4) apontar a aplicabilidade das medidas de segurança no Brasil com ênfase no caso da UPCT-RN, unidade base para a pesquisa.

Ademais, a justificativa para escolha do tema relaciona-se com sua relevância e impacto social, uma vez que é importante compreender o retrato da população dos que receberam como “pena” a medida de segurança, não como forma de punir, e sim com finalidade de tratamento e ressocialização, sendo que este levantamento possibilitará o conhecimento de uma das populações mais vulneráveis deste sistema falho, um assunto que mesmo sendo antigo se faz esquecido na contemporaneidade.

Por fim, o presente trabalho, além da presente introdução apresenta os seguintes capítulos: (1) O conceito de Psiquiatria e Saúde Mental; (2) A evolução

jurídica e histórica da loucura: Dos Manicômios até o Estatuto da Pessoa com Deficiência; (3) As principais considerações sobre a imputabilidade e as Medidas de Segurança; (4) Uma análise sobre a aplicabilidade real das Medidas de Segurança no Brasil e (5) Dos Manicômios Judiciários: O caso da UPCT-RN, além das considerações finais e das referências.

2 O CONCEITO DE PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL

Inicialmente cumpre salientar que a psiquiatria remonta aos primórdios da sociedade mundial, uma vez que existem registros (papiros do Egito Antigo na cidade de Kahun) sobre estudo de patologias desde dois mil anos antes de Cristo em que surge o conceito de histeria (derivado do grego “histeros”, que significa útero), sendo que entendia que o útero era um órgão independente do corpo e poderia transitar por todo ele e, por isso considerava-se histeria como algum problema de ordem sexual (de acordo com Hipócrates).

Ademais, essa ciência passou por diversas fases e modificações, posto que inúmeros autores romanos foram ganhando destaque nesse campo como, por exemplo, Celso, Areteu da Capadócia e Galeno que discutiram sobre as três espécies de doenças mentais: mania, melancolia e frenite, sendo que Areteu foi o primeiro a discutir sobre transtorno bipolar de maneira a associa-lo com a melancolia. Além disso, na Idade Média não houveram grandes evoluções (apenas alguns entendimentos de São Tomás de Aquino sobre a origem natural das enfermidades mentais), visto que muito se explicava com a vontade divina e a Igreja Católica detinha o capital intelectual, portanto somente a partir da Idade Moderna que novas evoluções foram constatadas.

Assim, a partir do século XVIII, do desenvolvimento da escola francesa – a partir da Revolução Francesa e seus ideais de respeito aos direitos humanos - de psiquiatria e da Primeira Revolução Psiquiátrica através do surgimento de locais específicos para tratamento de pessoas com doenças mentais, de forma que deixaram de ser marginalizados para receberem atendimento adequado, com isso a psiquiatria passou a estudar diretamente as perturbações mentais mais profundamente e diversos hospitais e casas de saúde foram surgindo no mundo.

Destarte, no século XIX a escola alemã se destaca com a implementação de ideias relacionadas com a empatia, a análise de aspectos irracionais, a necessidade

de contato com a natureza e os valores dos indivíduos devido a suas raízes românticas, sendo que algumas contribuições foram no sentido de reconhecer a relevância das técnicas de psicoterapias, entender que algumas doenças mentais poderiam estar relacionadas com aspectos emocionais e abordagem dos transtornos mentais a partir de observações clínicas.

Atualmente o conhecimento sobre a mente humana vem se desenvolvendo cada vez mais, sendo que a psiquiatria vem se consolidando cada vez mais, principalmente em decorrência das contribuições de Sigmund Freud, Eugen Bleuler, Emil Krapelin, dentre outros estudiosos da área, bem como em razão da utilização de novas tecnologias como a neuroimagem, atendimento online e uso de aplicativos para documentar sintomas de maneira que o sistema nervoso vem sendo cada vez mais desvendado pela Medicina e pela Neurociência, além de desvendar a influência de elementos sociais, culturais e emocionais na mente.

Após um breve histórico interessante apontar o conceito de psiquiatria. Trata-se do ramo específico da Medicina voltado para o tratamento e estudo dos processos de distúrbios e ou transtornos da mente, com isso utiliza conhecimento de diversas áreas como, por exemplo, a fisiologia, a anatomia, a bioquímica, a psicologia, a antropologia e a filosofia, portanto representa uma área médico-científica que visa compreender aspectos como a origem, as causas, os sintomas, quais medicações indicadas e técnicas de tratamento para cada patologia em específico. Nesse sentido, resta claro que o objetivo principal da psiquiatria é prevenir a ocorrência de doenças mentais, diagnosticar enfermidades, tratar os doentes, reabilitar o indivíduo e promover qualidade de vida para os pacientes.

Com isso, é interessante analisar o que é saúde mental. Ela representa a situação em que a pessoa se encontra em pleno gozo de suas faculdades mentais, consegue desenvolver e aplicar suas habilidades sociais, entende e saber atuar diante das situações de estresse que vivencia, consegue trabalhar com motivação e produtividade (funcionalidade laboral e familiar) e também consegue, de alguma forma, contribuir para o desenvolvimento social. Dessa forma, abrange a participação social, o lazer, a qualidade de vida e o ambiente de trabalho de maneira que a pessoa que está com saúde mental consegue lidar adequadamente com seus pensamentos, sentimentos e atitudes sem que o medo, a frustração e a tristeza, por exemplo, sejam mais fortes.

Nas palavras de Inaiá Monteiro Mello (2008, p.03) a saúde mental pode ser

leva em consideração o tempo e o espaço e pode compreendida como:

a capacidade de adaptação ao meio ambiente, com a pessoa recorrendo a mecanismos de defesa sadios e buscando soluções satisfatórias para suas dificuldades. O indivíduo considerado mentalmente saudável costuma possuir habilidades, como: – perceber a realidade de modo acurado; – exibir certo domínio sobre o ambiente; – engajar-se em pensamentos e ações independentes; – aceitar as próprias qualidades e limitações; – obter uma visão unificadora e integradora sobre a vida

Dessa forma, interessante ressaltar que a saúde é um direito social constitucionalmente previsto no artigo 6º, por isso é um direito universal que deve ser devidamente garantido pelo Estado por meio de políticas sociais e econômicas. Outrossim, sendo a saúde mental um ramo específico da higidez do ser humano voltada para a preocupação com eventuais desordens e agravos da mente, cabe ao Poder Público/Governo, através do Ministério da Saúde, estabelecer as estratégias de atuação, as diretrizes, os princípios e organizar toda a estrutura relacionada com à assistência, tratamento, prevenção e cuidado com as pessoas transtornos mentais que envolvem a atuação em conjunto da União, dos Estados e dos Municípios de forma que os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são os principais instrumentos para atendimento dos pacientes integrando a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) em conjunto com os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os Ambulatórios Multiprofissionais de Saúde Mental, as Comunidades Terapêuticas, as Enfermarias Especializadas em Hospital Geral e Hospital-Dia.

Por fim, essa estrutura de atuação é decorrente da luta antimanicomial, da Reforma Psiquiátrica do final dos anos 1970 e das garantias fundamentais previstas na Constituição Federal de 1988, sendo que no tópico a seguir serão apresentados aspectos históricos e jurídicos relacionados com a saúde mental no Brasil.

2.1 A EVOLUÇÃO JURÍDICA E HISTÓRICA DA LOUCURA: DOS MANICÔMIOS ATÉ O ESTATUTO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Importante compreender o contexto histórico do cuidado com a saúde mental no território nacional, portanto busca-se fazer uma linha do tempo sobre esse tema. Salienta-se que até 1830 não existia tratamento psiquiátrico no Brasil, com isso as pessoas que apresentavam algum tipo de transtorno eram totalmente segregadas pela sociedade de forma que viviam em cárcere em suas casas, o que eram de

classes sociais mais baixas ficam nas ruas ou restritos aos porões da Santa Casa de Misericórdia.

