

A RELAÇÃO ENTRE A LEI 10.216/2001 E AS MEDIDAS DE SEGURANÇA DO CÓDIGO PENAL BRASILEIRO

THE RELATION BETWEEN LAW 10.216 AND SECURITY MEASURES OF THE BRAZILIAN PENAL CODE

CHEMIN, Maria Gabriela¹
ALMEIDA, Tatiani Maria Garcia de²

RESUMO

O presente artigo tem como tema a Lei 10.216/2001, a qual dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. A problemática do referido artigo visa responder a seguinte questão: qual a relação da Lei 10.216/2001 e as medidas de segurança do código penal brasileiro? Sendo assim, tem-se como objetivo geral analisar esta relação e, ainda, como objetivos específicos, entender o contexto histórico do tratamento dado aos doentes mentais e as políticas de saúde mental no Brasil; ademais, buscou-se realizar a análise sobre a Lei 10.216/2001 no âmbito da luta antimanicomial. O método utilizado para execução da pesquisa foi o dedutivo, combinado com técnicas de pesquisa bibliográfica, a qual busca em artigos científicos e livros elementos para a pesquisa e pesquisa documental. Portanto, concluiu-se que há um conflito entre a Lei Antimanicomial e as Medidas de Segurança no tratamento de pessoas com transtornos mentais, enquanto a determinada Lei busca promover a inclusão social e o cuidado humanizado, as Medidas de Segurança visam garantir a segurança da sociedade, tornando-se necessário buscar um equilíbrio entre elas, considerando as diferentes perspectivas e assegurando tanto os direitos dos pacientes, quanto a segurança pública. A estrutura atual pode não estar preparada para receber pacientes liberados caso os hospitais psiquiátricos sejam fechados, o que pode gerar apreensões, sendo, portanto, essencial evoluir os hospitais psiquiátricos, proporcionando um cuidado de qualidade, que respeite a dignidade e os direitos das pessoas com transtornos mentais.

Palavras-chave: Medidas de Segurança. Luta Antimanicomial. Reforma Psiquiátrica. Código Penal. Lei 10.216/2001.

ABSTRACT

This article has as its theme Law 10.216/2001, which provides for the protection and rights of people with mental disorders and redirects the model of care in mental health. The problem of this article aims to answer the following question: what is the relationship between Law 10.216/2001 and the security measures of the Brazilian Penal Code? Thus, it has as a general objective to analyze this relationship and as specific objectives to understand the historical context of the treatment given to the

1 Nome do autor do artigo e Curso no qual está matriculado. E-mail: dto_maria.chemin@ucpparana.edu.br

2 Professora e Coordenadora do Curso de Direito da Faculdade UCP. E-mail: tatianigalmeida@gmail.com

mentally ill and mental health policies in Brazil; moreover, it sought to perform an analysis of Law 10,216/2001 in the context of the anti-asylum struggle. The method used for the execution of the research was deductive, combined with bibliographic research techniques, which search on scientific articles and books, elements for the research and documentary research. Therefore, it has concluded that there is a conflict between the Anti-asylum Law and the Security Measures in the treatment of people with mental disorders, while the Law seeks to promote social inclusion and humanized care, the Security Measures aim to ensure the safety of society, making it necessary to seek a balance between them, considering the different perspectives and reasuring both the rights of patients and public safety. The current structure can not be prepared to receive patients released in case psychiatric hospitals are closed, which may generate apprehensions, for that reason, it is essential to evolve psychiatric hospitals, providing quality care that respects the dignity and rights of people with mental disorders.

Keywords: Security Measures. Anti-asylum Movement. Psychiatric Reform. Penal Code. Law 10.216/2001.

INTRODUÇÃO

O presente artigo tem como tema a Lei 10.216/2001, a qual dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais que cometeram crimes e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Ela foi responsável por criar melhorias, objetivando proteger os direitos dessas pessoas, estabelecendo-se assim, diretrizes para a reforma psiquiátrica no Brasil, visando acabar com práticas desumanas e discriminatórias nos tratamentos de saúde mental.

Já as medidas de segurança são dispositivos legais presentes no Código Penal brasileiro, qual têm como objetivo proteger a sociedade diante de crimes cometidos por indivíduos com transtornos mentais, sendo estes, inimputáveis³. Elas são instrumentos jurídicos utilizados para assegurar a segurança pública e podem incluir medidas como internação em hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico, entre outras previstas na legislação.

A problemática do referido artigo visa responder a seguinte questão: qual a relação da Lei 10.216/2001 e as medidas de segurança do Código Penal Brasileiro? Desse modo, tem-se como objetivo geral analisar esta relação e identificar as características determinantes de cada uma, além de verificar como essas abordagens se relacionam e, ainda, como objetivos específicos, preteende-se compreender o

³ Art. 26, 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.

contexto histórico do tratamento dado aos doentes mentais e as políticas de saúde mental no Brasil, bem como realizar uma análise sobre a lei 10.216/2001 no contexto da Luta Antimanicomial. Ao investigar esses aspectos, propõe-se sugestões para uma nova perspectiva que possa conciliar os objetivos entre ambas as abordagens.

A Lei 10.216/2001 e as medidas de segurança do Código Penal brasileiro desempenham papéis distintos, porém igualmente relevantes para garantir proteção e amparo, tanto aos doentes mentais infratores, quanto à sociedade como um todo. A relação entre ambas configura um desequilíbrio, devido à natureza divergente entre elas. Em contrapartida, o vínculo entre estas surtem desdobramentos, gerando um embate conflituoso, porque por um lado, as medidas de segurança determinam a internação compulsória desses indivíduos em instituições fechadas, enquanto a Lei 10.216/2001 favorece a desinstitucionalização, promovendo o tratamento dos pacientes em regime não hospitalar, ou seja, em abordagens terapêuticas que não envolvem a reclusão do paciente em instituições psiquiátricas, mas sim, promovem o cuidado em um contexto aberto e comunitário.

Isto posto, considera-se fundamental discutir a reforma psiquiátrica e as medidas de segurança para avaliar a efetividade delas, identificar lacunas e buscar soluções justas e adequadas para pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei. Além disso, o estudo do tema promove conscientização, reduz o estigma em relação às doenças mentais e estimula melhorias nos serviços de saúde mental e sistemas de justiça criminal. Em suma, esta discussão visa criar uma sociedade mais inclusiva, justa e segura, respeitando os direitos e melhorando a qualidade de vida destas pessoas.

E, para demonstrar a relevância desta pesquisa, coube explorar o contexto histórico sobre a evolução do tratamento de doentes mentais e as políticas de saúde mental no Brasil, o qual demonstrou as diferentes concepções da loucura ao decorrer do tempo e o início da psiquiatria, perpassando pela análise da Lei 10.216/2001 e sua contribuição para a Luta Antimanicomial, sendo findada pela investigação da determinada Lei, se ela é condizente ou não com as medidas de segurança dispostas no Código Penal, além de analisar pesquisas relacionadas ao assunto sob perspectivas atuais de especialistas.

O método utilizado para execução da pesquisa foi o dedutivo, combinado com técnicas de pesquisa bibliográfica, a qual busca em artigos científicos e livros elementos para a pesquisa e pesquisa documental, envolvendo também outras fontes

acadêmicas que abordam o tema em questão. Essa abordagem permitiu explorar as ideias e conceitos existentes sobre a relação entre a Lei 10.216/2001 e as medidas de segurança do Código Penal Brasileiro.

