

AS MEDIDAS DE SEGURANÇA À LUZ DA LEI ANTIMANICOMIAL: Hospitais de Custódia e Tratamento após 21 anos da Reforma Psiquiátrica

SAFETY MEASURES IN THE LIGHT OF THE ANTI-MANICOMIAL LAW: Custody and Treatment Hospitals after 21 years of Reform Psychiatric

Anna Victória Silva Gonçalves¹

Flávio Roberto Ribeiro Soares²

Resumo

A análise da aplicabilidade do tratamento aos pacientes com transtorno mental sob Medidas de Segurança como paradigma da Lei Antimanicomial nº 10.216/01 após 21 anos. Assim, será estudado o contexto histórico evolutivo da Reforma Psiquiátrica, bem como esclarecer a injustiça ocasionada ao louco infrator na aplicação das medidas de segurança em Hospitais de Custódia e Tratamento. De modo que, a pesquisa demonstra a ineficácia da reforma após duas décadas, visto que se trata de um problema social e jurídico, o qual precisa ser identificado e reparado. Dessa forma, é primordial entender sobre lei antimanicomial e as legislações penais que seguem o princípio da humanização do tratamento do louco infrator, afastando a internação nesses estabelecimentos. Por isso, será discutido um novo recurso aos acometidos de doença mental, para que afaste a perpetuidade em hospitais de custódia, e assim promova uma nova política de tratamento que irá cessar a periculosidade desses agentes.

Palavras-chave: Imputabilidade; Louco Infrator; Internação; Lei nº 10.216/01.

Abstract

The analysis of the applicability of treatment to patients with mental disorders under Security Measures as a paradigm of anti-manicomial law nº 10.216/01 after 21 years. Thus, the evolutionary historical context of the Psychiatric Reform will be studied, as well as clarify the injustice of the insane offender in the application of security measures in Custody and Treatment Hospitals. Thus, the research demonstrates the ineffectiveness of the reform after two decades, since it is a social and legal problem, which needs to be identified and repaired. Thus, it is essential to understand about anti-labor law and criminal laws that follow the principle of humanization of the treatment of the insane offender, removing hospitalization in these establishments. Therefore, a new resource will be discussed for those affected by mental illness, so that it will move away from perpetuity in custody hospitals, and thus promote a new treatment policy that will cease the dangerousness of these agents.

Keywords: Imputability; Crazy Offender; Hospitalization; Law nº 10.216/01.

1 INTRODUÇÃO

O presente estudo tem como objetivo verificar a aplicabilidade das Medidas de Segurança do Código Penal Brasileiro à luz da Lei Antimanicomial nº 10.216/01, com vistas a investigar e esclarecer a atual situação dos Hospitais de Custódia e Tratamento após 21 anos da Reforma Psiquiátrica, averiguando se há necessidade de sua reformulação.

¹ Discente em Conclusão no Curso de Direito da Universidade CEUMA – Email: annavicgoncalves@outlook.com

² Especialista em Ciências Criminais pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Docente do Curso de Direito na Universidade CEUMA. Email: flaviorrsoares@uol.com.br

Nesse sentido, buscaremos esclarecer aplicabilidade dessa lei se tem sido executada na prática aos pacientes em conflito com a lei ou se o Estado a tem totalmente negligenciado.

Por isso, para a definição da pesquisa analisaram-se as relações entre doença mental e os crimes praticados pelos pacientes, alinhando-se à realidade da precariedade dos Hospitais Psiquiátricos do país, após a chamada “Reforma Psiquiátrica”, nos termos disciplinados na Lei nº 10.216/01, a qual não ocorreu na prática sua aplicabilidade ou execução.

O trabalho foi estruturado em três tópicos, tendo como ponto de partida as Medidas de Segurança no Sistema Penal Brasileiro, apresentando o conceito da sanção preventiva como substituição da pena privativa de liberdade do ilícito penal para pessoas em conflito com lei acometidas de transtorno mental por internação ou tratamento ambulatorial, visto que essas pessoas não podem sofrer a mesma sanção como imputável por cometer crimes, em função da sua situação mental.

Nesse íterim, ainda no tópico, apresentaremos levantamentos do comparativo de pessoas de sexo feminino e masculino que estão amparados por essas medidas, desaprovando a forma de tratamento dado as pacientes na mesma situação dos homens.

No segundo tópico, será feito um breve histórico da Reforma Psiquiátrica, apresentando como foram inaugurados os manicômios judiciários no Brasil; o contexto em que se deu a Luta Antimanicomial; a Lei Antimanicomial 10.216/01 e sua aplicabilidade no país quanto aos cognominados loucos infratores pela psiquiatria forense.

No segundo tópico ainda serão apontadas a Realidade dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico e a Necessidade de uma Nova Reforma e as Principais Perspectivas e Avanços após 21 anos da Reforma Psiquiátrica, trazendo o Programa PAILI e PAI-PJ.

No terceiro e último tópico trataremos dos desafios entre a Lei Antimanicomial e Legislação Penal, quanto à forma de tratamento aos inimputáveis e a insegurança jurídica que ainda persiste, indo de desencontro às garantias e direitos fundamentais.

A metodologia de abordagem utilizada foi de pesquisa documental e bibliográfica por meio de doutrinas e artigos científicos que versam sobre o tema como forma do embasamento teórico jurídico, buscando a justificativa do problema exposto em consultas dos dados de sites e jurisprudências.

2 AS MEDIDAS DE SEGURANÇA NO SISTEMA PENAL BRASILEIRO

As medidas de segurança estão dispostas nos artigos 96 a 99, do Código Penal Brasileiro, demonstradas como sanção da natureza preventiva, com fundamento no *jus*

*puniendi*³, imposto pelo Estado como forma de resposta ao inimputável ou semi-imputável que comete um fato típico e ilícito, previsto no art. 26, do Código Penal⁴, até a cessação de sua “periculosidade”.

Nesse sentido, define José Cirino dos Santos (2020, p. 615), que:

o Estado pretende cumprir a tarefa de proteger a comunidade e o cidadão contra fatos puníveis utilizando instrumentos legais alternativos: a) penas criminais, fundadas na culpabilidade do autor; **b) medidas de segurança, fundadas na periculosidade do autor** [...] Ao contrário da natureza retributiva das penas criminais, fundadas na culpabilidade do fato passado, as medidas de segurança, concebidas como instrumento de proteção social e de terapia individual – ou como medidas de natureza preventiva e assistencial, segundo a interpretação paralela do Legislador -, **são fundadas na periculosidade de autores inimputáveis de fatos definidos como crimes, com o objetivo de prevenir a prática de fatos puníveis futuros.** (grifo nosso)

Segundo o Código Penal Brasileiro, o sistema adotado na aplicabilidade das medidas de segurança é o vicariante, ou seja, o juiz quando entender necessário, aplicará ao agente inimputável ou semi-imputável, conforme recomendação da perícia médica, a pena reduzida ou a medida de segurança.

Quanto as essas medidas, historicamente, vale lembrar que, antes da Reforma Penal, no ano de 1984, deu-se o sistema vicariante o qual se adota, anteriormente o sistema binário era usado para a aplicação da pena e a medida de segurança ao mesmo tempo, tornando-se totalmente ineficaz, porque aquele inimputável ou semi-imputável, portador de uma doença mental, recebia o duplo binário, sendo punido duas vezes pelo mesmo crime, indo de encontro ao princípio do *bis in idem*⁵, bem como o princípio da dignidade da pessoa humana.