Nessa época surge um movimento protagonizado pela Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro com o lema “Aos loucos o hospício!” – através do relatório José Clemente Pereira - e influenciados por ideias dos estudiosos franceses Pinel e Esquirol que consideravam que a melhor forma de tratamento das doenças mentais seria em instituições manicomiais. Assim, em 1841 Dom Pedro II cria o primeiro hospício brasileiro por meio do Decreto nº82 e em 1852 o Hospício Pedro II foi inaugurado no Rio de Janeiro com 140 leitos para entendimento dos doentes do país representando a primeira instituição psiquiátrica do Brasil e indicava a possibilidade de tratamento moral adequado para os enfermos que anteriormente viviam em condições insalubres nos porões da Santa Casa.

Destaca-se que a instituição ficava localizada em uma chácara afastada do centro do Rio de Janeiro, sendo que para sua construção foi utilizado capital público e sua aparência era luxuosa – conhecido como “Palácio dos Loucos” – entretanto, existiam espaços que separavam os doentes de acordo com suas classes sociais, era necessário respeitar a disciplina do local, com vigilância constante dos pacientes e rigor nos diagnósticos.

Ademais, a psiquiatria no Brasil inicia-se com Nuno Andrade que trabalhava no Hospício de Pedro II e passou a dar aulas sobre o tema na Faculdade de Medicina e escrever artigos para jornais de grande circulação, com isso em 1883 o primeiro curso de psiquiatria foi criado no Brasil com a presença de cinco alunos, dentre eles o médico Teixeira Brandão – considerado o primeiro alienista brasileiro – que assume a administração do Hospício Pedro II e promove sua desanexação da Santa Casa de Misericórdia afastando o poder das freiras e, por isso o local passa a se chamar Hospício Nacional de Alienados. Além disso, Brandão também foi responsável pela criação da Escola Alfredo Pinto, em 1904, para formação de enfermeiros no país, sendo responsável também pela elaboração da primeira lei de assistência aos alienados, pois tornou-se deputado federal.

Outrossim, um pouco mais à frente na história, em 1923, é fundada no Rio de Janeiro a Liga Brasileira de Higiene Mental pela coordenação de Gustavo Riedel com a finalidade de possibilitar melhorias na assistências às pessoas com sofrimento mental, modificação nos quadros de profissionais da saúde e da qualidade dos estabelecimentos psiquiátricos, todavia essa instituição a partir de

1926 passou por mudanças ideológicas passando a incentivar a prevenção, eugenia e educação das pessoas.

Desse modo, os psiquiatras deixam de atuar exclusivamente nos hospitais e passam a se inserir nos meios social, profissional e escolar, visto que a cura deixa de ser uma questão primordial e a prevenção passar a ser o foco da psiquiatria brasileira. Portanto, durante o período de 1928 a 1934 consolida-se a visão eugênica e higienista da psiquiatria de maneira que o cuidado com a saúde e a higiene mental eram indispensáveis, com isso fatores socialmente controláveis começaram a ser pensados de maneira a construir uma raça brasileira que seria superior física e mentalmente. Assim, os escravos que haviam sido libertos a pouco tempo, os emigrantes camponeses e os imigrantes europeus eram considerados raças inferiores que acabavam causando desequilíbrios sociais e econômicos que atrapalhavam a evolução da República, sendo que os problemas raciais poderiam ser solucionados.

Cumprе salientar que a criação dos hospitais psiquiátricos tinha o intuito de:

transferir o cuidado aos doentes mentais dos hospitais gerais para essas instituições, saneando a cidade e excluindo aqueles incapazes de participar do processo capitalista vigente. A criação do hospital psiquiátrico teve como funções essenciais o tratamento médico – que reorganizaria o louco como sujeito da razão – promovendo o enquadramento das pessoas em um padrão de conduta socialmente aceita. Dessa maneira, o velho hospital psiquiátrico traz para dentro de si as contradições e as desigualdades de uma sociedade que busca a uniformização do social, o ideal de normalidade para sobreviver. Nessa instituição o sujeito é despido das concepções existentes no mundo exterior e no seu mundo doméstico. Passa a existir o mundo institucional, com suas leis, normas, privilégios e castigos. A admissão em uma instituição total é marcada por significativa mutilação do sujeito. Despojado de seus bens, de suas vestes e de sua identidade, o internado passa a ser mais um no meio de tantos outros e aprende a conviver com um anonimato forçado, que lhe tira a voz e o poder de decisão. Daí para frente, seu destino será traçado pelos dirigentes da instituição, sem qualquer preocupação com a singularidade de cada um, pois existe, nas instituições totais, uma norma racional única (PEREIRA, 2009, p.20).

Nesse sentido, a eugenia, o higienismo e o racismo se juntam sob a ótica científica, pois passam a ser legitimados pelas ideias da Biologia, sendo assim a Liga Brasileira de Higiene Mental se consolida a partir desses pensamentos e os incorporam na psiquiatria, logo as primeiras correntes que vão surgindo entendem que os programas e tratamentos devem visar a melhoria da raça brasileira e o

embranquecimento da população, ou seja, arianização e pureza racial.

Enfatiza-se que a Liga começa a se pautar na higiene psíquica individual por meio, em um primeiro momento, da prevenção contra doenças mentais – para que enfermidades não fossem repassadas com os genes, com a alimentação e segregação daqueles considerados degenerados – e, posteriormente, a partir da Revolução de 1930, de maneira que incentivando a busca pela saúde mental instaurou-se um regime antialcoolismo por meio de medidas cada vez mais autoritárias; da difusão da propaganda eugênica no país, por isso a higiene social da raça e a higiene mental passam a ser considerados como elementos fundamentais para a construção e adequação da vida social, dessa maneira a ideia de doenças mental estava relacionada com elementos biológicos e não com aspectos psíquicos, sendo contrários aos métodos e técnicas que não consideravam elementos como a miscigenação racial e a imigração como problemas da sociedade.

Dessa forma, constata-se que durante esse período histórico discursos políticos e ideológicos, em especial Fascistas, foram se difundindo através da Liga Brasileira de Higiene Mental que deixou de se preocupar exclusivamente com métodos de higiene mental para se ocupar de influenciar o pensamento coletivo, com isso os programas desenvolvidos por elas representavam soluções psiquiátricas para a solução de problemas culturais, econômicos e sociais por meio também da renovação moral da sociedade. Isso demonstra que nessa época histórica a psiquiatria era utilizada para promover segregação, desigualdades sociais e exclusão social até o fim da década de 1970.

Vale destacar que na década de 70 teve início um movimento por parte dos trabalhadores em saúde mental com a finalidade de promover significativas modificações na assistência psiquiátrica no país com ideias de despolitização dessa área médica, uma vez que se inspiravam da reestruturação psiquiátrica italiana que considerava que essa luta deveria seguir o caminho da não-institucionalização.

Destarte, a Reforma Psiquiátrica e a Reforma Sanitária (democratização da saúde e proteção social) ocorreram em conjunto, sendo que uma deu sustentação política a outra e ambas buscavam reconhecer os indivíduos como sujeitos plurais, portanto com diferenças que deveriam ser respeitadas e observadas, mas acima de tudo na cidadania e na universalidade dos serviços públicos. Dessa maneira, a principal característica da Reforma Psiquiátrica é a superação da exclusão social dos doentes mentais e da institucionalização das pessoas:

Rompendo paradigmas, criando novas formas de convivência com a loucura, buscando a transformação da realidade assistencial, inserindo novos atores em sua história, ela surge desestabilizando e criticando o modelo dominante da assistência na área da saúde mental. Reorientar esse modelo de atenção para fora dos hospitais psiquiátricos, desconstruindo saberes, criando novas culturas para a convivência com o doente mental, devolvendo-lhe o direito à vida, à liberdade e à cidade, além de garantir assistência à saúde de qualidade torna-se um grande desafio. A superação do aparato manicomial implica, sobretudo, a desestruturação de velhos fazeres e saberes sobre a loucura, no aprendizado do novo, na possibilidade da convivência, no estar fora. O caminho é longo e requer analisar as diferenças e as reais condições socioeconômicas e afetivas existentes em cada família, em cada comunidade (PEREIRA, 2009, p.24).

Nessa perspectiva, foi aprovada a Lei nº 10.216 de 06 de Abril de 2001 (Lei Paulo Delgado) responsável por tutelar a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais modificando o modelo assistencial em saúde mental no Brasil de maneira a assegurar tratamento sem qualquer tipo de discriminação, inclusive quanto a gravidade ou tempo de evolução de suas enfermidade.