A pesquisa documental, por sua vez, consistiu na análise de documentos oficiais, como leis, regulamentos e relatórios, relacionados à saúde mental e à legislação penal, em que permitiu contribuir para a compreensão do contexto histórico, das políticas vigentes e dos fundamentos legais que embasam a discussão em torno da relação entre a referida lei e as medidas de segurança.

Tendo isto em vista, concluiu-se que há um conflito entre a Lei Antimanicomial e as Medidas de Segurança no tratamento de pessoas com transtornos mentais, estas sendo desarmônicas. Embora a Lei Antimanicomial busque promover a desinstitucionalização e a oferta de tratamentos em regime aberto, as medidas de segurança priorizam a internação compulsória e a restrição da liberdade dos indivíduos infratores com transtornos mentais. A atual estrutura de saúde mental não está preparada para receber pacientes liberados, caso os hospitais psiquiátricos sejam fechados de forma abrupta.

Esta situação levanta preocupações legítimas, tornando essencial uma evolução dos hospitais psiquiátricos, proporcionando um cuidado de qualidade que respeite a dignidade e os direitos deste grupo de pessoas. É preciso investir em recursos e capacitação profissional adequada e, além disso, é necessário estabelecer mecanismos de avaliação e acompanhamento dos pacientes, garantindo a segurança tanto para eles, quanto para a sociedade.

Desta forma, é fundamental que sejam estabelecidos diálogos entre os profissionais da saúde mental, especialistas em segurança pública, legisladores e a sociedade em geral, a fim de buscar soluções que conciliem os objetivos da Lei 10.216/2001 e as necessidades de segurança da população. Somente por meio dessa abordagem colaborativa e multidisciplinar será possível superar os desafios e avançar para um sistema de cuidado mais efetivo, justo, inclusivo e eficiente, que atenda às demandas de todos os envolvidos.

1. CONTEXTO HISTÓRICO DE TRATAMENTO DADO AOS DOENTES MENTAIS E AS POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL

A história da “loucura⁴” está ligada à história das sociedades, suas crenças, ideologias e métodos terapêuticos (OLIVEIRA, 2022). Com base nisto, é relevante demonstrar que, na antiguidade clássica, até a era cristã, a “loucura” era vista sob enfoques de determinados pensadores gregos: o de Homero com a mitologia-religiosa; o de Eurípedes com a concepção psicológica e o de Hipócrates, com as disfunções somáticas. (RAMMINGER, 2002). Assim, para Cecarelli (2005) na concepção psicológica de Eurípedes a loucura é psicologizada, com a causa e os quadros clínicos associados às emoções humanas e as disfunções somáticas de Hipócrates a loucura caracterizava-se pela exclusão da razão ou do controle das emoções e o motivo deveria ser analisado não as disfunções humorais, concepção esta que exclui completamente a influência divina na origem da loucura. Posteriormente, na idade média, entre os séculos X e XV, a preponderância de loucura iniciou-se como possessão diabólica feita por iniciativa de bruxas, havendo duas possibilidades: alojando o corpo do diabo na pessoa; e na obsessão, na qual o demônio altera as percepções da pessoa (RAMMINGER, 2002).

Neste viés demonstra Palomba (2003):

Assim é que a mais antiga doença mental levou o nome de epilepsia (*epi*, o que está acima; *lepis*, abater. Os antigos pensavam que o diabo vinha de cima e abatia o indivíduo, e o ataque podia ser de duas maneiras: *total* quando jogava-o ao chão e o sacudia, “possessão demoníaca total”; *parcial* quando entrava no indivíduo e ficava promovendo desordem nas idéias, nos atos, nos afetos [...]) (PALOMBA, 2003, p.3).

Ramminger (2002) aborda que na medida em que o tempo foi passando, o enfoque diabólico foi descartado, prevalecendo a influência de Hipócrates e sua teoria patológica, na qual as perturbações intelectuais seria a principal condição para o diagnóstico da loucura, como dispõe Miranda e Souza (2015):

Posteriormente, o homem começa a se depreender do sentido mitológico de explicação e tratamento da loucura ao investigar o organismo do ser humano: seus estímulos, relação entre o psíquico e os demais órgãos nas causas e exteriorização da loucura, a chamada teoria organicista de Hipócrates (MIRANDA et al., 2015, p. 66).

4 [...] é a perda da autonomia psicológica (implicando perda da liberdade e do autogoverno), seja porque a razão se perde ou se perverte, seja porque a força do apetite atropela o controle racional do comportamento (PESSOTTI, 1999, p. 07).

Em 1801, a partir do Tratado Médico-Filosófico foi inaugurado a psiquiatria como especialidade médica por Philippe Pinel, qual rejeitou explicações organicistas e definiu a loucura ou alienação como o desarranjo das funções mentais, instituindo uma visão clínica da doença (RAMMINGER, 2002), assim afirma Pereira (1978) que, antes de Philippe Pinel, a medicina já havia lidado com pacientes com distúrbios mentais, mas de forma pouco sistemática. Pinel é considerado o primeiro psiquiatra devido ao seu trabalho Tratado Médico-Filosófico, que propôs uma abordagem mais especializada e organizada para o tratamento de pacientes com doenças mentais e “propõe uma brilhante classificação das doenças psiquiátricas” (YASUI et al., 2009, p. 218).

Ademais, cabe destacar que antes da reestrutura psiquiátrica feita por Pinel, expõe Oliveira (2002) que o século XVII foi conhecido como o período dos grandes internamentos e a internação de pessoas com transtornos mentais ocorreu como parte de um sistema maior de controle social, que incluía pessoas consideradas anti-sociais, doentes venéreos e homossexuais. Essas práticas visavam eliminar indivíduos percebidos como indesejáveis na sociedade. A visita do médico, nas casas de internação, foi determinante e vista como necessária não tanto para tratar os doentes, mas para prevenir a propagação de doenças contagiosas, baseada na crença fantasiosa de que a loucura era transmissível. Desse modo, “os manicômios começam a surgir de forma mais sistemática” (RAMMINGER, 2002, p. 113).

Posteriormente, no século XVIII, surge a figura de Philippe Pinel, este se juntou ao grupo dos Ideólogos na França, representando uma síntese das correntes de pensamento inovadoras e radicais (BERCHERIE, 1989). Em agosto de 1793, Philippe Pinel assumiu as suas funções no hospício de Bicêtre, transformando-o em um local de tratamento ao invés de um armazém de horror, bem como introduziu a função médica ao libertar os loucos de suas correntes (PALOMBA, 2003). Sua contribuição à história da psiquiatria é fundamental, baseada em princípios de psicologia iluminista e uma filosofia humanitária e terapêutica, nesta perspectiva, afirma Pessotti:

Outra mudança importante introduzida por Pinel foi a redefinição profunda, total, das funções do manicômio. De fato, para alterar o estado fisiológico do cérebro, não se precisava de qualquer instituição especial: bastavam alguns tratamentos específicos, já estabelecidos, a serem escolhidos segundo a filiação do alienista a um outro sistema teórico tradicional (PESSOTTI, 1996, p. 68-69).