Nesse viés, afirma Cezar Roberto Bitencourt:

A aplicação conjunta de pena e medida de segurança lesava o princípio do *bis in idem*, pois, por mais que se diga que o fundamento e os fins de uma e outra são distintos, na realidade, é o mesmo indivíduo que suportava as duas consequências pelo mesmo fato praticado. (BITENCOURT, 2021, p. 447)

Diante desse contexto, em 1984, com a Reforma Penal adotaram-se as medidas de segurança como forma de prevenção e não de como forma punitiva, como era visto anteriormente, assegurando ao “louco infrator” a possibilidade um tratamento mais qualitativo, o que proporcionava maiores resultados na aplicação do instituto.

³ Direito de punir do Estado.

⁴ “Art. 26, caput, Código Penal. 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.” (BRASIL, 1940, não paginado)

⁵ É o impedimento de uma dupla condenação pelo mesmo fato.

Vale ressaltar que a medida de segurança tem caráter administrativo, visto que não estamos falando aqui de “cumprir” pena, e sim, de tratamento ou internação qualificados na intenção de recuperar aquele paciente e devolver para sociedade.

Nesse sentido, Pierangeli e Zaffaroni (2021, p. 149), afirmam tal posição que a natureza não é punitiva, mas administrativa, distinguindo-se, portanto, das penas privativas de liberdade:

Essas medidas são materialmente administrativas e formalmente penais. Uma das provas mais acabadas de que não pode ser outra a sua natureza é que juridicamente não podem chamar-se “sanções”, ainda que, na prática, o sistema penal as distorça e a elas atribua, eventualmente, esta função, realidade que se faz necessário controlar e procurar neutralizar.

Luiz Regis Prado (2021), corrobora que as medidas de segurança devem ter proporcionalidade entre a medida adotada e o nível de periculosidade do agente, para que assim este não volte a delinquir futuramente, vejamos:

De primeiro, cabe frisar que se o fundamento das medidas de segurança reside na periculosidade do agente e seus fins são o da prevenção especial, tem-se que tal medida deverá ser proporcional à periculosidade do agente e à gravidade dos delitos que poderá praticar no futuro. Posto que as medidas de segurança visam a afastar lesão futura de bens jurídicos, resta claro que o fato já praticado não pode ter relevância para determinar a espécie ou a duração da medida (PRADO, 2021, p. 943)

Dessa forma, o Código Penal, em seu art. 96⁶, define duas naturezas de medidas de segurança em seus incisos I e II: a internação (art. 96, inciso I, do Código Penal), de caráter detentivo, como forma de tratamento em um Hospital Psiquiátrico, ou na falta deste, em um estabelecimento adequado. Nessa medida, o sujeito é internado por um período determinado em sentença pelo juiz, para que se submeta ao tratamento psiquiátrico, com objetivo de segurança ou cessação da sua periculosidade, para que posteriori seja reinserida na sociedade.

A outra medida, não menos importante, é o tratamento ambulatorial (art. 96, inciso II, Código Penal), de caráter restritivo, nela o indivíduo necessita comparecer regularmente em uma clínica e se submeter ao tratamento com um médico psiquiatra, sem que seja obrigado a ficar internado.

Consoante ao disposto do art. 97, o Código Penal⁷, a jurisprudência e a doutrina determinam que a medida de internação, no inciso I, é para o inimputável que cometeu crime punível com reclusão. No entanto, no inciso II, se o indivíduo for punido por crime com

⁶ “Art. 96, I e II, Código Penal. 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.” (BRASIL, 1940, não paginado)

⁷ “Art. 97, caput, Código Penal. 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.” (BRASIL, 1940, não paginado)

detenção, se entender mais adequado, o juiz poderá estabelecer a medida de tratamento ambulatorial.

Nesse mesmo sentido, Salo de Carvalho (2020, p. 566) ratifica:

Em princípio, a diretriz do Código é a da preponderância da internação, pois não há vedação de sua aplicação aos autores de fatos puníveis com detenção. Todavia, a orientação doutrinária e jurisprudencial é no sentido de fragmentar o sistema das medidas de segurança, restringindo a internação aos casos de reclusão e o tratamento ambulatorial aos de detenção.

Após ser definida a espécie de medida de segurança aplicada, o magistrado deverá aplicar a medida em tempo mínimo, dependendo do caso concreto, de um 1 a 3 anos, conforme menciona o parágrafo primeiro do art. 97⁸.

A medida, seja a de internação ou a de tratamento ambulatorial, será de tempo indeterminado e perdurará enquanto não cessada a periculosidade do indivíduo, atestada por laudo médico. Esses critérios são definidos em lei, e não necessariamente pela condição com paciente de transtorno mental em conflito com a lei.

Paulo César Busato (2020), fortalece, destacando que:

[...] a aplicação da medida de segurança pelo juiz não deve ultrapassar os marcos estabelecidos pela lei (*lex stricta*), proibindo a aplicação por analogia das medidas de segurança. Isso se deve a que na maioria das Constituições de nossa cultura jurídica a proibição da analogia em matéria penal é considerada como uma garantia da função jurisdicional. (BUSATO, 2020, p. 1186) (grifo nosso)

De igual modo, assevera Miguel Reale Jr. (2020, p. 374):

Quanto ao tempo mínimo, creio que o disposto na Lei de Execução Penal, em seu art. 176, bem resolve a questão, pois cumpre ao juiz adequar o tempo mínimo em proporção ao fato e à anomalia psíquica apresentada pelo réu, mas deixa-se uma importante válvula ao se estabelecer: “...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”.

No parágrafo 2º, ainda no mesmo artigo⁹, dispõe que o laudo será apresentado pela perícia médica por ano ou em prazo inferior, para que verifique se a periculosidade foi cessada.

Assim, reconhecida nesse período, a perícia declarará a desnecessidade de internação e o juiz deverá determinar a transferência do paciente para o tratamento ambulatorial. O juiz ainda

⁸ “Art.97, §1º, Código Penal. 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.” (BRASIL, 1940, não paginado)

⁹ Art. 97, §2º, Código Penal. “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. (BRASIL, 1940, não paginado)

poderá reverter sua decisão e determinar uma nova internação, se a pessoa demonstrar indicativos de retorno da periculosidade.

Para a Suprema Corte¹⁰, tal entendimento é de que o limite máximo para a duração da medida de segurança deverá ser igual ao prazo para duração limite das penas privativas de liberdade, que após o advento da Novo Pacote Anticrime, passou a ser de quarenta anos.

No entanto, o Superior Tribunal de Justiça, na Súmula 527¹¹, manifestou-se no sentido de que o lapso temporal da medida deve não ultrapassar o limite da pena em abstrato imposto ao delito praticado.

Diante de tais entendimentos, embora cesse os 40 anos de medida de segurança, se o paciente não demonstrar cessada sua periculosidade, será submetido a internação em hospital psiquiátrico comum.

Destarte, o prazo de duração da medida deve ser observado e limitado, sujeito à violação ao art. 5º, da Constituição Federal de 1988, alínea b, do inciso XLVII¹², esclarecendo que não haverá pena de caráter perpétuo, devendo ser impedida por analogia o limite máximo.

Alguns doutrinadores, mesmo entendendo que há um limite temporal, provocam discussões quanto à duração indeterminada do tempo da medida em questão.

À vista disso, Thayara Castelo Branco (2016) reforça a discussão da indeterminação do prazo máximo:

Sobre a (in) determinação do prazo máximo, reflete a intersecção entre o direito e a medicina e o poder dos laudos psiquiátricos autorizadores de prisões perpétuas - (in)constitucionais. Continuam tentando neutralizar a periculosidade em nome de uma nova defesa social, a ser viço da garantia da ordem pública e da ordem econômica. A avaliação sobre a periculosidade é sempre um procedimento de alta especialização e potenciais incertezas. Certezas estas que acabam "determinando um padrão universal de mediocratização dos laudos, desfavoráveis como regra, premiados talvez pelo temor da libertação desavisada. (CASTELO BRANCO, 2016, p. 146.)