O artigo 2º da referida legislação é claro em apontar que os direitos das pessoas portadoras de sofrimento mental o acesso a tratamento no Sistema Único de Saúde de acordo com suas necessidades; tratamento humanitário e respeitoso com o intuito de auxiliar em sua saúde para que possam ter qualidade de vida e conviver com sua família, realizar atividade laboral e se inserir no meio social; proteção contra abusos e exploração; garantia de sigilo de suas informações e depoimentos pessoais; direito a esclarecimento médico em caso de internação voluntária; fácil acesso aos meios de comunicação existentes; receber informações claras e adequadas sobre sua condição e tratamento; ser atendida em ambiente terapêutico com métodos o mínimo possíveis invasivos e ser tratado, de maneira preferencial, por serviços comunitários de saúde mental.

Urge frisar que a assistência e promoção da saúde para as pessoas com qualquer tipo de transtornos mentais é responsabilidade do Poder Público através do desenvolvimento da Política Nacional de Saúde Mental, entretanto a sociedade e a família devem participar desse processo, sendo que a internação em instituições somente deve ocorrer após outros tratamentos extra-hospitalares não se revelarem satisfatórios, afinal a finalidade do tratamento em saúde mental é exatamente a

reinserção social e é vedada a possibilidade de internação em instituições com características asilares.

Interessante ressaltar que a internação para fins terapêuticos pode ocorrer de três maneiras: voluntária (com consentimento do paciente), involuntária (sem seu consentimento e a perdido de terceiros) e compulsória (através de determinação Judicial). A primeira implica na necessidade da pessoa assinar um tempo reconhecendo que optou por aquele regime de tratamento, sendo que seu encerramento deve ser dar por solicitação do paciente ou do médico responsável; a segunda deve ser comunicada em até setenta e duas horas ao Ministério Público Estadual que fiscalizará a situação e essa mesma recomendação serve para a alta do paciente; a terceira depende de autorização do Poder Judiciário e deve ser empregada para resguardar a saúde e segurança do paciente.

Acentua-se que a Lei nº 10.216/2001 foi fruto da luta Antimanicomial que desde o final da década de 1970 demandava o fechamento dos hospitais especializados em psiquiatria e a abertura de serviços comunitários com participação social e buscando a reinserção das pessoas com doença mental na convivência social, além da devida responsabilização do Estado pela saúde mental.

Contudo, o Conselho Nacional de Justiça somente em Fevereiro de 2023 (Resolução 487/2023) determinou que todos os hospitais de custódia e de tratamento psiquiátricos sejam devidamente encerrados/fechados/desativados até Maio de 2024 de maneira que vai caber ao Sistema Único de Saúde absorver essa demanda devendo os Juízes da Execução Penal determinar a elaboração de projetos terapêuticos para atender os pacientes com foco na reintegração social e a liberdade.

Ressalta-se que a Lei nº13.146 de 6 de Julho de 2015 que institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência – também conhecida como Estatuto da Pessoa com Deficiência – foi promulgada com o objetivo de promover e garantir a igualdade entre as pessoas com deficiência, incluindo a mental, para que elas possam ser devidamente inseridas no contexto social e exercer seu direito à cidadania, sem qualquer tipo de preconceito ou exclusão. Nesse diapasão, o artigo 6º informa que:

Art. 6º A deficiência não afeta a plena capacidade civil da pessoa, inclusive para:
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 (BRASIL, 2015).

O reflexo prático disso foi a revogação dos incisos I, II e III do Código Civil de maneira a restringir como absolutamente incapazes somente os menores de dezesseis anos, com isso toda pessoa maior de idade somente poderá ser relativamente incapaz para praticar atos de vida civil, isto é, o instituto da incapacidade civil sofreu transformações consideráveis em decorrência da Reforma Psiquiátrica e a Luta Antimanicomial, no sentido de que a dignidade da pessoa humana e a autodeterminação da pessoa natural prevaleceram perante a lógica dual anterior (capaz x incapaz) de maneira a modular esse instituto garantindo a ampla participação da pessoa nos atos da vida civil devendo o magistrado apontar especificamente quais atos a pessoa não pode praticar.

Isto posto, a curatela também sofreu alterações, visto que passou a ser considerada como um instituto de direito assistencial na defesa dos direitos da pessoa maior relativamente incapaz é interdita judicialmente, sendo que somente atos específicos serão realizados em seu nome, sendo que aqueles que podem ser alvo da curatela são: aqueles que por causa transitória ou permanente não puderem exprimir sua vontade, os ébrios habituais ou viciados em tóxicos e os pródigos. Ela se baseia na tomada de decisões apoiadas com base na opinião e no auxílio de duas pessoas que confia, bem como a curatela se restringe aos atos negociais e patrimoniais.

Face ao supramencionado foram apresentadas as principais considerações sobre a evolução histórica e jurídica da questão mental no Brasil, de forma que no capítulo a seguir será definido o conceito de imputabilidade e apontadas as regras sobre as medidas de segurança.

2.2 AS PRINCIPAIS CONSIDERAÇÕES SOBRE A IMPUTABILIDADE E AS MEDIDAS DE SEGURANÇA

Inicialmente, cumpre salientar que a culpabilidade representa o juízo de reprovação social realizado pelo Poder Judiciário e pelo Sistema Penal Brasileiro quando se deparam com uma situação fática praticada por uma pessoa (autor do delito/sujeito ativo/autoria), sendo que para sua devida condenação é necessário que esse indivíduo seja considerado imputável, tenha plena consciência de que os atos que praticou eram considerados ilícitos, assim como tinha a possibilidade de agir de outra forma de acordo com o que prevê a legislação e o caso concreto.

Nas palavras de Rogério Greco (2022, p. 948) a culpabilidade:

[...] é o juízo de reprovação pessoal que se realiza sobre a conduta típica e ilícita praticada pelo agente. (...) culpabilidade é a 'reprovabilidade' da configuração da vontade. Toda culpabilidade é, segundo isso, 'culpabilidade de vontade'. Somente aquilo a respeito do qual o homem pode algo voluntariamente lhe pode ser reprovado como culpabilidade. Além disso, a culpabilidade deve ser concebida como reprovação, mais precisamente, como juízo de reprovação pessoal que recai sobre o autor, por ter agido de forma contrária ao Direito, quando podia ter atuado em conformidade com a vontade da ordem jurídica.

Outrossim, constata-se que a culpabilidade representa a fundamentação e a limitação da aplicabilidade da pena, portanto está integrada ao conceito de crime não sendo considerado apenas como um pressuposto (situações ou acontecimento anterior reconhecido como antecedente de outro, mas não necessariamente integrante dele) da pena. Com isso, ela apresenta duas funções: a finalidade retributiva – definir uma sanção em decorrência da prática de uma conduta considerada ilícita – e caráter diverso – limitação para a aplicação da pena e o Poder Estatal.

Além disso, interessante destacar que o conceito de culpabilidade passou por diversas modificações ao longo dos anos em razão do desenvolvimento de inúmeras teorias, sendo elas: psicológica (considera que a culpabilidade se relaciona com os aspectos subjetivos da ação praticada, portanto seria o dolo/vontade e a culpa/imprudência/negligência/imperícia do sujeito ativo). Dessa forma, essa teoria entende que “ao praticar o fato típico e antijurídico (aspectos objetivos do crime), somente se completaria a noção de infração penal se estivesse presente o dolo ou a culpa, que vinculariam, subjetivamente, o agente ao fato por ele praticado (aspecto subjetivo do crime)” (NUCCI, 2020, p. 392). No entanto, o reconhecimento da culpabilidade, segundo essa teoria, somente é possível após a comprovação de

existência de imputabilidade penal, ou seja, que a pessoa está em pleno gozo de suas faculdades mentais e é maior de 18 anos.

A segunda teoria é conhecida como normativa ou psicológico-normativa, com isso considera os aspectos subjetivos e legais da culpabilidade levando em consideração a reprovabilidade social da conduta (censura social) que precisa ter relação com o autor da ação considerada típica (prevista em lei) e antijurídica (ilegal) quando ele tiver capacidade para ser considerado imputável (nesse caso a imputabilidade integra a culpabilidade diretamente e não representa um mero pressuposto), sendo que é necessário a existência de dolo ou culpa, assim como de que o agente poderia ter agido de maneira diversa e em conformidade com o ordenamento jurídico.