A publicação de seu manual de psiquiatria é considerada o primeiro texto formal da psiquiatria moderna, ele defendia que a casa asilar era o local mais apropriado para a terapia psicológica curativa, baseada na relação pessoal do médico com o doente e atividades diversas. Sua corrente psiquiátrica inspirou uma reforma do sistema institucional dos manicômios, marcando uma ruptura com as práticas de internamento do passado (OLIVEIRA, 2002). Alude Teixeira (2019): “a humanidade do gesto pineliano tornou-se a imagem fundante da própria psiquiatria”.

Neste sentido, Gonçalves expressa:

Somente no final do século XVIII o médico francês Philippe Pinel (1745-1826) caracterizaria a loucura como doença mental, procurando afastar crenças e superstições que dificultavam a sua abordagem clínica e enfatizando a necessidade de humanizar o tratamento dado aos doentes. Até então, os doentes mentais viviam acorrentados e eram constantemente submetidos a práticas como os vômitos, as sangrias e os purgantes (GONÇALVES, 2004, p. 59-60).

Logo após findado o período que a loucura foi retirada do contexto da magia e da religião, ela começou a ser abordada a partir de três maneiras: introduzir o quadro nosológico construído pelo aprendizado psiquiátrico e reconhecê-la como uma psicose; elaborar uma antropologia de acordo com as culturas; e por último, abordar a fala, desejo e vivência do louco (ROUDINESCO, 1998, p. 478).

O filósofo Boutroux dizia que as mais gerais leis psicológicas eram relativas a uma “fase da humanidade”, entendendo que só existe uma realidade e valor de doença no interior de uma cultura que a reconhece como tal (FOUCAULT, 1975). Consoante a isso, vale complementar que “a passagem da loucura à doença mental reflete as mudanças nas concepções de loucura, embora as heranças de outros tempos – começo/início – não são totalmente abandonadas, implicando também em diferenças.” (O’BRIEN, 1992, p. 49 apud ENGEL, 2001).

Durkheim, por sua vez, pensava explicar a loucura como uma forma de concepção, criando uma estatística e evolucionando a doença ao mesmo tempo. Ele entendia que deveriam ser marcadas as etapas superadas de uma evolução anterior das patologias e que houvesse um anúncio das próximas fases de um desenvolvimento que mal se esboça e conclui argumentando que a normalidade de um fato social está intrinsecamente relacionada à sociedade em questão e à fase específica do seu desenvolvimento. O entendimento deste autor é considerado desvio por uma comunidade e considerado normal para outra. Baseando-se na explicação

de Durkheim, vê-se que no exemplo da antropologia americana, Ruth Benedict descreve que loucura é uma construção social, que varia de sociedade para sociedade (FOUCAULT, 1975).

Outro posicionamento crítico de Foucault (1975) está na comparação de práticas sociais em dois grandes mundos. Ele salienta a diferença no modo que as sociedades orientais e ocidentais tratam seus doentes, dispondo que no Japão e nos Estados Unidos a proporção de loucos é sensivelmente a mesma, porém a intolerância no ocidente é muito maior do que no oriente, visto que o grupo social (essencialmente a família) não é capaz de aceitar uma pessoa desviada, sendo necessário, desde logo, uma internação e, ao contrário dos ocidentais, o outro lado do mundo entende que a hospitalização está longe de ser uma regra, por terem uma tolerância muito maior com as pessoas consideradas loucas.

Diante a todo o exposto, FOUCAULT (1975) argumenta que, bem é de ver que o louco era considerado possuído, até a existência da medicina. Todas as histórias da psiquiatria até então, mostrou que a loucura na idade média e nos períodos a frente era uma categoria de doença presa às magias e religiões, como exemplo, OLIVEIRA (2022) demonstra que, na cultura greco-romana, a loucura era vista como uma doença mental, porém acreditava-se que sua origem era sobrenatural e relacionada a forças místicas. A intervenção e tratamento eram realizados por médicos sacerdotes através de processos médico-religiosos. Assim, foi necessário um olhar médico para finalmente cientificar que a natureza da loucura não está em perversões sobrenaturais, e sim, na natureza da natureza (FOUCAULT, 1975).

Por duas vezes, antes do século XIX, a medicina interferiu no problema da possessão: a primeira em 1560-1640, a pedido dos parlamentos, dos governos e das hierarquias católicas. Os médicos foram encarregados em demonstrar que os pactos e ritmos diabólicos podiam ser explicados por uma imaginação desregrada; a segunda vez, foi em 1680-1740, a pedido de toda a igreja católica e do governo, na qual os médicos foram convocados pelas autoridades para mostrar que todos os fenômenos religiosos eram devidos somente aos movimentos violentos dos humores ou do espírito. Esta segunda, foi apenas um apelo da igreja para se apoiar em suas próprias confirmações, longe de qualquer tipo de esforço que possa desenvolver a medicina (FOUCAULT, 1975).

Sabe-se, ainda, que desde a medicina grega, certa parte do domínio da loucura já era ocupada pelas noções patológicas. Sempre houve no ocidente curas médicas,

sendo que na idade média haviam leitos reservados para loucos, apesar de serem restritos, limitado a forma de loucura que julgavam curáveis. Por todos os lados, sempre ocorreu uma grande extensão de loucura, mas sem suporte médico (FOUCAULT, 1975).

No Brasil, é necessário imergir ao período do Brasil Colônia, momento da história nacional que havia uma grande dificuldade em encontrar médicos formados. Deste modo, os cuidados prestados aos doentes sucediam por parte de curandeiros e sacerdotes católicos, em especial, os jesuítas. Os hospitais das Irmandades das Santas Casas de Misericórdia eram responsáveis por acolher os mais míseros dos sujeitos, prestando a eles os cuidados que eram possíveis na época (MIRANDA SÁ-JR, 2007).

De acordo com Menezes Neto (2021), os doentes mentais viviam como escória da sociedade até a criação de faculdades de medicina do Rio de Janeiro e Bahia, no início do século XIX, já que não havia nenhum centro especializado para o atendimento desta população. A partir daí, iniciou-se a criação do primeiro hospital psiquiátrico no país e, graças ao então presidente da república Rodrigues Alves, surgiu o primeiro movimento de reforma psiquiátrico. Com o passar dos anos, foram criadas Leis Federais, como por exemplo o Decreto n. 24.559/94, com o intuito de “proporcionar aos psicopatas tratamento e proteção legal”; “dar amparo médico e social”; e promover a “higiene psíquica em geral” e “profilaxia das psicopatias em especial”.

Cabe frisar, que no início do século XX, ainda verificava-se inconsistências no tratamento de proteção destas pessoas, como se pode verificar no manicômio chamado Colônia, nome este que não só era chamado um período histórico do Brasil, mas também um hospital psiquiátrico localizado em Barbacena, em Minas Gerais, tal local responsável por acolher qualquer indivíduo que era diferente ou ameaçava a ordem pública, tendo estimativa que 70% das pessoas que eram enviadas para internação neste local não sofriam de sequer alguma doença mental, sendo a violência neste estabelecimento corriqueiramente preponderante. É possível, desta maneira, vislumbrar a imprecisão de diagnósticos colhidos por médicos àquela época (ARBREX, 2013). “Estive hoje num campo de concentração nazista. Em lugar nenhum do mundo, presenciei uma tragédia como essa”, Franco Basaglia, personalidade internacional em sua estadia no Brasil, proferiu tal discurso em uma coletiva de imprensa, em sua passagem pelo Brasil, após deparar-se com a situação do hospital

Colônia, em 1979 (MEZZA et al., 2020).