Semelhantemente, discute Bitencourt (2021, p. 450):

Certamente, essa limitação temporal representou o começo de uma caminhada rumo à humanização da odiosa medida de segurança, esquecida pelos doutrinadores de escol que consomem milhares de resmas de papel teorizando sobre a culpabilidade e os fins e objetivos da pena, mas furtam-se a problematizar a desumanidade e a ilegitimidade das medidas de segurança, por tempo indeterminado, cuja natureza não

¹⁰ BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Habeas Corpus 107432 RS. Relator: Min. Ricardo Lewandowski, Data de Julgamento: 24/05/2011, Primeira Turma, Data de Publicação: DJe. 08-06-2011. PUBLIC 09-06-2011. Disponível em: <<https://stf.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/19730295/habeas-corpus-hc-107432-rs>> Acesso em: 20 mar. 2022.

¹¹ SÚMULA 527, STJ. O tempo de duração da medida de segurança não deve ultrapassar o limite máximo da pena em abstrato cominada a delito praticado. (BRASIL, 2015, não paginado)

¹² “Art. 5º, XLVII, Constituição Federal. não haverá penas: b) de caráter perpétuo; [...]” (BRASIL, 1988, não paginado)

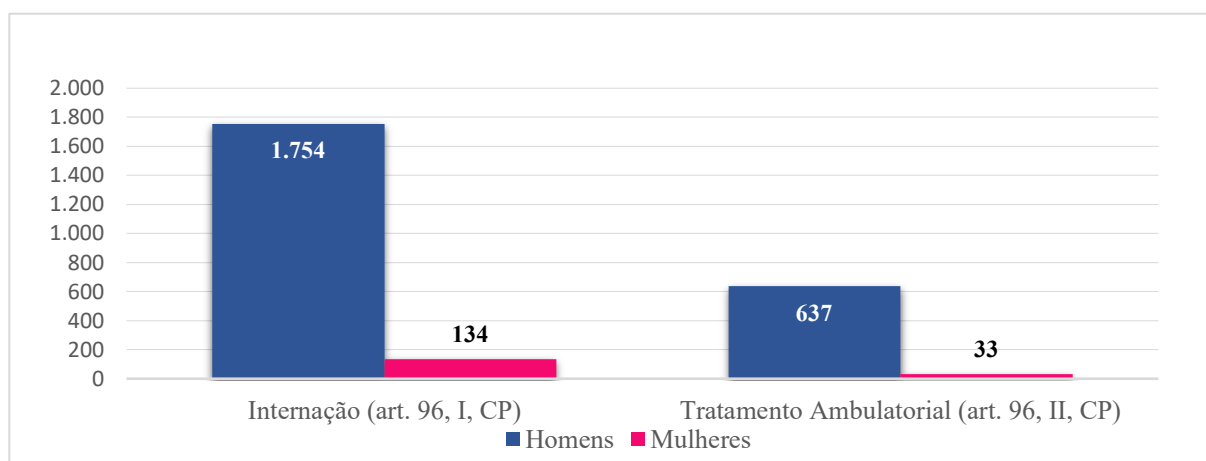
discrepa da pena, bem como de sua finalidade principal, que é, inconfessadamente, a de garantir a ordem e a segurança públicas.

Convém lembrar ainda que, caso exista uma semi imputabilidade do agente (art. 26, parágrafo único, CP), há possibilidade em vez de uma redução da pena imposta, a sua substituição por medida de segurança, desde que, expressamente conste no laudo pericial, como estabelece o art. 98, do diploma legal¹³.

Ademais, a norma estabelece também a possibilidade de converter a sentença por medida de segurança, caso o interno desenvolva algum tipo de doença psiquiátrica e precise de uma internação ou tratamento.

Uma vez, havendo essa conversão, a relação com a execução penal sucederá apenas nesse instituto, mesmo se o paciente tenha se restabelecido mentalmente, este não deve voltar a cumprir a pena em estabelecimento prisional. Hodiernamente, no Brasil, segundo dados extraídos pelo Governo Federal, em seu Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias, no período de janeiro a junho de 2021, o total de pacientes sob medidas de segurança no país era de 2.548, sendo um total de 1.888 pacientes sob hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico (HCTPs), totalizando 134 mulheres e 1.754 homens. E no tratamento ambulatorial, o número de pacientes eram de 33 mulheres e 627 eram homens, representando 660 pacientes.

Gráfico 1 - Comparativo de gêneros sob medidas de segurança no Brasil



Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados do Sisdepen (2021)

Observando esses números, fica evidente que o percentual dos homens está acima do de mulheres em relação a internação bem como o tratamento ambulatorial. Na internação, 73,36% caracterizam o sexo masculino se encontram em hospitais de custódia ou similares,

¹³ “Art. 98, Código Penal. Na hipótese do parágrafo único do art. 26 deste Código e necessitando o condenado de especial tratamento curativo, a pena privativa de liberdade pode ser substituída pela internação, ou tratamento ambulatorial, pelo prazo mínimo de 1 (um) a 3 (três) anos, nos termos do artigo anterior e respectivos §§ 1º a 4º.” (BRASIL, 1940, não paginado)

enquanto 80,24% representam aqueles que estão em tratamento ambulatorial.

Para Leopoldo e Dos Santos Rosa (2019), destacam que as mulheres que estão sob medidas de segurança, estão mais suscetíveis ao preconceito e abandono, ocorrendo que na maioria dos crimes praticados foram por falta de desamparo do Estado para aquela que apresenta diagnóstico de transtorno mental ou problemas relacionados ao consumo de substâncias psicoativas, o que reflete em negligências nas políticas públicas em desfavor dessas pacientes.

No mesmo sentido, Patrícia Carlos Magno (2016) reitera:

É inegável que as mulheres com transtornos mentais em conflito com a lei, privadas de liberdade por força de medida de segurança, encontram especiais dificuldades para exercer, com plenitude, perante o sistema de justiça os direitos reconhecidos pelo ordenamento jurídico e estão no epicentro da convergência de fatores diversos de vulnerabilidades 10, tais como: gênero, deficiência mental, privação de liberdade, situação de pobreza, pertencimento a grupo étnico racial subalternizado, dentre outros fatores. (MAGNO, 2016, não paginado)

Em síntese, percebe-se que no Sistema Penal Brasileiro no que tange as Medidas de Segurança, muitos equívocos são cometidos, tão somente por se tratar de um agente com transtorno mental que cometeu um crime, e também por considerar sua periculosidade, o gênero, a qualidade de vida no momento da aplicação da medida pela autoridade.

3 UM BREVE HISTÓRICO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL

A Luta Antimanicomial nasceu nos anos de 1961, pelo médico psiquiatra Franco Basaglia, que assumiu a direção de um hospital em Gorizia, na Itália, onde iniciou diversas mudanças com o objetivo de transformar hospitais psiquiátricos.

O movimento italiano produziu reflexos no Brasil, fazendo acontecer, em 1987, a Luta Antimanicomial, na cidade do Rio de Janeiro, durante a II Conferência Nacional de Saúde Mental, estando presente o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), com seu lema “Uma Sociedade Sem Manicômios”, através do qual os meios de tratamento da doença mental passaram a ser questionados.

Para Amarante e Nunes (2018, p. 2069), afirmam que:

Por uma sociedade sem manicômios revela duas transformações significativas no movimento. Uma, que diz respeito à sua constituição, na medida em que deixa de ser um coletivo de profissionais para se tornar um movimento social, não apenas com os próprios “loucos” e seus familiares, mas também com outros ativistas de direitos humanos. Outra, que se refere à sua imagem-objeto, até então relativamente associada à melhoria do sistema, à luta contra a violência, a discriminação e segregação, mas não explicitamente pela extinção das instituições e concepções manicomial. A partir de então se transforma em Movimento da Luta Antimanicomial (MLA).