Já a teoria normativa pura considera que a conduta do indivíduo representa um movimento físico, voluntário e consciente que visa alcançar uma finalidade específica, portanto o resultado deve considerar a ideia de dolo e culpa, sendo que essa avaliação está prevista no próprio tipo penal e não na culpabilidade do agente. Desse modo, para essa teoria a culpabilidade:

[...] é um juízo de reprovação social, incidente sobre o fato típico e antijurídico e seu autor, agente esse que precisa ser imputável, ter agido com consciência potencial da ilicitude e com exigibilidade e possibilidade de um comportamento conforme o Direito. Há quem sustente, em prisma finalista, a incidência do juízo de reprovação social somente sobre o autor – e não igualmente sobre o fato – devendo o agente ser imputável, ter consciência potencial da ilicitude e por não ter agido de acordo com o Direito, quando lhe era possível e exigível tal conduta. Preferimos crer que a censura recai não somente sobre o autor do fato típico e antijurídico, mas igualmente sobre o fato. A reprovação é inerente ao que foi feito e a quem fez. Este, por sua vez, deverá ser censurado somente se for imputável, tiver atuado com consciência potencial da ilicitude e com exigibilidade e possibilidade de atuação conforme as regras impostas pelo Direito. Em outras palavras, há roubos (fatos) mais reprováveis que outros, bem como autores (agentes) mais censuráveis que outros (NUCCI, 2020, p.393).

Assim, após apresentar o conceito de culpabilidade e as teorias envolvidas em sua definição indispensável discorrer sobre as excludentes de culpabilidade. De acordo com Guilherme de Souza Nucci (2020) elas podem ser divididas em dois grupos de classificação: quanto ao agente do fato e quanto ao fato (subdividindo-se em legais e supralegais). As que consideram as características do agente são a existência de doenças mental ou desenvolvimento incompleto ou retardado do

indivíduo (artigo 26 do Código Penal), a existência de embriaguez decorrente de vício – ébrio habitual (artigo 26 do Código Penal) e a menoridade – ser menor de 18 anos (artigo 27 do Código Penal).

As excludentes de culpabilidade quanto ao fato e reconhecidas como legais são a coação moral irresistível (artigo 22 do Código Penal), a obediência a ordem proferida por superior hierárquico (artigo 22 do Código Penal), a embriaguez originária de caso fortuito ou força maior (artigo 28, parágrafo 1^a do Código Penal), o erro sobre a ilicitude da conduta (artigo 21 do Código Penal) e as descriminantes putativas (quando a pessoa é levada erro em razão das circunstâncias que envolvem o caso concreto – erro de proibição indireto, o erro do agente quanto à existência de uma causa de justificação e o erro de permissão).

No tocante as excludentes de ilicitude supralegais Guilherme de Souza Nucci (2020) considerada que são elas: a inexigibilidade de conduta diversa (a impossibilidade de se censurar uma ação, pois não seria possível que o indivíduo agisse de maneira diversa diante da situação em que estava), estado de necessidade exculpante (a pessoa se sacrifica um bem maior para salvar um bem menor, sendo que não existia outra possibilidade), excesso exculpante (o indivíduo fica exposto a uma situação de medo, surpresa ou perturbação de juízo e acaba exagerando em sua conduta) e excesso accidental (devido a um caso fortuito a pessoa exagera em sua ação, entretanto não é suficiente para conter a concretização do nexa causal).

Salienta-se que a imputabilidade representa a viabilidade de se conferir a uma pessoa a responsabilidade penal por seus atos (ações e omissões), sendo que para seu devido reconhecimento é necessário que o indivíduo reúna determinadas características pessoais que permitem o reconhecimento de sua capacidade para responder perante o Poder Judiciário e o Sistema Penal pela infração cometida.

Nas palavras de Guilherme de Souza Nucci (2020, p.401) a imputabilidade.

É o conjunto das condições pessoais, envolvendo inteligência e vontade, que permite ao agente ter entendimento do caráter ilícito do fato, comportando-se de acordo com esse conhecimento. O binômio necessário para a formação das condições pessoais do imputável consiste em sanidade mental e maturidade. Se o agente não possui aptidão para entender a diferença entre o certo e o errado, não poderá pautar-se por tal compreensão e terminará, vez ou outra, praticando um fato típico e antijurídico sem que possa por isso ser censurado, isto é, sem que possa sofrer juízo de culpabilidade.

Desse modo, nota-se que a imputabilidade é a regra e a inimputabilidade será a exceção, sendo assim o artigo 26 do Código Penal apontam que o agente que comprovar doença mental ou que não teve seu desenvolvimento psíquico completo ou tenha ficado retardado será isentado da pena resultante de sua conduta (ação ou omissão), pois era ou estava inteiramente incapacitado de entender o caráter ilícito da conduta que praticou ou agir de acordo com o entendimento coletivo.

O artigo 27 do Código Penal considera que aquele que, no momento da prática do ato ilícito, era menor de 18 anos não poderá ser condenado pela leis gerais, mas sim específicas definidas no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) através do cumprimento de medidas socioeducativas que apresentam caráter educativo e não punitivo, sendo que as medidas que poderão ser aplicadas são a advertência, obrigação de reparação do dano, prestação de serviços à comunidade, liberdade assistida, semiliberdade ou internação ou ainda aplicação de medidas de proteção à criança (para os menores de 12 anos) que tenham praticado infrações penais.

Indispensável diferenciar a imputabilidade da capacidade. A capacidade é um conceito/instituto maior que a imputabilidade, uma vez que abrange o entendimento do indivíduo, sua vontade e também a aptidão de praticar atos na esfera jurisdicional, ou seja, realizar atos processuais tais como: oferecer queixa-crime, fazer representação, ser interrogado sem assistência de um curador, sendo que ela é adquirida com 18 anos.

Ademais, Guilherme de Souza Nucci (2020, p.401-402) aponta que:

O inimputável (doente mental ou imaturo, que é o menor) não comete crime, mas pode ser sancionado penalmente, aplicando-se-lhe medida de segurança, que se baseia no juízo de periculosidade, diverso, portanto, da culpabilidade. O autor de um fato típico e antijurídico, sem compreensão do que fazia, não merece ser considerado criminoso – adjectivação reservada a quem, compreendendo o ilícito, opta por tal caminho, sofrendo censura –, embora possa ser submetido a medida especial cuja finalidade é terapêutica, fundamentalmente. Como já afirmado, as condições pessoais do agente para a compreensão do que faz demandam dois elementos: 1.º higidez biopsíquica (saúde mental + capacidade de apreciar a criminalidade do fato); 2.º maturidade (desenvolvimento físico-mental que permite ao ser humano estabelecer relações sociais bem adaptadas, ter capacidade para realizar-se distante da figura dos pais, conseguir estruturar as próprias ideias e possuir segurança emotiva, além de equilíbrio no campo sexual).

Dessa forma, o inimputável em razão de doença mental ou desenvolvimento

mental incompleto ou retardado será absolvido nos termos no artigo 386, inciso VI do Código de Processo Penal (circunstâncias que excluam o crime ou isentem o réu de pena), contudo será aplicada medida de segurança podendo ser internação ou tratamento ambulatorial (artigo 96 do Código Penal) a depender da gravidade da conduta praticada, visto que, regra geral, o inimputável terá sua internação decretada, sendo que no caso de ter praticado ato punível com detenção poderá o magistrado deferir seu tratamento ambulatorial.

No tocante ao prazo da internação ou do tratamento ambulatorial percebe-se que o artigo 97, parágrafo 1º do Código Penal terá duração por tempo indeterminado, posto que dependerá de averiguação adequada por profissional capacitado (necessidade de realização de perícia médica) para análise da cessação da periculosidade, porém seu prazo mínimo deve ser de 1 a 3 anos. Enfatiza-se que a perícia médica deve ser realizada ao fim do prazo estipulado pelo magistrado, sendo que deve ser renovada a cada ano ou a qualquer momento se assim estabelecer o magistrado responsável pela execução penal.