Apenas na segunda metade do século XX que movimentos de maior humanização no tratamento de pacientes psiquiátricos foram surgindo, sendo o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) e I Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), cujo objetivo era contestar a mentalidade dos hospitais psiquiátricos e a procura de uma sociedade sem manicômios. No século XXI, mais precisamente no ano de 2001, deu origem à uma nova reforma psiquiátrica brasileira (Lei 10.216/2001), a qual retirou o “protagonismo” dos manicômios e redirecionou os doentes mentais aos serviços comunitários (MENEZES NETO et al., 2021).

Se houvesse, ainda, necessidade de internação, a visibilidade seria para a “reinserção social do paciente em seu meio”. Esta Lei vedou qualquer instituição que não cumprissem com os direitos garantidos por ela, buscando sempre combater este estigma que foi carregado durante eras (MENEZES NETO et al., 2021).

Em síntese, com base na análise feita, é notório visualizar que a loucura modificou-se ao passar do tempo, pode-se afirmar que os conceitos de normalidade e anormalidade são historicamente construídos e variáveis. Ações consideradas anormais em um contexto podem ser consideradas normais em outro. Isso evidencia a natureza maleável e historicamente situada do conceito de loucura. Essa compreensão possibilita traçar uma história da loucura, destacando sua flexibilidade e sua conexão com o contexto histórico (GONÇALVES, 2004).

Seguindo nesta mesma linha, depreende-se que sua compreensão e essência nem sempre foi sólida ou estagnada, ela perdurou por transformações ao longo dos períodos e em cada época, como afirma Ceccarelli (2005), houve uma tentativa de descrever e compreender o sofrimento psíquico, buscando identificar suas causas e tratá-lo de maneira apropriada, através de uma psicopatologia específica.

2. ANÁLISE SOBRE A LEI 10.216/2001 NO ÂMBITO DA LUTA ANTIMANICOMIAL

Conforme visto na seção anterior, não havia uma distinção evidente entre as práticas de punição e os métodos terapêuticos no tratamento psiquiátrico. De acordo com os autores, a maioria dos psiquiatras do século XIX defendiam que os castigos físicos poderiam trazer benefícios terapêuticos (MEZZA et al., 2020), “o desacorrentar dos pacientes por Pinel foi mudança significativa, contudo, ao longo do século XIX, trocou-se o peso das correntes pela camisa de força” (PIRES et al., 2016).

Franco Basaglia, psiquiatra italiano, lutou contra os sistemas de asilo após compreender o atraso da psiquiatria em seu país. Sua experiência como diretor do manicômio de Gorizia, na Itália, e sua passagem pela prisão marcaram sua luta por mudanças revolucionárias. Basaglia foi preso após uma traição de um dos integrantes do grupo antifascista que o então estudante contatou na faculdade em que estava matriculado, sendo a Universidade de Pádua. Mesmo em períodos de guerra e prisão, Basaglia formou-se em medicina e dedicou-se ao estudo da psiquiatria e da filosofia (SERAPIONI, 2019).

A Reforma Psiquiátrica defendida por Basaglia, tinha como objetivo a destruição dos manicômios por serem uma estrutura que contradizia o princípio da liberdade, pois perpetuava as desigualdades sociais, a violência e a marginalização. A disciplina psiquiátrica e sua função social de controle eram questionadas (MEZZA *et al.*, 2020), todavia, somente no hospital psiquiátrico de Trieste, também na Itália, local onde Basaglia posteriormente trabalhou, ocorreu a concretização de seus esforços na tentativa de uma mudança psiquiátrica. Surgiu uma nova conjectura na estrutura hospitalar contribuindo para a desinstitucionalização, período este, em que, formou-se uma equipe e uma estratégia criativa e simbólica foi promovida, incluindo o uso do teatro de rua e outras performances artísticas. Em 1980, nove anos depois da chegada de Basaglia, o hospital psiquiátrico de Trieste foi fechado definitivamente (SERAPIONI, 2019).

Seu trabalho em Trieste proporcionou a criação da Lei 180, promulgada em 03 de maio de 1978 pelo Parlamento Italiano, o qual ocasionou uma modificação do sistema psiquiátrico mundial. Ela foi responsável por propor a extinção dos hospitais psiquiátricos e a criação de serviços territoriais. Essa iniciativa inspirou outros países a desinstitucionalizar seus sistemas psiquiátricos, incluindo o Brasil, que aprovou a Lei 10.216 em 2001, reduzindo os leitos em hospitais psiquiátricos e desenvolvendo serviços de saúde mental na comunidade (KANTORSKI *et al.*, 2021).

A Lei supramencionada serviu de inspiração aos brasileiros, porém, somente após uma longa caminhada, consecutivo à redemocratização brasileira, em 1989 que, o Deputado Paulo Delgado apresentou o projeto de lei na Câmara dos Deputados do Brasil propondo o fim dos manicômios, com a ideia de substituir o internamento por serviços comunitários. Após uma longa tratativa, ela foi aprovada, em 06 de abril de 2001, regulamentando a internação involuntária e promovendo a reforma psiquiátrica no país (GOULART, 2008).

Enfatiza-se que anterior à Lei 10.216/2001, dois marcos consideráveis ocorreram no Brasil ante a disseminação da proposta antimanicomial, sendo nas décadas de 70 e 80 em que sucedeu-se vários encontros e congressos, estando entre eles o I Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental, realizado em 1978, representando um importante ponto de partida para a Reforma Psiquiátrica no Brasil (HOLANDA, 2017) encontro este que só aconteceu devido ao início de manifestações reivindicatórias, qual deu-se por exibir denúncias e críticas ao governo militar por práticas de tortura, fraudes e corrupção no sistema nacional de assistência psiquiátrica, além de exigências ao aumento salarial, redução do número de consultas por período, críticas ao manicômio e ao uso do eletrochoque, melhores condições de assistência à população e humanização dos serviços, tendo como consequência uma greve que perdurou-se por oito meses, gerando grande repercussão na imprensa (LÜCHMANN *et al.*, 2007), como já mencionado de forma sintética anteriormente, além da Constituição Cidadã de 1988 que introduziu na concepção da saúde pública brasileira os princípios de universalidade, integralidade e equidade, onde estabeleceu uma base sólida para o desenvolvimento da Lei Orgânica de Saúde (Lei n.º 8080/1990), o SUS. Esse momento histórico foi crucial para o avanço das políticas públicas de assistência à saúde mental no Brasil (HOLANDA, 2017).

Consecutivo a Lei tratada acima, também intitulada de Lei Antimanicomial, efetuou-se a criação e inserção dos Centros de Atenção Psicossocial, chamado CAPS e hospitais-dia, além do fechamento de hospitais psiquiátricos e a inclusão de enfermarias psiquiátricas nos hospitais gerais, representando uma mudança no modelo de atenção psiquiátrica no Brasil, priorizando a abordagem psicossocial em detrimento do modelo hospitalocêntrico (LE MOS, 2012). Como assegura Godinho Delgado (2020), é perpetuamente importante rememorar a etimologia da palavra hospício que advém de “quarto de hóspede”, assim, o conceito de hospital psiquiátrico se tornou negativo por ser associado à impiedade e prisão, gerando a ideia errônea de que internação e isolamento são necessários para tratar doenças mentais, quando na verdade isso pode agravar a crise do paciente.