A finalidade desse movimento, com a chamada “desinstitucionalização psiquiátrica”¹⁴, era humanizar tanto os hospitais psiquiátricos quanto os manicômios judiciários e com vistas tratar todos pelas diretrizes do direito humanitário.

A Luta Antimanicomial se pregou a partir de um movimento sociopolítico no âmbito comunitário. Muitos profissionais da área da saúde mental começaram a denunciar o cenário dos Hospitais Psiquiátricos, denunciando as situações de violência aos pacientes que ali se encontravam. Muitos foram até demitidos, mas não impediu que tal movimento fraquejasse, dando voz para aqueles que até então não tinham o direito de se defender, pois, até então, não existia lei ou regulamento específico para esses hospitais.

Martins, Assis e Bolsoni (2019, p.1) reiteram:

Foram demitidos 263 profissionais por fazerem coro com as denúncias. Muitos destes começaram a fazer reuniões e assembleias e expandir o alcance das denúncias contra a cronificação do manicômio, o eletrochoque e as precárias condições de higiene e trabalho. Era o marco inicial da luta antimanicomial no Brasil.

A título de exemplo havia o chamado Hospital de Colônia de Barbacena, em Minas Gerais, fundado em 1903, encerrando suas atividades na década de 80, sendo até designado pelo Psiquiatra Basaglia e outros pesquisadores do Movimento Antimanicomial como “Holocausto Brasileiro”. Para eles, o asilo era totalmente bárbaro e lembrava muito o campo de concentração nazista. No local morreram aproximadamente 60 mil pacientes.

Uma das frases mais famosas foi a do próprio médico italiano para Imprensa à época: “Estive hoje num campo de concentração nazista. Em lugar nenhum do mundo, presenciei uma tragédia como essa”. (ARBEX, 2019, não paginado)

Após toda manifestação, na década de 90, já com o Sistema Unificado de Saúde – SUS no país, houve a primeira conquista da Reforma Psiquiátrica Brasileira, com a aprovação da Declaração de Caracas, na Venezuela, sendo aprovada na Conferência Regional para Reestruturação da Atenção Psiquiátrica da América Latina, a fim de promover atenção aos direitos das pessoas com transtorno mental, o Brasil sanciona a Lei das Cooperativas Sociais – nº 9.867/99, abrindo a denominação de “pessoas em desvantagem”, dando suporte aos programas destinados aos pacientes psiquiátricos em comunidade.

Na forma da Lei, as Cooperativas Sociais seriam “constituídas com a finalidade de inserir as pessoas em desvantagem no mercado econômico, por meio do trabalho, fundamentam-se no interesse geral da comunidade em promover a pessoa humana e a

¹⁴ Nada mais é do que a retirada do paciente de transtorno mental do hospital psiquiátrico.

integração social dos cidadãos, e incluem entre suas atividades.” (BRASIL, 1999, não paginado).

De acordo com Silva e Ferigato¹⁵ (2017 apud FRANZOLOSO; FERRO, 2021, p. 11), a lei não trouxe tanta representatividade, no entanto, apresentou grandes restrições nos procedimentos das iniciações solidárias, devendo incorrer na informalidade ou na precariedade nas instituições.

Após vários movimentos congressistas, em 6 de abril de 2001, foi promulgada a Lei 10.216/01, conhecida como Lei Antimanicomial, que tem “a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (BRASIL, 2001)

Em regra, a Lei tinha como escopo proibir quaisquer tipos de tratamentos manicomiais, extinguindo a internação psiquiátrica, a fim de que não houvesse mais superlotações de pacientes com transtorno mental em hospitais psiquiátricos.

Leciona Salo de Carvalho que (2020, p. 584):

A reforma psiquiátrica foi explícita em proibir qualquer forma de tratamento manicomial. Mesmo nos casos excepcionais – a internação psiquiátrica é subsidiária e indicada apenas quando os recursos extra-hospitalares (serviços comunitários) se mostrarem insuficientes, conforme o §3º e o caput do art. 4º - estabelecem que ‘é vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares (...) (art. 4º, §3º, da Lei 10.216/2011)

Em 2002, após a promulgação da Lei Antimanicomial, o Brasil estabeleceu o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), pela Portaria Interministerial nº 628/02. A portaria definia ferramentas de ampliação do SUS aos internos do sistema penitenciário, incluindo os que estavam internados por medidas de segurança, a ser substituída logo mais tarde pela Política Nacional de Atenção à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional.

Os Ministros de Estado da Saúde e da Justiça, no uso de suas atribuições, considerando: a importância da definição e implementação de ações e serviços, consoantes com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS -, que viabilizem uma atenção integral à saúde da população compreendida pelo Sistema Penitenciário Nacional, estimada em mais de 200 mil pessoas, distribuída em todas as unidades federadas. (BRASIL, 2002, não paginado)

Vale ressaltar que a Política Nacional à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade tem como objetivo garantir o atendimento integral do Sistema Único de Saúde (SUS) a pessoas

¹⁵ SILVA, A. P. D. da; FERIGATO, S. H. Saúde mental e trabalho: diálogos sobre direito, desejo e necessidade de acesso. [S. l.], v. 25, n. 4, p. 803–816, 2017. DOI: 10.4322/2526-8910.ctoAO0951. Disponível em: <https://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/1689>. Acesso em: 30 mar. 2022.

privadas de liberdade, na busca de um modelo que promova qualidade na ressocialização dessas pessoas.

Em seu art. 6º, parágrafo único, inciso III, a Lei nº 10216/01¹⁶ menciona a internação por determinação da Justiça, chamando-a de “internação compulsória”, ou seja, segundo apresenta o art. 9º da mesma lei, a “internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.” (BRASIL, 2001, não paginado)

No entanto, alguns doutrinadores afirmam que a assistência à saúde prestada no sistema prisional ainda carece de políticas públicas eficazes, somando na falta de profissionais de saúde especializados, bem como recursos para uma estrutura hospitalar mais igualitário.

No tocante a essa assistência que é prestada no regime prisional, ainda existe uma grande escassez de recursos para prestação de um atendimento adequado. Isso advém das condições de estruturas do sistema carcerário, somados a falta de profissionais de saúde e da área das ciências humanas para a efetivação de ações multidisciplinares e interdisciplinares para promoção de uma melhoria da saúde física e mental desses cidadãos presos (MACHADO; GUIMARÃES, 2014 apud GADELHA et al, p.4)

Posto isso, acredita-se que mesmo diante de normas regulamentadoras e movimentos que as sucederam, ainda há necessidade de reforma em Hospitais ou Ambulatórios Prisionais.

3.1 A Realidade dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico e a Necessidade de uma Nova Reforma

No capítulo VI da Lei de Execução Penal, em seu artigo 99, caput e parágrafo único¹⁷, traz a previsão dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, garantido ao interno o direito de ser recolhido em alojamento individual com salubridade no local, observados aeração, insolação e condicionamento térmico.

Ainda, no art. 100, da LEP¹⁸, destaca-se a necessidade de tratamento obrigatório aos pacientes, visando exames de rotina, bem como a família do internado tem o direito de solicitar um médico particular de sua confiança para acompanhar o tratamento.