Destaca-se que a desinternação ou a liberação serão sempre condicionadas de maneira que elas poderão ser restabelecidas antes do prazo de 1 ano quando o agente inimputável praticar algum ato que demonstre que ele persiste sendo perigoso para a vivência em sociedade. Além do mais, a qualquer momento do tratamento ambulatorial o magistrado responsável pela condução do caso poderá determinar a internação do indivíduo quando perceber a necessidade de cura da pessoa.

Vale ressaltar que o indivíduo considerado condenado especial (semi-imputável) que foi condenado a pena privativa de liberdade reduzida, poderá ter essa medida modificada para internação ou tratamento ambulatorial pelo prazo mínimo de 1 a 3 anos para realização de tratamento curativo. Interessante frisar que o internado deve ser recolhido em um estabelecimento que apresenta características hospitalares para que seja devidamente acompanhado e submetido a tratamento.

De acordo com o que descreve Victor Eduardo Rios Gonçalves (2021, p.254-255):

A doença mental abrange a demência, a psicose maníaco depressiva, a histeria, a paranoia, a psicose traumática por alcoolismo, a esquizofrenia etc. O desenvolvimento mental incompleto ocorre em relação aos menores de idade (para os quais, entretanto, existe regra própria no art. 27) e os silvícolas não

adaptados à vida em sociedade. Desenvolvimento mental retardado é característico em pessoas oligofrênicas (idiotas, imbecis, débeis mentais) e nos surdos-mudos (dependendo do caso). Assim, sempre que houver suspeita de que o acusado é portador de quaisquer desses distúrbios mentais, deve o juiz determinar a instauração de incidente de insanidade mental, que deverá seguir o rito descrito nos arts. 149 a 152 do Código de Processo Penal. A ação penal fica suspensa durante a tramitação da perícia (art. 149, § 2º, do CPP). O procedimento é processado em autos apartados e somente após a apresentação do laudo é apensado aos autos principais. As partes podem apresentar quesitos. Se os peritos concluírem que o acusado é inimputável, o juiz deverá nomear-lhe curador que acompanhará a tramitação do feito até o seu final. Ademais, não basta que o agente seja portador de distúrbio mental para que seja considerado inimputável. É necessário, outrossim, que os peritos concluam que referido distúrbio lhe retirava, por completo, a capacidade de entendimento ou de autodeterminação.

Por último, indispensável explanar sobre a semi-imputabilidade, posto que o artigo 26, parágrafo único do Código Penal aponta que existe a possibilidade de redução de pena de 1/3 a 2/3 para o agente que demonstre que apresenta perturbação mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado que apesar de não afetar completamente sua consciência impede que ele seja capaz de entender inteiramente o caráter ilícito da conduta praticada ou ter entendimento completo das legislações. Isso significa que essa pessoa será considerada semi-imputável, pois apresenta capacidade de entendimento reduzida e não completa a consequência prática disso é que caso os peritos entendam que o agente não necessita de tratamento específico ele cumprirá a pena privativa de liberdade com redução de pena, todavia em caso de necessidade de tratamento a pena será convertida em medida de segurança (com natureza condenatória) para obstar que o indivíduo volte a delinquir.

Diante do exposto, foram apresentadas as principais considerações sobre culpabilidade, excludentes de culpabilidade, imputabilidade, incapacidade e medidas de segurança, visto que são institutos fundamentais para compreensão da temática em desenvolvimento.

2.3 UMA ANÁLISE SOBRE A APLICABILIDADE REAL DAS MEDIDAS DE SEGURANÇA NO BRASIL

Considerando a temática em estudo interessante fazer um breve levantamento sobre as medidas de segurança aplicadas no Brasil atualmente, com

isso serão apresentados dados sobre a população prisional no país durante o período de Janeiro a Junho de 2022 levando em consideração dados gerais e específicos de cada Estados.

Segundo levantamento do Sistema Penitenciário Nacional no período de Janeiro a Junho de 2022 a população carcerária era de 827. 299 presos, sendo que desses 316.503 era homens cumprindo pena em regime fechado; 162.542 eram homens cumprindo pena em regime semiaberto e 100.173 eram homens cumprindo pena em regime aberto. Em relação as mulheres 13.720 estavam em regime fechado; 9.433 em regime semiaberto e 8.710 em regime aberto. Além disso, 200.294 eram homens presos provisoriamente; 13.043 era mulheres presas provisoriamente.

No tocante exclusivamente a internação eram 1.889 homens e 118 mulheres, bem como em tratamento ambulatorial eram 405 homens e 17 mulheres, isso demonstra que a aplicabilidade de Medidas de Segurança é me restrita, portanto não existe a necessidade de manutenção de espaços como Hospitais de Custódia, pois deve-se cumprir a Lei nº 10.216/2001 que implementou a Luta Antimanicomial; a execução da Resolução CNJ nº 487/2023 que implementa a Política Antimanicomial no Poder Judiciário e a decisão a Corte Interamericana de Direitos Humanos que determinou ao Estado brasileiro, por meio do Ministério da Saúde e do Judiciário, a criação de programas para formação, educação, conscientização e capacitação dos médicos, psiquiatras, psicólogos e enfermeiros que trabalham no Sistema Único de Saúde para que atuem de acordo com as disposições nacionais e internacionais em relação ao tratamento adequado das pessoas com transtornos mentais.

Interessante ressaltar os dados específicos de alguns estados. No caso do Rio Grande do Norte, por exemplo, atualmente existiam 4.837 homens em regime fechado, 2.178 em regime semiaberto e 1.661 em regime fechado; quanto as mulheres 208 estavam em regime fechado, 200 em regime semiaberto e 171 em regime aberto; sobre as Medidas de Segurança existiam 39 homens em internação e 1 em tratamento ambulatorial e 1 mulher em internação e nenhuma em tratamento ambulatorial.

Em Pernambuco, por exemplo, 13.493 homens estavam cumprindo penal em regime fechado, 5.243 em semiaberto, 10.975 em aberto; no caso das mulheres 389 estavam em regime fechado, 362 em regime semiaberto e 830 em regime aberto. E

em relação as Medidas de Segurança percebe-se que não existia nenhum homem em internação e 94 em tratamento ambulatorial e sobre as mulheres não existia nenhuma em internação e 8 em tratamento ambulatorial.

Enfatiza-se que em Minas Gerais 26.111 homens cumpriam pena no regime fechado, 12.027 em semiaberto e 4.585 em aberto, no tocante as mulheres 1.049 estavam em regime fechado, 571 em regime semiaberto e 474 em regime aberto, quanto as Medidas de Segurança nenhum homem e nenhuma mulher estava em situação de internação, mas 35 homens e 5 mulheres estavam em tratamento ambulatorial.

Nesse sentido, os indivíduos que foram julgados pelo Sistema Penal e que apresentem transtornos mentais deverão ser encaminhados para tratamento adequado perante o SUS na figura da Rede de Atenção Psicossocial e dos Centros de Atenção Psicossocial, com atendimento multidisciplinar voltado para sua reabilitação e reinserção social.

Salienta-se que o Sistema Penitenciário, o Poder Judiciário e o Sistema de Saúde não podem ser preconceituosos e segregacionistas com os indivíduos que apresentam qualquer tipo de sofrimento mental, visto que o tratamento deve ser humanizado, com atuação da Assistência Social e aplicabilidade de medidas de cunho protecionista, acolhimento, orientação e reabilitação. Afinal, o que se percebia era na verdade a exclusão dos indivíduos que necessitavam de atenção especial, mas eram negligenciados pelo Sistema Penal e pelo Sistema Único de Saúde.

Por fim, os dados apresentados apontam que a Institucionalização das pessoas com algum tipo de transtorno mental é um equívoco do Sistema Carcerário e Penal Brasileiro, por envolver violação de Direitos Humanos, pois a responsabilidade de cuidar dessas pessoas é da área da saúde pública.

3 METODOLOGIA

Enfatiza-se que a metodologia se nota que será empregado os métodos exploratório e documental e a pesquisa bibliográfica, com isso o assunto será devidamente explorado através de pesquisas em fontes primárias e secundárias como, por exemplo, livros, artigos científicos, revistas, legislações, monografias, documentos governamentais e outras fontes que possam fornecer informações adequadas e fundamentar a argumentação da pesquisa.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 DOS MANICÔMIOS JUDICIÁRIOS: O CASO DA UPCT-RN

A Medida de Segurança, prevista na legislação penal brasileira, consiste na intervenção do Estado na liberdade do indivíduo considerado como inimputável, devido à doença mental que tenha praticado fato típico e ilícito, atribuindo-se a função de tratamento no intuito de cuidar, tratar e ressocializar este indivíduo.