Para Lückmann e Rodrigues (2007, p. 400) “os movimentos sociais são considerados portadores privilegiados das denúncias às variadas formas de injustiça social”. O Movimento da Luta Antimanicomial, denominado MLA, advindo destes movimentos sociais, percorreu um longo período de tempo para trazer resultados, buscando-se propor que a sociedade debata e reformule a ligação do doente com sua

doença e, criando neste cenário, o dia 18 de maio se torna o Dia Nacional da Luta Antimanicomial com o propósito em conceber novos dispositivos e tecnologias para modificar a psiquiatria e seus procedimentos (PIRES, *et. al.*, 2016).

A Reforma Psiquiátrica, como demonstra Yasui (2010) se diferencia de outras reformas por ser um processo social complexo, conduzindo marcas de seu tempo que rompe com os fundamentos do saber psiquiátrico e produz novos modos de cuidado e atenção ao sofrimento psíquico, criando novas instituições e buscando um novo lugar social para a loucura.

Conforme estabelecido pela Lei 10.216/01, que trata da proteção e garantia dos direitos das pessoas com transtornos mentais, é importante discutir e analisar seus principais artigos, bem como suas características. O artigo primeiro da determinada Lei assegura que as pessoas com transtorno mental têm direitos e proteção garantidos, sem qualquer forma de discriminação com base em características como raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, situação familiar, condição econômica, gravidade ou tempo de evolução do transtorno, ou qualquer outro motivo (BRASIL, 2001).

Em outro vértice, os direitos das pessoas com transtornos mentais são destacados no parágrafo único do artigo 2º da Lei⁵. Em sequência, o artigo 4º determina que a internação só deve ser indicada quando os recursos disponíveis fora do ambiente hospitalar se mostrarem insuficientes. Dispõe em seus parágrafos que o tratamento em regime de internação deve ter como finalidade a reinserção social do paciente em seu meio e deve ser estruturado de forma a oferecer assistência integral, incluindo serviços médicos, assistência social, psicológicos, ocupacionais, lazer, entre outros. Além disso, é proibida a internação de pacientes que detêm de transtornos mentais em instituições que possuam características asilares, ou seja, aquelas que

5 Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo. Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental: I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades; II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade; III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração; IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas; V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária; VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis; VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento; VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis; IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

não disponibilizam os recursos mencionados no parágrafo 2º e não garantem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do artigo 2º (BRASIL, 2001).

As internações psiquiátricas somente serão realizadas mediante laudo médico que comprove a doença mental do indivíduo⁶ (BRASIL, 2001). De acordo com as informações disponíveis no site do Senado Federal⁷, no caso da internação voluntária, a pessoa assina uma declaração de que optou pelo tratamento, podendo ser encerrada por solicitação do paciente ou do médico responsável, caso se torne involuntária, o paciente não pode sair sem autorização; internação involuntária ocorre sem o consentimento do paciente e a pedido de terceiros, é necessário um pedido por escrito aceito pelo médico psiquiatra, e o estabelecimento de saúde tem 72 horas para informar ao Ministério Público sobre a internação e seus motivos, a fim de evitar possíveis abusos; já a internação compulsória não requer autorização familiar e é determinada pelo juiz após pedido formal de um médico, que atesta a falta de domínio da pessoa sobre sua condição psicológica e física, o juiz avaliará o laudo médico, as condições de segurança do estabelecimento e a proteção do paciente, de outros internados e funcionários. Ressalta-se que a internação voluntária ou involuntária só pode ser autorizada por um médico registrado no Conselho Regional de Medicina (CRM) do estado em que o estabelecimento está localizado, conforme artigo 8º da mesma norma supramencionada⁸ (BRASIL, 2001).

6 Art. 6º 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:
I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;
II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e
III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

⁷ Informações disponíveis em: <https://www12.senado.leg.br/manualdecomunicacao/estilos/internacao-involuntaria-compulsoria> Acesso em 15/05/2024.

8 Art. 8º A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.

3. A RELAÇÃO ENTRE A LEI 10.216/2001 E AS MEDIDAS DE SEGURANÇA: ANTAGONISMOS OU CONCILIAÇÃO?

Houve diversos progressos na política de saúde mental, incluindo a superação do modelo asilar, a luta contra o estigma e a conquista de direitos civis (COSTA *et al.*, 2021). Salienta-se, como discutido anteriormente que, a política de saúde mental nos últimos anos tem sido amplamente discutida e recebeu destaque no governo. A transformação paradigmática na psiquiatria foi objeto de debates públicos e se tornou uma questão prioritária para a sociedade brasileira com a promulgação da Lei n. 10.216, em abril de 2001 (MARCHEWKA, 2001).

Nesse sentido, as discussões acerca desta mudança trouxeram alguns desafios, os quais serão objetos de estudo desta última seção, em que deverão ser analisados se as medidas de segurança impostas no Código Penal Brasileiro e a Lei supracitada são contraditórias ou complementares.

Primeiramente, para adentrar ao assunto com exatidão, infere-se explicar, quem, ao cometer um ilícito penal responderá com as devidas medidas de segurança. Demonstra Marchewka (2001) que de acordo com a legislação penal vigente, os indivíduos considerados inimputáveis devido a doença mental são presumivelmente perigosos, resultando na aplicação obrigatória de medidas de segurança, como internação em hospital de custódia ou tratamento psiquiátrico. No caso de crimes puníveis com pena de detenção, a medida de segurança pode ser tratamento ambulatorial.

Para Lopes e Schutz (2019) os indivíduos chamados de inimputáveis são reconhecidos como incapazes de compreender a natureza ilícita do ato que cometeram ou de se autodeterminar com base nesse entendimento e, de acordo com o artigo 386, parágrafo único, III do Código de Processo Penal, quando a inimputabilidade de um indivíduo é declarada, será aplicada a ele uma medida de segurança, conforme estabelecido no Código Penal, estando as disposições referentes à medida de segurança presentes nos artigos 96 a 99 da mesma legislação. Ainda, a fim de ser considerada um crime, uma conduta deve ser realizada por um indivíduo humano e, além disso, requer que a ação seja consciente e voluntária. Atos inconscientes e involuntários são considerados irrelevantes no contexto penal.

Neste sentido, as medidas de segurança são a resposta do Estado diante de um fato considerado crime, cometido por uma pessoa com doença mental. Como essa

pessoa é inimputável, não pode ser responsabilizada penalmente por sua ação. Embora sua culpabilidade seja excluída, é necessário que o Estado atue para proteger os bens jurídicos afetados pela conduta desse indivíduo, demonstrando sua potencial periculosidade, nesta conjuntura, o Estado tem a responsabilidade de proteger a sociedade de novos danos causados por uma pessoa inimputável, concomitantemente em que busca tratar e reintegrar socialmente o indivíduo com uma anomalia psíquica. Essas são as duas principais finalidades das medidas de segurança: a proteção social e a prevenção especial (CIA, 2011).