¹⁶Art. 6, da Lei nº 10.2016/01. A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos. Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica: [...] III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça. (BRASIL, 2001, não paginado)

¹⁷ Art. 99, Código Penal. O Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico destina-se aos inimputáveis e semi-imputáveis referidos no artigo 26 e seu parágrafo único do Código Penal. Parágrafo único. Aplica-se ao hospital, no que couber, o disposto no parágrafo único, do artigo 88, desta Lei. (BRASIL, 1940, não paginado)

¹⁸ Art. 100, Código Penal. O exame psiquiátrico e os demais exames necessários ao tratamento são obrigatórios para todos os internados. (BRASIL, 1940, não paginado)

Nesse sentido, Miguel Reale Jr (2020, p. 377) menciona:

É essencial destacar, portanto, que estas exigências já indicam que o internado não deve apenas ser confinado, mas sim submetido a tratamento, pois é obrigatória a realização de exame psiquiátrico e dos demais exames visando à terapia, conforme dispõe o art. 100 da Lei de Execução Penal. O art. 43 da Lei de Execução Penal garante, ademais, ao internado a liberdade de ter médico de confiança pessoal de seus familiares ou dependentes, que poderá acompanhar e orientar o tratamento.

Para Bitencourt (2021, p. 451), a Lei de Execução Penal é omissa quanto ao médico solicitado particularmente pela família para participar também da realização do exame de verificação de cessação da periculosidade, como assistente, com base no princípio da ampla defesa e contraditório, nos termos do art. 5º, LV, da Constituição Federal¹⁹.

Segundo Censo 2011, citado por DINIZ (2013), existem 26 estabelecimentos de custódia e tratamento psiquiátrico, sendo 23 hospitais de custódia e tratamento e 3 alas tratamento ambulatorial destinada a penitenciárias. Ressaltando que o Estados do Acre, Amapá, Goiás, Maranhão, Mato Grosso do Sul, Roraima e Tocantins não possuem esses estabelecimentos.

O que se verifica, mesmo após 21 anos da Reforma Psiquiátrica, é que ainda são recorrentes os asilos manicomiais judiciários, como modo de controlar penalmente inimputáveis, revelando violações de direitos fundamentais aos pacientes com transtornos mentais em conflito com a lei, bem como ferindo a lapso temporal constitucional de 40 anos, segundo entendimento do Supremo Tribunal Federal quanto a duração das medidas de segurança.

Dessa maneira, destaca Silva et.al (2021, p. 27):

[...] as próprias estruturas dos hospitais não oferecem a qualidade necessárias para que seja desenvolvido um trabalho com finalidade terapêutica e que vise a reinserção dessa pessoa ao convívio social, pois os hospitais de custódia são locais vistos como um presídio, e isso já é o suficiente para tirar o mérito de um lugar acolhedor e adequado para uma pessoa com transtorno mental ser cuidado.

No mesmo sentido, ratifica Hernandez e Oliveira (2021, p.4):

Muitas pessoas são enviadas para o HCTP pelo Poder Judiciário por uma suspeita de um transtorno mental, desta maneira, ficam internadas por um grande período até que sejam realizados todos os exames necessários e se averigüe se não tem nenhum tipo de transtorno mental, e ela poderá ser julgada normalmente, como indivíduo imputável, ou realmente precisa de tratamento especializado.

Percebe-se que os direitos defendidos pela luta antimanicomial, ora defendida desde

¹⁹ Art. 5º, LV, Constituição Federal. - aos litigantes, em processo judicial ou administrativo, e aos acusados em geral são assegurados o contraditório e ampla defesa, com os meios e recursos a ela inerentes. (BRASIL, 1988, não paginado)

1987 no Brasil, não estão sendo efetivados em prática, dando margem a um sistema ainda tradicional anteriormente demonstrado.

Destarte, corrobora Thayara Castelo Branco (2016),

O ciclo do tradicionalismo psiquiátrico - com sua ampla rede institucional pautada na segregação asilar isolacionista - está longe de chegar ao fim. Apesar do alcance significativo dos movimentos de reforma, do impacto político gerado e das tendências de reformulação do modelo em nível de saúde mental propriamente dita, no campo do poder punitivo, a realidade é bem diferente. Se a Lei 10.216/01 conseguiu, na prática, algumas mudanças importantes no modelo assistencial psiquiátrico, no Sistema de Justiça Criminal não se observaram grandes impactos, mas sim uma grande resistência em abandonar e superar tal estrutura genocida. (CASTELO BRANCO, 2016, 225-226)

Por isso, o que se mantém é a inércia do compromisso do Estado na aplicação da Lei Antimanicomial nº 10.216/01 aos pacientes psiquiátricos em conflito com a lei, o qual deveria ser o maior responsável em tornar as políticas sanitárias eficazes, motivando uma realidade totalmente hedionda para aqueles que nem sequer compreendem o crime que estão respondendo, quando não aplicadas.

3.2 Principais Perspectivas e Avanços após 21 anos da Reforma Psiquiátrica

Mesmo diante da atual realidade em que ainda se encontra o Sistema Antimanicomial, é imperioso mencionar os dois programas-modelos alternativos: O Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI) e Programa De Atenção Integral Ao Paciente Judiciário Portador De Sofrimento Mental Infrator (PAI-PJ), os quais se voltam à Atenção Integral à Saúde do Louco Infrator, motivando perspectivas da extinção dos manicômios, hospitais ou estabelecimentos.

Salo de Carvalho (2020, p. 587) defende que “As inovações dos programas alternativos de intervenção não punitiva (PAI-PJ e PAILI), proporcionadas pela Lei n. 10.216/2001, permitem compreender quão fértil é o espaço de atuação criado pela reforma psiquiátrica.”

Como já mencionado, esses programas de atenção à saúde do inimputável ainda não foram sistematizados para todo país, permanecendo como modelo somente os pacientes dos Estados que adotam tais programas, destacando-se o Estado de Minas Gerais com o PAI – PJ e o Estado de Goiás com o PAILI.

3.2.1. Programa De Atenção Integral ao Louco Infrator – PAILI

Após 5 anos da promulgação da Lei nº 10.216/01, o Estado de Goiás com parceria do Ministério Público Estadual e o Tribunal de Justiça do Estado, bem como Secretarias de outros Municípios de cidades, criaram o Programa de Atenção ao Louco Infrator, como forma de

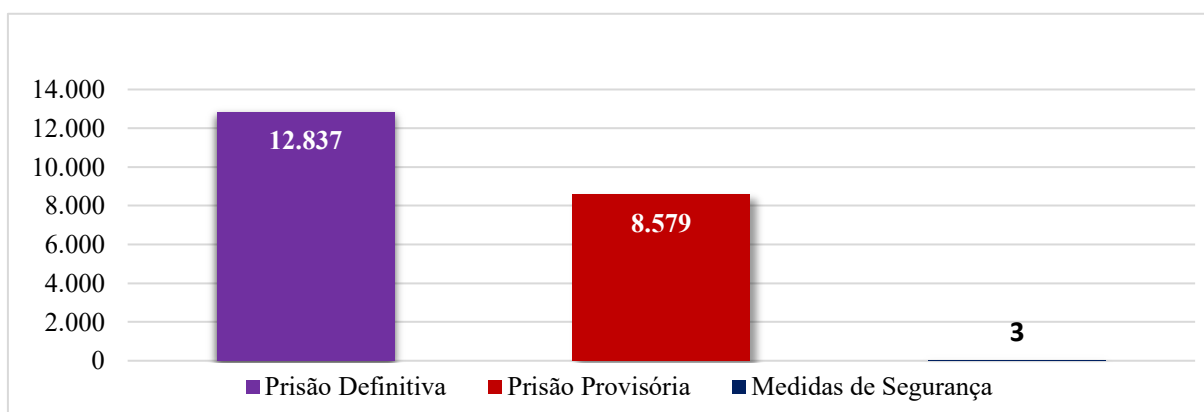
cumprimento das diretrizes da Reforma Psiquiátrica aos que estavam amparados pelas medidas de segurança.