Nesse contexto, os Hospitais de Custódia são responsáveis por receber e manter sob tutela do Estado os indivíduos inimputáveis que cometeram crimes, mas não podem ser responsabilizados judicialmente devido a alguma doença mental. Portanto, eles são isentos de culpa e pena, sendo submetidos a uma medida de segurança que deve ser cumprida em instituições competentes, como hospitais psiquiátricos, unidades de tratamento psiquiátrico, clínicas especializadas em saúde mental, os próprios hospitais de custódia, entre outros. Essa medida visa proporcionar tratamento psiquiátrico, assim como a recuperação ou manutenção dos laços sociais e familiares, com o objetivo final de alcançar a desinternação.

Os “loucos criminosos” se constituíam quanto uma demanda judicial e institucional diferente e era necessária a união entre prisão e manicômio. O Manicômio Judiciário, hoje renomeado de Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, herdou, na realidade, o pior do manicômio e da prisão. Além de ser alvo de disputas de saberes e poderes, a ideia de expiação e punição vigora nessas organizações e o tratamento psiquiátrico, que deve ser a finalidade de tais organizações, resume-se em distribuição de medicação e um acompanhamento mínimo de profissionais como o psiquiatra e o psicólogo.

Deste modo, sendo a medida de segurança unicamente preventiva, cabe ao Judiciário fornecer meios para a custódia do inimputável em lugares que não sejam a prisão comum, enquanto à Secretaria de Saúde de cada município sede dessas organizações é cabível a disponibilização de meios para o seu tratamento psiquiátrico. Entretanto, essa forma de aplicar a medida de segurança é atual, anteriormente, o Código Penal de 1940 havia adotado o sistema de duplo binário, no qual a medida de segurança era apenas complementar à pena de privação de

liberdade. Após o sujeito cumprir em prisão comum a pena estabelecida ao seu “delito”, era submetido ao tratamento.

Em resumo, após cometer um ato “delituoso”, possa ser internado no Hospital de Custódia e cumprir medida de segurança é necessário que a sua inimputabilidade, incapacidade de compreender a ilicitude do seu ato, seja diagnosticada via exame de sanidade mental. Além disso, a sua periculosidade também deve ser comprovada.

Em Natal, cidade onde está localizada a UPCT/RN, constata-se que os exames de periculosidade e sanidade mental são realizados no Instituto Técnico-científico de Polícia do RN (ITEP-RN), por médicos psiquiatras e, após esse resultado afirmativo da inimputabilidade seguida de periculosidade, o sujeito é encaminhado à Unidade. A partir dessa constatação, o sujeito é absolvido da pena cabível ao ato “delituoso” cometido, uma vez que não possui culpabilidade, e passa a cumprir medida de segurança.

De acordo com os levantamentos realizados por Diniz (2011), a Unidade Psiquiátrica de Custódia e Tratamentos do Rio Grande do Norte (UPCT-RN) corresponde ao Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP), situado em Natal, capital do estado. A instituição foi inaugurada em 1998 e, na época do estudo, era de responsabilidade da Secretaria de Estado da Justiça e Cidadania do estado.

No referido ano, a população total da UPCT-RN era composta por 45 indivíduos, sendo 29 em medida de segurança, 7 em medida de segurança por conversão de pena e 9 em situação temporária de internação. Isso significava que a UPCT-RN ocupava a vigésima terceira posição em termos de população entre os HCTPs e as Alas de Tratamento Psiquiátrico (ATPs), representando 1% da população de todos os 26 Estabelecimentos de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (ECTPs) do país e 4% das pessoas internadas nos estabelecimentos da Região Nordeste. Porém, é necessário destacar que pelo menos 17% dos indivíduos nessa UPCT não deveriam estar internados, pois se encontravam em situações em que a periculosidade cessou, possuíam sentença de desinternação, tiveram a medida de segurança extinta ou estavam internados sem processo judicial – revelando mais uma vez a “estrutura inercial” do modelo psiquiátrico-penal no Brasil (DINIZ, 2011, p. 17). Ainda, segundo a mesma autora:

as variáveis elencadas, os dados levantados e a forma como

apresentamos os resultados devem ser entendidos como evidências seguras e desconcertantes de uma grave injustiça. Estamos diante de um grupo de indivíduos cuja precariedade da vida é acentuada pela loucura e pela pobreza, mas também diante de vidas precarizadas pela desatenção das políticas públicas às necessidades individuais e aos direitos fundamentais. Estamos diante de um grupo de indivíduos cuja precariedade da vida é acentuada pela loucura e pela pobreza, mas também diante de vidas precarizadas pela desatenção das políticas públicas, às necessidades individuais e aos direitos fundamentais (DINIZ, 2011, p. 17).

Quando Débora Diniz fez essa citação em seu censo realizado em 2011, os 29 indivíduos da UPCT-RN estavam sob medida de segurança de internação.

Além disso, no que se refere à estrutura da UPCT-RN, uma pesquisa mais recente realizada no site da Secretaria de Estado da Administração Penitenciária em 2022, constatou-se que nessa instituição existem dois pavilhões com um total de vinte e seis celas, sendo que cada cela foi projetada para abrigar dois pacientes.

Nos demais estabelecimentos do país, 91% da população estava em medida de segurança de internação. Das 29 medidas de segurança, havia 7% (2) de indivíduos na reinternação, ou seja, retornaram para a HCTPS depois da alta hospitalar. Após ser declarada a cessação de periculosidade, o indivíduo recebe o benefício da desinternação condicional pelo prazo de um ano, lembrando que a medida de segurança perante lei há um prazo de 30 anos.

Além dos em situação de medida de segurança, foram apurados também pelo censo uma série de condicionantes de indivíduos em situação temporária da UPCT-RN, 44% (4) estavam internados para realizar exame de sanidade mental e 33% (3) tinham o exame de sanidade mental e aguardavam decisão judicial para andamento processual. Nos demais estabelecimentos do país, 34% da população temporária aguardavam laudo de sanidade mental. Na UPCT-RN, 22% (2) dos dossiês não identificavam a situação do indivíduo em condição temporária. Nos demais estabelecimentos do país, a situação do indivíduo estava ausente em 12% dos dossiês (DINIZ, 2011).

Ressalta-se que o período legal previsto no Código Penal Brasileiro para a realização do exame de sanidade mental, é que não ultrapasse o período de 45 dias, o prazo poderá ser mais elástico caso o perito demonstre a necessidade de maior tempo para a conclusão do laudo (art. 150, § 1º, CPP).

Então dessa população da unidade psiquiátrica de Natal-RN, segundo o censo de 2011, a média de espera pelo laudo era de 28 meses, ou seja,

ultrapassando os limites do período do Código Penal Brasileiro. Pelos fatos expostos, o objeto do estudo, consegue-se assegurar que os problemas gerados nas unidades penais do país, inclusive no estado do Rio Grande do Norte faz com que a população de HCTP, além de sofrer com a superlotação, padece com a negação de direitos e com a deficiência dos serviços profissionais como a falta de assistência social, material, jurídico. Além disso, constata-se de um sistema falho que afetam ou podem afetar a população que vive em HCTP e necessitam de uma atenção mais redobrada, e do outro, senão de natureza administrativa e de gestão, pois percebe-se na realidade do estado do RN, a falta de padronização de procedimentos e de rotinas administrativas próprias que atendam com dignidade as suas necessidades.

Não é custoso compreender como o dia-a-dia na UPCT/RN é atribulado. Além dos profissionais não terem recebido nenhum curso de capacitação, sequer compreendem como, quando e por que o Hospital de Custódia surgiu. Não existe um referencial a seguir, um arcabouço teórico e prático que subsidie sua prática profissional, além do pouco que é apresentado na LEP, por exemplo. Os estudos e pesquisas relacionados à saúde mental como um todo também não são repassados à equipe, uma vez que a mesma não é formada para lidar com essa demanda específica. Assim, a equipe tende a se ver como um indivíduo que trabalha em uma “aberração”, como define Henrique (funcionário da UPTC-RN): “Aqui é como se fosse um Frankenstein porque ao mesmo tempo em que é hospital psiquiátrico de custódia e tratamento, se você olhar, é a estrutura de cadeia”. (INFORMAÇÃO VERBAL, julho/agosto de 2014, MARIA MAYARA DE LIMA).