Michele Cia (2011) complementa, entretanto, que a fundamental finalidade das medidas de segurança contemplam proporcionar um tratamento psiquiátrico eficaz, visando à reintegração social do indivíduo inimputável. A ênfase recai na prevenção especial positiva, que busca prevalecer sobre outras finalidades político-criminais. Contudo, apesar dos desafios e resultados nem sempre satisfatórios, o Estado não deve se eximir de oferecer um tratamento psiquiátrico adequado, ao contrário, é necessário aumentar os esforços para que as medidas de segurança alcancem suas finalidades terapêuticas. Para isso, a execução dessas medidas deve acompanhar os avanços da psiquiatria, psicologia e outras ciências, especialmente em relação a terapias inovadoras e não institucionais.

Outrossim, há uma parcela social que tece críticas as tais medidas, isto pois, vislumbra-se que o modelo asilar fundado na opressão de seus pacientes ainda permacece na sociedade contemporânea, remetendo-se aos tratamentos coercitivos dados às épocas passadas, nesta lógica exterioriza Marchewka (2001, p. 105) “o sistema atual de execução da medida de segurança no Brasil configura uma das maiores violações aos direitos humanos no mundo contemporâneo”, fundamenta ainda, que aplicação da medida de segurança detentiva parece ser desfavorável em relação à pena privativa de liberdade, uma vez que a Lei de Execução Penal não contempla dispositivos que permitam a liberação progressiva do doente mental. Isso dificulta a possibilidade de libertação e questiona a validade dessa abordagem nos dias atuais, já que obriga o juiz a decretar a internação sempre que o crime for punido com pena de reclusão.

A situação dos doentes mentais que cometem crimes no Brasil é preocupante, demonstrando desproporcionalidade e questionabilidade das medidas adotadas. O Relatório da I Caravana Nacional de Direitos Humanos, realizada pela Câmara dos Deputados em 2000, expôs a realidade dos hospitais psiquiátricos e hospitais de

custódia e tratamento psiquiátrico (HCTPs). O relatório destacou a violação dos direitos humanos dos indivíduos submetidos a essas instituições, levantando preocupações específicas sobre a execução das medidas de segurança nos HCTPs. Em exemplo, na pesquisa realizada tem-se o HCTP de Itamaracá, situado em Pernambuco, os internos são privados de tratamento adequado e o hospital enfrenta escassez de medicamentos há um mês. As condições de instalações são precárias, com falta de água e colchões, revelando uma violação grave dos direitos humanos. A Caravana de Direitos Humanos recomendou a interdição do hospital devido ao descaso e inadequação no cumprimento de suas funções (CIA, 2011).

Ademais, verifica-se que o tempo de cumprimento da medida de segurança é determinado pelo juiz na sentença condenatória, variando de um a três anos. Após esse período, é realizado um exame para avaliar as condições médicas e psicossociais do paciente, visando sua desinternação. Se a periculosidade não cessar, o exame será realizado anualmente, de acordo com o artigo 97, parágrafo 1º, do Código Penal, além de que, deve-se ressaltar também a inconstitucionalidade da aplicação de medidas de segurança por tempo indeterminado, de acordo com o inciso XLVII do art. 5º da Constituição Federal de 1988, que proíbe a imposição de penas perpétuas e cruéis. Isso estabelece o direito do paciente à desinternação após um determinado período de aplicação da medida de segurança, bem como impõe ao Estado o dever de assegurar esse direito, contudo, a legislação penal não estabelece um programa de desinternação progressiva, ao contrário das penas privativas de liberdade, que possuem um sistema progressivo de execução, sendo o regime fechado, semiaberto e aberto (PRADO *et al.*, 2017).

Essa questão também gera outras complicações. A desinternação, se cessado a periculosidade do interno, acarreta algumas dificuldades, como impasses ao retorno à liberdade, com base em pesquisas feitas, Prado e Schindler (2017) esclarecem que a falta de apoio familiar adequado ao cumpridor da medida de segurança o torna vulnerável socialmente, devido à sua condição de enfermidade mental. Ainda que sua periculosidade seja considerada cessada, suas necessidades como paciente continuam presentes, e a falta de acompanhamento apropriado pode levar à recorrência da doença. Isso aumenta o risco de reincidência em condutas ilícitas, resultando em um possível retorno à medida de segurança. Além disso, a questão dos documentos de identificação dos pacientes é um obstáculo burocrático significativo que dificulta a efetivação do direito à liberdade, pois muitas vezes, os pacientes são

admitidos sem apresentar qualquer documentação, sendo necessário realizar uma identificação criminal e enfrentar um longo processo burocrático para verificar sua real identidade.

Com base nisto, percebe-se que a incumbência das medidas de segurança não estão exercendo sua finalidade, sobretudo, elas entram em conflito com a nova conjuntura ocasionada pela Lei Antimanicomial, como denota Prado e Schindler (2017):

As bases da reforma psiquiátrica representam a negação do quanto disposto na legislação penal. Enquanto a medida de segurança é utilizada, em regra, na modalidade de internação, no intuito de tratar e retribuir condutas ilícitas, a reforma surge para percorrer o caminho inverso, desinternar para reabilitar e garantir cidadania à pessoa com transtorno mental (Prado *et al.*, 2017, p. 636).

Segundo as informações disponibilizadas pela Associação Paulista de Medicina⁹, recentemente, o Conselho Nacional de Justiça através da Resolução 487/2023, estabeleceu a política antimanicomial para o processo penal e a execução das medidas de segurança, tal resolução entrará em vigor 90 dias após sua publicação, que ocorreu em 15 de fevereiro, o que resultará na libertação de indivíduos com transtornos mentais atualmente detidos por terem cometido crimes graves a partir de 15 de maio de 2023, bem como a nova norma determina o fechamento dos hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico (HCTP) até maio do próximo ano e, além disso, a partir de agosto de 2023, esses hospitais não poderão admitir novos pacientes.

Conforme as informações do Conselho Nacional de Justiça¹⁰, o objetivo da resolução é fortalecer a estrutura de saúde pública para cumprir a lei que proíbe a internação de pessoas com transtornos mentais em instituições asilares, como os Hospitais de Custódia. A norma prioriza o tratamento em meio aberto, em serviços comunitários e em colaboração com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). O objetivo é aprimorar os espaços de tratamento para pessoas inimputáveis que cometeram crimes, buscando alternativas aos ambientes inadequados, como manicômios judiciais e prisões comuns. Segundo dados do SISDEPEN em 2022,

⁹ Informações disponíveis em: <https://www.apm.org.br/noticias-em-destaque/medicos-apontam-ressalvas-na-decisao-do-cnj-de-fechar-hospitais-de-custodia/#:~:text=De%20acordo%20com%20a%20nova,n%C3%A3o%20poder%C3%A3o%20receber%20novos%20internos> Acesso em: 15/05/2024.

¹⁰ Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/cnj-e-ministerio-da-saude-trabalham-para-implementar-politica-antimanicomial/> Acesso em: 15/05/2023.

cerca de 1.869 pessoas estavam cumprindo medida de segurança nessas instituições.