Haja vista que o programa-modelo visa humanizar o atendimento à saúde do inimputável fora de hospitais psiquiátricos ou estabelecimentos prisionais, deverão ocorrer as internações nos casos em que forem impossíveis de serem solucionados com o tratamento.

Para Caetano e Tedesco (2021, p. 198) se o funcionamento dos manicômios judiciários não tiver amparo da Justiça, o Programa consegue conciliar a Lei Antimanicomial com o Código Penal, enquanto ainda não existir a expressa vedação a medidas de segurança em estabelecimentos ou hospitais para pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei, como forma de garantir os direitos daqueles que estão sob medidas de segurança.

De acordo com o Departamento do Penitenciário Nacional do Governo Federal, no ano de 2021, o quantitativo de pacientes em medidas de segurança no Estado de Goiás era apenas 3 pessoas, do sexo masculino, sob internação (art. 96, I, CP) em Hospitais Psiquiátricos, equivalendo 0,1% da população carcerária do Estado. Sendo que o total de internos no Estado, segundo dados do SISDEPEN, em prisão definitiva (incluindo todos os regimes), um total de 12.837 e em prisão provisória o total de 8.579 internos, perfazendo a soma de 21.419 presos em geral.

Gráfico 2 – Número de Internos em Unidades Prisionais no Estado de Goiás



Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados do Sisdepen (2021)

Dessa forma, é evidente o quanto o PAILI já se estabeleceu em todo Estado de Goiás, não garantindo tão somente a Lei da Reforma Psiquiátrica em tese, mas também motivando um olhar integral em saúde humanitária para aquele antes era excluído pela sociedade.

3.2.2. Programa De Atenção Integral Ao Paciente Judiciário Portador De Sofrimento Mental Infrator – PAI – PJ

Outro programa muito bem estruturado é Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário Portador de Sofrimento Mental Infrator, mais conhecido como PAI – PJ, fundado em Minas Gerais no ano de 1999 pelo Tribunal de Justiça do Estado, que visa acompanhar os processos judiciais de pessoas que demonstram algum tipo de relação com a doença mental, destacando que esses podem estar com medidas de segurança ou presos por outros tipos de prisão, sejam elas definitivas ou provisórias, dando auxílio ao Magistrado na aplicação da execução de sentença com enfoque à luz da Lei 10.216/01.

Dessa forma, reconhece Moises Romanini et. al (2021),

O PAI-PJ vem implementando medidas, desde 1999, com o objetivo de subverter a lógica de exclusão e segregação, incentivando, por meio de apoio comunitário e redes de acolhimento, a inserção social de pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei. Articula-se em parceria com diversos atores, como a rede pública de saúde de Minas Gerais, com os movimentos sociais de defesa dos direitos humanos em todo o estado. O programa oferece uma equipe multidisciplinar para avaliar o paciente judiciário e acompanhá-lo até a rede pública de saúde, visando a construção de um projeto terapêutico singular. (ROMANINI et al, 2021, p.5)

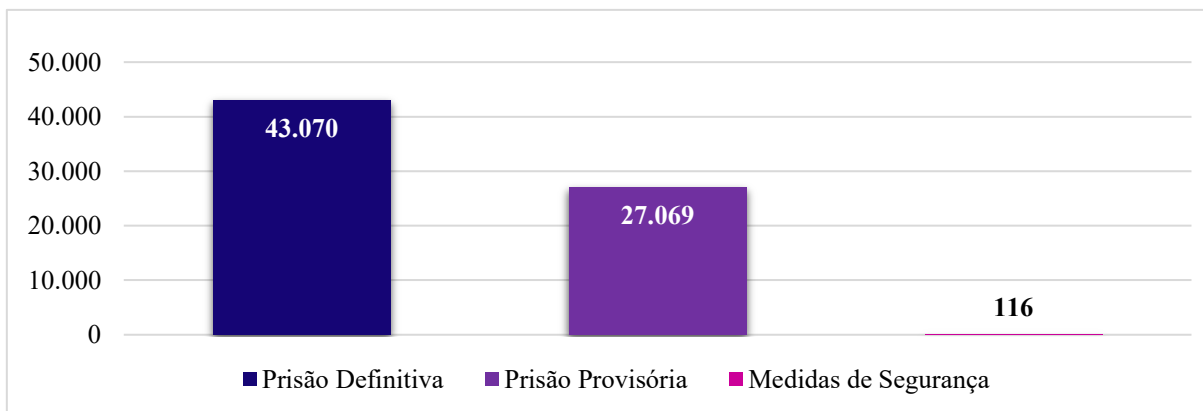
No ano de 2020, o Tribunal de Justiça de Minas Gerais trouxe a Resolução nº 944/2020²⁰ do PAI-PJ, ampliando significativamente o programa, construindo novos núcleos fora de Belo Horizonte, capital do Estado, causando referência no tratamento de loucos infratores, na medida em que afastou a periculosidade do agente inimputável e passou a aplicar a reinserção social.

Nesse sentido, dispõe Barros-Brissed (2005) citado por Nogueira e Couto (2020, p.54),

Nessa lógica, com o PAI-PJ a presunção da periculosidade foi se tornando cada vez mais opaca e o sujeito foi tornando-se cada vez mais evidente, rompendo assim com aquilo que até então havia sido ofertado ao louco infrator que é a exclusão, a repressão cruel, o silenciamento e a subjetividade roubada pelas instituições totais.

Ainda, é importante destacar que, de acordo como SISDEPEN (2021), existiam apenas 116 pessoas em todo Estado de Minas Gerais sob internação de medidas de segurança, sendo 104 do sexo masculino e 12 do sexo feminino, o que equivale a 0, 18% da população prisional do Estado. O Estado mineiro no ano de 2021 era composto em Unidades Prisionais, equivalente a 70.255 internos, sendo 43.070 presos definitivos e 27.069 presos provisórios.

²⁰ MINAS GERAIS. Resolução Nº 944/2020. Dispõe sobre a estrutura e o funcionamento do Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário - PAI-PJ e dá outras providências. Tribunal de Justiça de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2020.

Gráfico 3 – Número de Internos em Unidades Prisionais no Estado de Minas Gerais

Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados do Sisdepen (2021)

Posto isto, é indiscutível o quanto o PAI-PJ precisa ser implantado em todo território brasileiro, tendo em vista que o inimputável passou a dispor de um tratamento eficaz e humanitário, o que garante seus direitos fundamentais e sendo compatível com a Lei Antimanicomial.

4 DESAFIOS ENTRE A LEI ANTIMANICOMIAL E LEGISLAÇÃO PENAL

Analisando o contexto no que tange às medidas de segurança para o inimputável, percebe-se que ainda há um conflito quanto à aplicação dessas medidas à luz da Lei Antimanicomial, pois os estudos tem mostrado que tais medidas se apresentam ainda como forma de punição e a lei da reforma como modo de reabilitação.

A priori, como visto anteriormente, a Lei nº 10.216/01 estabelece que o tratamento aos pacientes com transtorno mental deve ser em local arejado e confortável, preferencialmente afastando a internação em Hospitais Psiquiátricos, oferecendo somente assistência à saúde a esses pacientes, com vistas a serem reintegrados à sociedade.

No Código Penal e na Lei de Execuções Penais (LEP) é previsto o mesmo entendimento na aplicação das Medidas de Segurança. No entanto, muitos estados brasileiros ainda vivem à mercê da política adotada anteriormente à Reforma Psiquiátrica, ferindo garantias e direitos fundamentais, tais como como acesso à saúde e a dignidade da pessoa humana.