O pior dos manicômios judiciários e o pior das cadeias públicas foram herdados para a HCTPS, é um “jogo” perverso, se é culpado vai para a prisão, se não é culpado, mas é “louco” é internado em um hospital para loucos-criminosos, a ausência de uma real intenção em disponibilizar um tratamento psiquiátrico que vá além da distribuição de medicamentos. Atualmente, na UPCT/RN o próprio profissional de psicologia e o psiquiatra realizam apenas um plantão por semana, é quase impossível crer que o dito objetivo final desse tipo de organização está sendo realmente alcançado. Se a intenção do Estado ou judiciário fosse realmente oferecer tratamento a essas pessoas, haveria o mínimo de atenção e não somente “jogado ao leo”.

Vale ressaltar, que a maioria dos pacientes sofrem com o abandono familiar,

quando sua medida de segurança é cumprida e sua condição precisa ser reavaliada para constatar se ele poderá sair da instituição, ou não, o assistente social deve tentar localizar o parente mais próximo, já que a desinternação do interno depende de: laudo de cessação de periculosidade e o de sanidade mental favorável, pareceres sociais do assistente social, do psicólogo e do médico psiquiatra da Unidade e algum familiar que possa assumir a tutela do paciente, responsabilizando-se por ele, a sociedade em si tem esse sentimento enraizado de punição do criminoso, então quando se há um caso onde precisa dessa atenção de tutela, não é fácil encontrar em essa empatia familiar. Assim, o assistente social chega a deslocar-se, inclusive, para outros municípios, a fim de encontrar os familiares do interno.

Todas as etapas são cumpridas adequadamente, gerando um sentimento de euforia e ansiedade tanto no paciente, quanto nos profissionais e, por isso, quando a decisão judicial determina renovação da medida de segurança, uma carga de sensações negativas cai sobre a equipe e sobre o paciente. O sentimento que padece é o de abandono, porque para os indivíduos nessa situação, não existe nem a absolvição para a sua culpa ou o seu tratamento, o que acontece é que as pessoas que deveriam ser responsáveis por essas pessoas, utilizam mais um método cômodo, assim podendo se livrarem, sempre é uma questão de agradar um só lado.

Legalmente, a equipe profissional deve ser formada por agentes penitenciários, assistente social, psicólogo, enfermeiros, psiquiatra e essa equipe tem por objetivo a disponibilização de um tratamento humano e que mantenha os vínculos sociais e familiares, supere todas as formas de estigmas e preconceitos e que favoreça um processo de desinstitucionalização de qualidade. Ressalta-se que as Secretarias de Justiça e a de Saúde são os órgãos públicos destinados para o provimento da aplicação das Políticas de Segurança Pública e de Saúde, especificamente de saúde mental, e faz-se necessário uma prática profissional interdisciplinar respaldada nas legislações específicas de ambas as políticas públicas, bem como da própria organização, para que o objetivo geral seja alcançado, mas não é exatamente assim que ocorre na prática, o cotidiano organizacional mostra o descaso das organizações com esses indivíduos.

Como já supracitado as HCTP herdaram o que já haviam de pior dos manicômios e das cadeias públicas, o sistema é notoriamente falho e quando se

trata de uma população que já é esquecida por ser considerada socialmente criminosa, é ainda mais deixada de lado quando se fala em tratamento ocupacional. Atualmente, o tratamento feito não é arcaico como os manicômios e seus tratamentos de choques e lobotomia, mas é arcaico no sentido que só é utilizado o medicamento como forma de cura da loucura.

Como citado no filme “Nise: O Coração da Loucura”, Jung diz que a psique, assim como todo organismo vivo, tem potencial reorganizador, auto curativo, que se manifesta justamente em formas circulares. Nise da Silveira foi uma psiquiatra que revolucionou o tratamento da loucura com arte, para ela a experiência em manicômios mostrou que havia uma confusão entre hospital psiquiátrico com cárcere, tinha como objetivo revolucionar o tratamento com terapia ocupacional e obteve êxito mesmo com as dificuldades da época.

Nas pinturas realizadas no ateliê do hospital, era frequente encontrar figuras circulares, que se assemelhavam a mandalas, formas que Jung apontava como tendo o potencial de reorganizar e curar a psique. A abordagem psiquiátrica apostava nas artes plásticas como uma forma de os pacientes elaborarem seus sentimentos e se expressarem simbolicamente, restabelecendo seus vínculos com a realidade. As pinturas permitiam a manifestação de conteúdos do inconsciente, tornando o trabalho com artes plásticas não apenas terapêutico, mas também um portal para o mundo interno dos pacientes e, conseqüentemente, para sua recuperação da condição de desequilíbrio mental.

Com a análise do filme “Nise: O Coração da Loucura” renasce um espírito de esperança com a pauta de defesa dessa população, são indivíduos que têm uma carga de sofrimento desde o vínculo familiar, sofrem com o sistema judiciário, pois como notado nos tópicos acima, o sistema judiciário atual não sabe de fato lidar com essas vidas, o sistema ele é falho em todos os sentidos, além de não terem o suporte devido dentro da UPCT/RN, o tratamento hoje é utilizado com mais frequência os medicamentos tranquilizantes, sendo esquecido o básico como atividades ocupacionais e atividades que seja de incentivo de aprendizado e ressocialização. Nise da Silveira utilizou o método da arte como forma de cura e escuta da loucura, no filme mostra uma alta de um “cliente”, curado por esse método que é tão deixado de lado.

Nota-se que é utilizado o que convém, o que é mais fácil para o sistema, o judiciário olha de qualquer jeito para essa população, como diz o artista Chico

Buarque, “A dor de quem vive ao relento não sai no jornal.”

Diante do exposto, constata-se que por mais que a equipe do UPCT/RN tente atuar levando em consideração aspectos sociais, históricas, políticas, psíquicas e subjetivas a manutenção desse tipos de instituição viola as normas jurídicas nacionais e internacionais, principalmente no tocante aos direitos humanos e as maneiras adequadas de lidar com as pessoas com sofrimento mental, com isso a desativação desse tipo de instituição é fundamental para o fim da Luta Antimanicomial e reinserção social dessas pessoas.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O artigo abordou uma ampla gama de conhecimentos, desde os conceitos de psiquiatria, saúde mental e imputabilidade penal, até a análise da aplicação prática das medidas de segurança no Brasil, com foco especial no caso da UPCT-RN. Além disso, foram explorados aspectos da evolução jurídica e histórica do tratamento da doença mental e dos manicômios. O principal objetivo deste estudo foi analisar a aplicação da Medida de Segurança descrita no art. 96 do Código Penal, bem como enfatizar a busca pela efetivação da reforma psiquiátrica. Esses objetivos foram plenamente alcançados, utilizando-se de conceitos, dados e levantamentos pertinentes. Ainda, é importante ressaltar que, ao abordar números, não se pode perder de vista que se trata de indivíduos que transitam entre o âmbito legal e a psiquiatria.

Destaca-se que a psiquiatria é um ramo específico da ciência médica responsável por estudar aspectos mentais, principalmente em relação a distúrbios e transtornos que podem ser desenvolvidos pelos indivíduos, sendo que aplica em sua execução conhecimentos de diversos outros ramos científicos como, por exemplo, psicologia e fisiologia. Assim, um de seus objetos de estudo é a saúde mental que representa a situação em que a pessoa se encontra em pleno gozo de suas faculdades mentais, capaz de viver em sociedade e lidar com situações estressoras devidamente sendo produtiva e motivada, portanto, a pessoa é capaz de ter relações interpessoais, saber lidar com seus pensamentos e vivem bem em seu ambiente de trabalho.