Todavia, há ressalvas por parte especialistas, pois a medida prevê apenas tratamento ambulatorial não obrigatório para pessoas com transtornos mentais que cometeram delitos graves e isso acaba gerando insegurança. Eles também destacam que o sistema de saúde público não está adequadamente preparado para lidar com essa demanda e que isso poderia resultar na liberação de detentos perigosos para a sociedade, até mesmo porque, a medida proposta pelo CNJ permite que o interno decida se deseja continuar o tratamento, o que é considerado preocupante. Guido Arturo Palomba, psiquiatra forense já mencionado no presente trabalho e diretor Cultural da Associação Paulista de Medicina aduz¹¹ que esta providência relaciona-se à antipsiquiatria, que questiona a existência de doenças mentais e a necessidade de manicômios e aponta para os problemas ocorridos na Itália em 1978, quando o fechamento dos hospitais psiquiátricos resultou em caos e até mesmo mortes de pacientes desassistidos. Além disso, ele destaca que a resolução do CNJ entra em conflito com o Código Penal, o Código de Processo Penal e a Lei de Execução Penal, que possuem hierarquia superior, enfatizando que os internados em manicômios judiciários estão lá não apenas para tratamento, mas principalmente por razões de segurança e proteção social, devido à sua periculosidade.

O Conselho Federal de Medicina (CFM) e outras entidades médicas, incluindo a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP)¹², manifestaram apoio contra a resolução discutida, que determina o fechamento de Hospitais de Custódia e Tratamentos Psiquiátricos no Brasil. As entidades argumentam que a medida pode trazer riscos à sociedade e à segurança pública, pois foi formulada sem o devido debate com a comunidade médica. Elas destacam a preocupação de que os criminosos sejam reintegrados à sociedade sem uma estrutura adequada de tratamento e ainda ressaltam que o sistema público de saúde e o sistema prisional comum não estão preparados para acolher adequadamente todas as pessoas afetadas por essa medida, o que pode levar ao abandono do tratamento médico, aumento da violência, crescimento do número de criminosos com doenças mentais nas prisões comuns e

¹¹Informações disponíveis em: <https://www.apm.org.br/noticias-em-destaque/medicos-apontam-ressalvas-na-decisao-do-cnj-de-fechar-hospitais-de-custodia/#:~:text=De%20acordo%20com%20a%20nova,n%C3%A3o%20poder%C3%A3o%20receber%20novos%20internos> Acesso em: 15/05/2024.

¹² Informações disponíveis em: <https://www.cremeb.org.br/index.php/noticias/cfm-apoia-manifestacao-contra-fechamento-de-hospitais-de-custodia-e-tratamentos-psiquiatricos/> Acesso em: 16/05/2023.

reincidência criminal, além de outros impactos negativos na sociedade.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante muito tempo, os doentes mentais eram tratados de forma desumana e cruel, sendo reclusos em manicômios sem receber tratamento adequado. A partir da década de 70, iniciou-se um movimento de reforma psiquiátrica que buscava acabar com o modelo manicomial e promover uma abordagem humanizada no cuidado em saúde mental.

A Lei 10.216/2001 foi um marco nesse processo, estabelecendo diretrizes para a proteção dos direitos das pessoas com transtornos mentais e o fim do tratamento desumano em instituições psiquiátricas. Ela propôs a criação de serviços de atenção diária e contínua, baseados no respeito aos direitos humanos, na valorização dos pacientes e na promoção de sua autonomia. Neste contexto, a luta antimanicomial se intensificou, visando a transformação das práticas e saberes em saúde mental.

No entanto, a relação entre a Lei 10.216/2001 e as medidas de segurança ainda é objeto de debate, pois enquanto a primeira busca promover a inclusão social e o cuidado humanizado, a segunda visa garantir a segurança da sociedade frente a crimes cometidos por pessoas com transtornos mentais. É necessário, portanto, um equilíbrio entre esses objetivos, de modo a garantir a proteção dos direitos dos pacientes e a segurança da sociedade.

Em outras palavras, torna-se evidente que há um conflito entre a Lei Antimanicomial, qual, além de direitos, preconiza a desinstitucionalização, sendo a internação indicada somente em última instância, e as Medidas de Segurança estabelecidas no Código Penal Brasileiro. Essa divergência de opiniões cria uma divisão social: os quais concordam com a desinstitucionalização e os quais veementemente discordam, cada qual com seus argumentos fundamentados. Desta maneira, é importante exercer o discernimento para avaliar as diferentes perspectivas e buscar soluções que garantam a proteção dos direitos das pessoas com transtornos mentais, ao mesmo tempo em que considerem a segurança da sociedade como um todo.

Cabe ressaltar que este grupo merece tratamentos adequados para sua condição, cada um em sua especificidade. Todavia, os parâmetros utilizados no Código Penal vigente deixam uma incógnita e um espaço a ser preenchido, eis que

nos moldes atuais, segundo esta pesquisa, as medidas de segurança não estão sutindo o efeito desejado, mas ainda são essenciais.

Para tanto, há de se convir que não existe estrutura suficiente para receber os pacientes que poderão ser liberados se os hospitais psiquiátricos vierem a encerrar, além de que, isso provocará grande temor social, já que indivíduos perigosos voltarão a viver em sociedade, podendo até mesmo optar se continuarão com o tratamento ou não, havendo, também, grande possibilidade de suceder o cometimento de novos crimes.

Compreende-se, portanto, que os modelos de tratamentos arcaicos e desumanos não comportam mais na contemporaneidade, ao mesmo tempo que o fechamento dos hospitais psiquiátricos seria um retrocesso, por isso as medidas estabelecidas no Código Penal atual devem continuar exercendo sua função, mas devem ser averiguadas para que surtam efeitos na prática, devendo estar em equilíbrio com a Lei 10.216/2001, qual visa promover a dignidade dessas pessoas institucionalizadas para que não sofram mais torturas, como tolerava-se na antiguidade, assim, estes locais devem ser aprimorados e restaurados, proporcionando melhores condições aos internos, devendo haver uma equipe médica capacitada para atendê-los, além de propiciar um ambiente adequado com infraestrutura e as ferramentas necessárias que esses indivíduos demandam.

Conclui-se, por fim, que é essencial encontrar um equilíbrio entre as medidas estabelecidas no Código Penal, que buscam garantir a segurança da sociedade, e a Lei 10.216/2001, que visa promover a dignidade e o respeito aos direitos das pessoas com transtornos mentais, isso implica em promover uma abordagem humanizada e respeitosa no cuidado em saúde mental, proporcionando tratamento adequado e respeitando a autonomia e a integridade desses indivíduos.

REFERÊNCIAS

ANTONACCI, Milena H.; CARDANO, Mario; GUEDES, Ariane da C; KANTORSKI, Luciane P. Política de saúde mental brasileira: uma análise a partir do pensamento de Franco Basaglia. **J. nurs. Health**, Rio Grande do Sul, p. 1-19, 2021.

ARBREX, Daniela. **Holocausto brasileiro**. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA. **Médicos apontam ressalvas na decisão do CNJ de fechar hospitais de custódia**. Disponível em: <https://www.apm.org.br/noticias-em-destaque/medicos-apontam-ressalvas-na-decisao-do-cnj-de-fechar-hospitais-de-custodia/#:~:text=De%20acordo%20com%20a%20nova,n%C3%A3o%20poder%C3%A3o%20receber%20novos%20internos> Acesso em: 15/05/2023.

BRASIL. Decreto-**Lei nº 2848, de 7 de dezembro de 1940**. Código Penal. nº 2848, de 7 de dezembro de 1940 – Código Penal, e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm. Acesso em 20 mai. 2023.

BRASIL. Decreto-**Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941**. Código de Processo Penal. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 13 out. 1941. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del3689.htm. Acesso em 20 mai. 2023.