Por sua vez, Mariana Oliveira (2019) compreende que:

O que podemos concluir é que a dignidade da pessoa humana aqui no Brasil fica em um segundo plano, deixando de serem cumpridos os mínimos requisitos de uma vida digna aos condenados. Quanto aos doentes mentais, a situação é ainda mais alarmante, pois além de muitos se submeterem à prisões em locais inapropriados, a assistência à saúde mental acaba sendo violada, quando, na verdade, isso deveria ser o mínimo assegurado pelos direitos humanos dos doentes mentais, mas que, infelizmente, na

prática a situação só piora, gerando um dano ainda maior, tanto para eles, quanto para os seus familiares e para a própria sociedade. (OLIVEIRA, 2019, não paginado)

Tal posição é defendida também por Silva et.al. (p. 28, 2021), que dispõe:

Em síntese os hospitais de custódia, são uma versão repaginada dos extintos manicômios e as medidas de segurança cumpridas de forma asilar, são meios de realizar higienização social das pessoas acometidas por transtornos mentais excluindo-as e as esquecendo-as. Assim sendo não há possibilidade de tratamento dentro desses moldes de exclusão e segregação.

As falhas definem uma inconsistência no ordenamento jurídico, por duas leis não serem aplicadas da mesma maneira ao louco infrator, promovendo um desconexo entre a norma penal e a norma da política de tratamento.

É notável que os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico existem ainda para retirar inimputáveis em sociedade, privando a liberdade dos mesmos, a fim de manterem afastados até de seus familiares. Como visto anteriormente, não existem Hospitais Psiquiátricos que obedeçam aos protocolos determinados pelo Conselho Federal de Psiquiatria e Psicologia para venha curá-los, ou até mesmo reintegrá-los socialmente, algo já previsto na LEP, e sim estabelecimentos semelhantes às unidades prisionais de regime fechado.

Diante desse cenário, pelas grandes dificuldades enfrentadas nas Medidas de Segurança, alguns doutrinadores entendem que deve ser buscado um novo modelo de assistência a esses pacientes custodiados, garantindo-lhes a sua reintegração na sociedade com garantia de que não voltem a cometer delitos.

Segundo Rigonatti, et al. (2014, p.73):

há que se buscar novo modelo de tratamento hospitalar aos pacientes custodiados, com foco em unidades assistenciais menores e tratamento por equipes multidisciplinares, pautado nos princípios do SUS, indo ao encontro da reabilitação psíquica e social dos pacientes, promovendo maior agilidade no seu processo de reintegração, diminuindo suas chances de reincidência criminal.

Semelhantemente, enfatiza o entendimento Prado e Schindler (2017),

A reestruturação da Rede de Atenção à Saúde Mental que faz parte do Sistema Único de Saúde (SUS) é fundamental para que haja viabilidade na associação do cumprimento de medida de segurança com os princípios da reforma psiquiátrica. O desafio não é apenas desinternar, mas também fortalecer essa rede para que possa acompanhar o egresso do Hospital de Custódia. O acompanhamento multidisciplinar (realizado por psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionais e assistentes sociais), que se dá numa estrutura desburocratizada e extrajudicial, é de grande importância para garantia de direitos à pessoa com transtornos mentais. (PRADO; SCHINDLER, 2017, p. 637)

Portanto, é indiscutível que o Governo Federal deva promover um programa unificado no tratamento das pessoas com transtorno mental que estão em conflito com a lei, afastando o cárcere e perpetuidade das medidas de segurança, promovendo qualidade na Reforma

Psiquiátrica nascida há 21 anos, rompendo preconceitos e discriminações que ainda surgem no ordenamento social e jurídico.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após o estudo das medidas de segurança à luz da lei antimanicomial, permitindo proporcionar uma reflexão crítica a respeito do tema, chegamos à conclusão de que a medida de segurança, mesmo com toda estrutura nas Legislação Penal, ainda proporciona a desigualdade no tratamento de pacientes inimputáveis.

Os pacientes submetidos à medida de segurança estão sujeitos às mesmas punições de indivíduos que respondem penas privativas de liberdade, com finalidade que foge da teoria, seja a do Código Penal ou da Reforma Psiquiátrica.

A irregularidade na internação em Hospitais Psiquiátricos de Custódia e Tratamento promove uma contrariedade no discurso da medida, que mesmo objetivando reinserir socialmente o louco infrator, acaba excluindo o indivíduo da sociedade.

De acordo com a Reforma Psiquiátrica, o meio de internação deveria aplicada na exceção, no entanto ainda é utilizada como solução para o tratamento do indivíduo sujeito ao controle jurídico da pena, visto que a perpetuidade e a falta de tratamento eficaz se preponderam.

Ainda, observa-se uma falta de compromisso do próprio estado democrático de direito, o qual seria o maior interessado em reverter a situação discriminatória em que se encontram esses hospitais e estabelecimentos de tratamento, promovendo, assim ainda mais a hediondez do sistema.

Nesse liame, o Estado deveria estabelecer paradigmas na vida dos portadores de transtornos mentais, visto que deve promover um investimento melhor de modo que reverta atual situação dos hospitais de custódia, ocasionando não somente uma reabilitação eficaz dessas pessoas, mas também políticas públicas voltadas para diminuir a taxa de violência.

Mesmo diante dos avanços, os Programas PAILI e PAI-PJ, que procuram humanizar e promover a luta antimanicomial, não conseguem superar definitivamente as violações que ocorrem em todo país, mesmo porque o Brasil ainda vive em um pensamento criminológico positivista junto à sociedade, que estigmatiza a pessoa com transtorno mental como um indivíduo com periculosidade.

Por fim, as medidas de segurança, nos moldes da reforma psiquiátrica, devem cumprir sua verdadeira finalidade que é promover o tratamento adequado e permitir a reinserção social

da pessoa com transtorno mental, a qual vive um cenário de violação de direito e garantias fundamentais.

REFERÊNCIAS

- AMARANTE, Paulo; NUNES, Mônica de Oliveira. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 23, n. 6, p. 2067-2074, jun. 2018. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.07082018>. Acesso em: 31 mar. 2022.
- ARBEX, Daniela. **Holocausto Brasileiro**. Rio de Janeiro: Intrínseca, 2019. 280 p.
- BITENCOURT, Cezar Roberto. **Tratado de Direito Penal I: parte geral**. 27. ed. São Paulo: Saraiva, 2021. 568 p. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786555590333/>. Acesso em: 11 mar. 2022.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa Do Brasil De 1988**. Brasília, DF, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 31 mar. 2022.
- BRASIL. Decreto-Lei nº 2.848, de 07 de dezembro de 1940. **Código Penal**. Brasília, DF, 31 dez. 1940. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm. Acesso em: 13 mar. 2022.
- BRASIL. Lei nº 9.867, de 10 de novembro de 1999. Dispõe sobre a criação e o funcionamento de Cooperativas Sociais, visando à integração social dos cidadãos, conforme específica. **Lei das Cooperativas Sociais**. Brasília, DF, 11 nov. 1999. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19867.htm. Acesso em: 30 mar. 2022.
- BRASIL Ministério da Justiça e Segurança Pública. **Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias**. Janeiro a junho de 2021 Brasília: SISDEPEN/Departamento Penitenciário Nacional. Disponível em: <https://www.gov.br/depen/pt-br/servicos/sisdepen>. Acesso em: 20.03.2022.
- BRASIL. **Lei nº 10.216/01, de 06 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF, 09 abr. 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm. Acesso em: 31 mar. 2022.
- BRASIL. **Portaria Interministerial nº 628, de 02 de abril de 2002**. Aprova o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. Brasília, 04 abr. 2002. Seção 1, p. 40. Revogada em 09.09.2003 pela Portaria Interministerial nº 1777. Disponível em: <http://dspace.mj.gov.br/handle/1/385>. Acesso em: 31 mar. 2022.
- BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Habeas Corpus nº 107432**. Relator: Ministro Ricardo Lewandowski. Brasília, DF, 24 de maio de 2011. Brasília, 09 jun. 2011. Disponível em: <http://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=AC&docID=629266>. Acesso em: 20 mar. 2022.
- BUSATO, Paulo César. **Direito Penal: parte geral - volume 1**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2020. 1471 p.
- CAETANO, Haroldo; TEDESCO, Silvia. Loucura e direito penal: pistas para a extinção dos manicômios judiciais. **Saúde em Debate**, [s.l.], v. 45, n. 128, p. 191-202, mar. 2021. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104202112815>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/LxBKzNq8wvSwmfSjdb6rq5G/?lang=pt#>. Acesso em: 7 abr. 2022.