No tocante a evolução histórica da loucura constata-se que, em um primeiro momento, os doentes ficavam reclusos em suas casas e não tinham convivência em

sociedade, sendo que a partir de 1830 foram surgindo as primeiras ideias sobre institucionalização e, por isso em 1852 foi inaugurado o primeiro Hospício no Rio de Janeiro para tratamento das pessoas com sofrimento mental. Ocorre que, motivados por ideais eugênicos e higienistas os psiquiatras brasileiros começaram a desenvolver ideias de superioridade racial e construção de uma sociedade com pessoas superiores o que acabou impactando diretamente as pessoas com doenças mentais, o que somente foi superado com a reforma psiquiátrica em 1970, bem como com a aprovação da Lei nº 10.216/2001 (Lei Paulo Delgado) que protege e tutela os direitos das pessoas com transtornos mentais que futuramente influenciou a promulgação da Lei 13.146/2015 e a movimentação do Conselho Nacional de Justiça pelo fim das institucionalizações desses indivíduos.

Importante ressaltar que a imputabilidade penal é a possibilidade da pessoa ser responsabilizada perante o Sistema Penal Brasileiro e receber uma sanção penal como, por exemplo, uma pena privativa de liberdade, sendo que representa as condições individuais daquela pessoa que permitam que ela tenha entendimento sobre as leis que regulamentam a sociedade e protegem bens jurídicos considerados relevantes. Nesse sentido, a pessoa que não tem capacidade de discernimento será considerada inimputável quem por desenvolvimento mental incompleto ou retardado ou por doenças mentais ou invés de receber uma pena privativa de liberdade comum vai receber tratamento ambulatorial ou internação para tratamento e reabilitação. Entretanto, cada vez mais o Direito Brasileiro vem considerado que a institucionalização deve ser combatida.

Enfatiza-se que, quanto a aplicabilidade real das medidas de segurança, percebe-se que em consideração a população carcerária total sua execução é bem reduzida, pois o contingente de pessoas consideradas inimputáveis é reduzido o que demonstra que o caminho adequado é a desinstitucionalização e o tratamento dos doentes através do Sistema Único de Saúde com a finalidade de reabilitar as pessoas e inseri-las no convívio social.

Por fim, especificamente no caso da UPCT-RN nota-se que os indivíduos em internação eram 45 pessoas em situação de cumprimento de medida de segurança, outros em medida de segurança por conversão de pena e outros em situação de internação temporária, sendo que o que se percebe é a vulnerabilidade e a marginalização dessas pessoas que acabam negligenciadas e esquecidas pelo Poder Público, com isso é necessário encerrar o tratamento nesses locais, respeitar

os direitos fundamentais e humanos dessas pessoas tratando-as com dignidade de maneira com devido tratamento pelo SUS e com reintegração social.

REFERÊNCIAS

BRASIL, Conselho Nacional de Justiça. **CNJ e Ministério da Saúde trabalham para implementar Política Antimanicomial.** Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/cnj-e-ministerio-da-saude-trabalham-para-implementar-politica-antimanicomial/>. Acesso em: 01 mai. 2023.

BRASIL, Conselho Nacional de Justiça. Resolução nº 487 de 15 de fevereiro de 2023]. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/files/original2015232023022863fe60db44835.pdf>. Acesso em: 01 mai. 2023.

BRASIL, **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL, **Decreto-Lei nº 3.689 de 3 de Outubro de 1941,** Código de Processo Penal. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del3689compilado.htm. Acesso em: 30 mai. 2023.

BRASIL, Departamento Penitenciário Nacional. **População Prisional na Justiça Estadual Período de Janeiro a Junho de 2022.** Disponível em: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrljoiY2Q3MmZlNTYtODY4Yi00Y2Q4LWFIZDUtZTcwOWI3YmUwY2lyliwidCI6ImViMDkwNDIwLTQ0NGMtNDNmNy05MlYyLTRiOGRhNmJmZThlMSJ9>. Acesso em: 02 mai. 2023.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Reforma Psiquiátrica e política de Saúde mental no Brasil – Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas,** Brasília, 2005. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf. Acesso em: 29 abr. 2023.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. **Memória da loucura:** apostila de monitoria - Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Assuntos Administrativos. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. **Decreto-Lei nº 2.848 de 7 de Dezembro de 1940,** Código Penal. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm. Acesso em: 28 abr. 2023.

BRASIL. **Lei 10.216, de 6 de abril de 2001.** Planalto, 2001. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 28 abr. 2023.

CARRARA, Sérgio. **Crime e loucura:** o aparecimento do manicômio judiciário na

passagem do século. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1998.

CASTEL, Robert. Os médicos e os juízes. In: FOUCAULT, Michel (Org). **Eu, Pierre Rivière, que degolei minha mãe, minha irmã e meu irmão**. Tradução de Denize Lezan de Almeida. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1977.

COSTA, Jurandir Freire. **1944 – História da psiquiatria no Brasil: um corte ideológico**. 5ed. ver. Rio de Janeiro: Garamond, 2007.

DINIZ, Débora. **A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil/ Censo 2011**. Editora Universidade de Brasília, 2013.

FARIAS, Cristiano Chaves de. **Estatuto da Pessoa com Deficiência Comentado artigo por artigo**. 2. rev., ampl. e atual. - Salvador: Ed. JusPodivm, 2016.

FOUCAULT, Michel. **História da Loucura na Idade Clássica**, São Paulo: Perspectiva, 1978.

FOUCAULT, Michel. **Os anormais: curso no collége de France (1974-1975)**. São Paulo: Editora WMF, 2010.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir: nascimento da prisão; tradução de Raquel Ramallete**. 41 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013.

GONÇALVES, Victor Eduardo Rios. **Curso de direito penal, v. 1: parte geral. – 5. ed. – São Paulo: Saraiva Educação, 2021**.

GRECO, Rogério. **Curso de direito penal: volume 1: parte geral: arts. 1º a 120 do Código Penal. – 24. ed. – Barueri [SP]: Atlas, 2022**.

História da Psiquiatria: Ciência, práticas e tecnologias de uma especialidade médica / André Mota e Maria Gabriela S.M.C.Marinho. -- São Paulo: USP, Faculdade de Medicina: UFABC, Universidade federal do ABC: CD.G Casa de Soluções e Editora, 2012

KOERNER, Andrei. **Punição, disciplina e pensamento penal no brasil do século XIX**. Lua Nova, São Paulo, 68: 205-242, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ln/a/7cmSNSzCTfpgkDC4xW/wr3vQ/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 27 abr. 2023.

LIMA, Maria Mayara de. **Do outro lado das grades: análise dos discursos da equipe dirigente da Unidade Psiquiátrica de Custódia de Tratamento do Rio Grande do Norte**. Dissertação de Mestrado em Ciências Sociais, Natal, RN, 2015. Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

MELLO, Inaiá Monteiro. **Enfermagem psiquiátrica e de saúde mental na prática**. — São Paulo: Atheneu, 2008.

NUCCI, Guilherme de Souza. **Manual de direito penal. – 16. ed. – Rio de Janeiro: Forense, 2020**.

PEREIRA, Alexandre de Araújo. **Saúde mental** -- Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009.

Saúde mental [recurso eletrônico]: um campo em construção / Organizadora Eliane Regina Pereira. – Ponta Grossa, PR: Atena Editora, 2019.

SCHREIBER, Anderson *et al.* **Código Civil comentado:** doutrina e jurisprudência – 3.ed. – Rio de Janeiro: Forense, 2021.

SILVA, Martinho; MOURA, Renata Costa. **De “louco infrator” a “pessoa adulta portadora de transtorno mental em conflito com a lei”:** sobre categorias governamentais e processos de vulnerabilização, 2013. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/intersecoes/article/viewFile/9525/7377>. Acesso em: 20 abr. 2023.

TARTUCE, Flávio. **Manual de Direito Civil:** volume único. – 12. ed. – Rio de Janeiro, Forense; METODO, 2022.

UPCT-RN - Unidade Psiquiátrica de Custódia e Tratamentos. Adcon, 2022. Disponível em: <http://adcon.rn.gov.br/ACERVO/sejuc/Conteudo.asp?TRAN=ITEM&TARG=89238&ACT=&PAGE=&PARM=&LBL=UNIDADES%20PRISIONAIS>. Acesso em: 21 abr. 2023.

WANG, Yuan-Pang; NETO, Mario Rodrigues Louzã. **História da Psiquiatria.** Disponível em: <https://statics-submarino.b2w.io/sherlock/books/firstChapter/5941135.pdf>. Acesso em: 02 mai. 2023.