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 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**. Diário Oficial Eletrônico, Brasília, DF, 09 abr. 2001, p. 2. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 23 março de 2023.

BERCHERIE, P. **Os Fundamentos da clínica: História e estrutura do saber psiquiátrico**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1989.

CECCARELLI, Paulo. O Sofrimento Psíquico Na Perspectiva Da Psicopatologia Fundamental. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 10, n. 3, p. 471-477, 2005.

CIA, Michele. **Medidas de segurança no Direito Penal Brasileiro: A desinternação progressiva sob uma perspectiva político-criminal**. 1 ed. São Paulo: Editora Unesp, 2011.

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: 15/05/2023.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA BAHIA. **CFM apoia manifestação contra fechamento de Hospitais de Custódia e Tratamentos Psiquiátricos**. Disponível em: <https://www.cremeb.org.br/index.php/noticias/cfm->

apoia-manifestacao-contrafechamento-de-hospitais-de-custodia-e-tratamentos-psiquiatricos/ Acesso em: 16/05/2023.

COSTA, Maria Izabel S.; LOTTA, Gabriela S. De “doentes mentais” a “cidadãos”: análise histórica da construção das categorias políticas na saúde mental no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, p. 3467-3479, 2021.

DELEVATI, Dalnei M.; FIGUEIRÊDO, Marianna Lima de R.; TAVARES, Marcelo G. Entre Loucos e Manicômios: história da loucura e a reforma psiquiátrica no Brasil. **Ciências humanas e sociais**, Maceió, v. 2, n.2, p. 121-136, 2014.

DELGADO, Paulo Gabriel G. Voltando ao começo: desvelando os bastidores políticos da Lei Paulo Delgado. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 3, p. 21-28, 2020.

ENGEL, Magali Gouveia. **Os delírios da razão: médicos, loucos e hospício**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2001.

FOUCAULT, Michel. **Doença mental e psicologia**. Traduzido por Lilian Rose Shalders. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1975.

GONÇALVES, Flávio José M. Manicômios e o princípio da dignidade da pessoa humana: estudos preliminares à luz do direito e da bioética. **Revista Opinião Jurídica, Fortaleza**, n. 4, p. 57-68, 2004.

GOULART, Maria Stella B. Os 30 anos da “Lei Basaglia”: aniversário de uma luta. **Mnemosine**, Campina Grande, v. 4, n. 1, p. 2-15, 2008.

LOPES, Ariadne V.; SCHUTZ, Gabriel Eduardo. A razão pode ser instrumento de inclusão da loucura? Olhares sobre a medida de segurança. **Saúde Debate**, Rio De Janeiro, v. 43, n. 4, p. 207-218, 2019.

LÜCHMANN, Lígia Helena H.; RODRIGUES, Jefferson. O movimento antimanicomial no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Santa Catarina, p. 399-407, 2007.

MARCHEWKA, Tânia Maria N. As contradições das medidas de segurança no contexto do direito penal e da reforma psiquiátrica no Brasil. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, n. 3, v. 2, p. 103-111, 2001.

MENEZES, Mardônio; YASUI, Silvio. O psiquiatra na atenção psicossocial: entre o luto e a liberdade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Assis, p. 217-22, 2009.

MEZZA, Martín; TORRENTÉ, Mônica de O. N. A Reforma Psiquiátrica Brasileira como luta pelo reconhecimento e progresso moral. **Saúde Debate**, Rio De Janeiro, v. 44, n. 3, 235-249, 2020.

MIRANDA, Luiz Antônio C. de; SOUZA, Renata M. de. AS FACES DA LOUCURA: DA ANTIGUIDADE AO PERÍODO MEDIEVAL. **Revista Eletrônica Sapere Aude**, v.2, 2015. Disponível em: <http://revistasapereaude.org/index.php/edicoes/anos->

anteriores/ano-4-vol-1-12/ano-4-volume-2-setembro-2015/category/86-09-2015-ano-4-volume-2#:~:text=A%20loucura%20no%20per%C3%ADodo%20medieval,Quijada%2C%202002%2C%20122. Acesso em: 02/06/2023.

MIRANDA-SÁ JR, Luiz Salvador de. Breve histórico da psiquiatria no Brasil: do período colonial à atualidade. **Revista de Psiquiatria**, Rio Grande do Sul, v. 29, n. 2, p. 156-158, 2007.

NETO, Joaquim Borges de M. et al. **O estigma da doença mental entre estudantes e profissionais de saúde**. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/12899/11757>. Acesso em: 23/03/2023.

OLIVEIRA, Sandra S. de. Trechos da História da Loucura. **Interacções**, Santarém, n. 3, p. 106-120, 2002.

PALOMBA, Guido A. **Tratado de Psiquiatria Forense Civil e Penal**. São Paulo: Atheneu Editora São Paulo, 2003.

PEREIRA, Frederico. Introdução à história da psicopatologia: I - Philippe Pinel (1ª parte). **Instituto Superior de Psicologia Aplicada**. Disponível em: <https://repositorio.ispa.pt/handle/10400.12/1152>. Acesso em: 02/06/2023.

PESSOTTI, Isaias. **O século dos manicômios**. 1 ed. São Paulo: Editora 34, 1996.

PESSOTTI, Isaias. **Os nomes da loucura**. 1 ed. São Paulo: Editora 34, 1999.

PIRES, Joyce F.; RESENDE, Laura L. de. Um Outro Olhar Sobre A Loucura: A Luta Antimanicomial No Brasil E A Lei N.10.216/2001. **Cad. Esc. Dir. Rel. Int. (Unibrasil)**, Curitiba, v. 2, n. 25, p. 34-47, 2016.

PRADO, Alessandra M.; SCHINDLER, Danilo. A medida de segurança na contramão da Lei de Reforma Psiquiátrica: sobre a dificuldade de garantia do direito à liberdade a pacientes judiciais. **Revista Direito GV**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 628-652, 2017.

FILHO, Kleber P.; LEMOS, Flavia Cristina S. Uma breve cartografia da luta antimanicomial no Brasil. **Contemporânea – Revista de Sociologia da UFSCar**, São Paulo, v. 2, n. 1 p. 45-63, 2012.

RAMMINGER, Tatiana. A saúde mental do trabalhador em saúde mental: um estudo com trabalhadores de um hospital psiquiátrico. **Bol. da Saúde**, Rio Grande do Sul, v. 16, n. 1, p. 111-124, 2002.

ROUDINESCO, Elisabeth. **Dicionário de Psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

SENADO FEDERAL. **Internação involuntária/compulsória**. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/manualdecomunicacao/estilos/internacao-involuntaria-compulsoria>. Acesso em: 15/05/2023.

SERAPIONI, Mauro. Franco Basaglia: biografia de um revolucionário. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**. Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 1169-1187, 2019.

SILVA, Guilherme B. da; HOLANDA, Adriano F. de; RIBEIRO, Gessica G. Legislação Em Saúde Mental No Brasil (1966-2001): Trajeto Das Campanhas De Saúde Às Reformas Na Assistência. **Revista PsicoFAE**, Curitiba, v. 6, n. 1, p. 13-30, 2017.

TEIXEIRA, Manoel O. L. Pinel e o nascimento do alienismo. **Estud. pesquis. psicol**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 540-560, 2019.

YASUI, Silvio. **Rupturas e encontros desafios da reforma psiquiátrica brasileira**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.