- Carvalho, Salo de. **Penas e Medidas de Segurança no Direito Penal Brasileiro**. Editora Saraiva, 2020. 9786555592122. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786555592122/>. Acesso em: 13 mar. 2022.
- CASTELO BRANCO, Thayara. **A (des)legitimação das medidas de segurança no Brasil**. 1.ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2016, 239 p.
- DINIZ, Débora. **A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil: Censo 2011**. Brasília: UNB, 2013. 398 p.
- FRANZOLOSO, C. L. S.; FERRO, L. F. Economia Solidária e Saúde Mental: Problemáticas e estratégias para a inclusão social de pessoas em sofrimento mental. **Research, Society and Development**, [s.l.], v. 10, n. 7, p. e57710716924, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i7.16924. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/16924>. Acesso em: 31 mar. 2022.
- GADELHA, H. S.; CASTRO FILHO, H. M.; MARQUES, A. T.; GASPERINI, A. M.; MONTEIRO, A. de O. A. .; SANTOS, S. A. dos .; ALMEIDA, R. S. de .; SILVA, M. M. F. . Análise do direito constitucional à saúde no sistema prisional brasileiro em tempos de pandemia. **Research, Society and Development**, [s. l.], v. 10, n. 16, p. e386101620730, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i16.20730. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/20730>. Acesso em: 2 abr. 2022.
- HERNANDES, R.S.; OLIVEIRA, R. V. de. Mentas Secretas: núcleos, significados e vivência da terapia ocupacional em um Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento, [s. l.], v. 10, n. 17, pág. e133101724370, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i17.24370. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/24370>. Acesso em: 2 abr. 2022.
- JR., Miguel R. **Fundamentos de Direito Penal**. 5.ed. São Paulo: Grupo GEN, 2020. 9788530991609. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788530991609/>. Acesso em: 14 mar. 2022.
- LEOPOLDO, Anne Piauilino. DOS SANTOS ROSA, Lucia Cristina. Quem São as Loucas Infratoras? Uma Reflexão sobre as Mulheres que Cumprem Medida de Segurança e a Gestão de Políticas Públicas na Saúde Mental. In: **IX Jornada Internacional De Políticas Públicas**, São Luís, 2019. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2019/images/trabalhos/171.pdf>. Acesso em: 22.03.2022
- MAGNO, P. C. Encarceramento feminino: um olhar sobre mulheres e medidas de segurança. **Revista da Defensoria Pública do Estado do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, n. 16, p. 225–260, 2016. Disponível em: <https://revista.defensoria.rs.def.br/defensoria/article/view/198>. Acesso em 22.03.2022
- MARTINS, Matheus Eduardo Rodrigues; ASSIS, Fátima Buchele; BOLSONI, Carolina Carvalho. Ressuscitando a indústria da loucura?! **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [s.l.], v. 23, pág. e190275, 2019. FapUNIFESP (SciELO). DOI: 10.1590/interface.190275. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/JjXM5qYLR5dCSB79q8vzSxy/?lang=pt>. Acesso em: 31 mar. 2022.
- NOGUEIRA, Cristiane Nogueira; COUTO, Raianne. O louco infrator: das velhas práticas aos novos modos de atenção e cuidado. **Diaphora**, [s.l.], v. 9, n. 2, p. 49-56, 2020. DOI: 10.29327/217869.9.3-8. Disponível em:

<http://www.sprgs.org.br/diaphora/ojs/index.php/diaphora/article/view/227/219>. Acesso em: 06 abr. 2022.

OLIVEIRA, Mariana Carvalho. A negativa do recolhimento do criminoso doente mental ao hospital de custódia e suas consequências **Conteúdo Jurídico**, Brasília, DF: 29 maio 2019, 04:45. Disponível em: <https://conteudojuridico.com.br/consulta/Artigos/52966/a-negativa-do-recolhimento-do-criminoso-doente-mental-ao-hospital-de-custodia-e-suas-consequencias>. Acesso em: 14 abr. 2022

PRADO, Alessandra Rapacci Mascarenhas; SCHINDLER, Danilo Oitaven. A medida de segurança na contramão da Lei de Reforma Psiquiátrica: sobre a dificuldade de garantia do direito à liberdade a pacientes judiciários. **Revista Direito GV**, [s.l.], v. 13, n. 2, p. 628-652, 2017. DOI: 10.1590/2317-6172201725. Disponível em: <https://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/revdireitogv/article/view/70852>. Acesso em 19 abr.2022

PRADO, Luiz R. **Tratado de Direito Penal Brasileiro - Parte Geral - Vol. 1**. São Paulo: Grupo GEN, 2021. 9786559640447. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786559640447/>. Acesso em: 10 mar. 2022.

RIGONATTI, Luiz Felipe; RIGONATTI, Sérgio Paulo; RIBEIRO, Rafael Bernardon; CORDEIRO, Quirino. Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. *In*: PAULO, Conselho Regional de Medicina do Estado de São. **Hospital de Custódia: prisão sem tratamento – fiscalização das instituições de custódia e tratamento psiquiátrico do Estado de São Paulo**. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2014. Cap. 5. p. 71-75. Disponível em: https://www.cremesp.org.br/pdfs/Livro_Hospital_de_Custodia.pdf. Acesso em: 19 abr. 2022.

ROMANINI, Moises; PAULON, Simone Mainieri; PASCHE, Dário Frederico; PINTO NETO, Moisés da Fontoura. Saúde mental, direitos humanos e sistema penal: reinventando a extensão em tempos pandêmicos desmedidos. **Saúde e Sociedade**, [s.l.], v. 31, n. 1, p. e210391, 2022. FapUNIFESP (SciELO). DOI: 10.1590/s0104-12902021210391. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/rKtQBYbPw5MHkKthKBBjTtH/?lang=pt#>. Acesso em: 08 abr. 2022.

SANTOS, Juarez Cirino. **Direito Penal: Parte Geral**. 9. ed. Rio de Janeiro: Tirant Lo Blanch Brasil, 2020, 736 p.

SILVA, Flávia Vieira Lima; QUEIROZ, Mayla Thaliny Barbosa Ferreira; SILVA, Patrício Francisco da. A Aplicabilidade das Medidas De Segurança Para As Pessoas Acometidas Por Transtornos Mentais Em Conflito Com A Lei. **Enfermagem: desafios e perspectivas para a integralidade do cuidado**, [s.l.], p. 15-30, 2021. Editora Científica Digital. DOI: 10.37885/210705339. Disponível em: <https://www.editoracientifica.org/articles/code/210705339>. Acesso em: 02 abr. 2022.

ZAFFARONI, Eugenio R; PIERANGELI, José Henrique. **Manual De Direito Penal Brasileiro**. 14. Ed. São Paulo: Thomson Reuters Brasil, 2021. *E-book*.