

A CULTURA MANICOMIAL NOS HOSPITAIS DE CUSTÓDIA.

Rafaela Manzanares Tupinambá de Oliveira (IC) e Jessica Pascoal Santos Almeida (Orientador)

Apoio: PIVIC Mackenzie

RESUMO

A reflexão acerca da legitimidade de os hospitais de custódia à luz da proibição de instituições de caráter asilar, assume um patamar de substancial importância no contexto da saúde mental e do sistema prisional. Após vinte e três anos desde a promulgação da lei antimanicomial no território brasileiro, cujo intuito reside na substituição dos hospitais de custódia por serviços comunitários voltados ao zelo pela saúde mental, ainda se constata a presença desses estabelecimentos que se destinam a acolher indivíduos inimputáveis e portadores de patologias clínicas coadunadas a transtornos mentais, os quais perpetraram atos transgressores e estão submetidos a medidas de segurança. A Lei nº 10.216, supracitada, representa um marco de significativa magnitude na batalha pela salvaguarda dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, delineando princípios e diretrizes que norteiam a assistência psiquiátrica no país. Essa legislação preconiza a adoção de medidas preventivas buscando coibir violações e assegurar prerrogativas aos enfermos mentais, objetivando fomentar um tratamento humanizado no âmbito comunitário, almejando superar o paradigma asilar e a exclusão social. Todavia, a realidade atesta a ineficácia destas normativas legais e a contínua perpetuação de práticas inadequadas nos hospitais de custódia, que emanam resquícios da cultura manicomial e de suas abordagens punitivas, negligenciando a abordagem humanitária e a reintegração dos indivíduos à sociedade. Essa situação engendra um leque de questionamentos que serão abordados na presente pesquisa, concernentes à validade jurídica desses estabelecimentos e suas características, visto que a proibição de instituições asilares figura como um dos pilares basilares da legislação antimanicomial.

Palavras-chave: Características asilares. Hospitais de custódia. Ilegalidade.

ABSTRACT

The reflection on the legitimacy of custody hospitals in light of the prohibition of asylum-like institutions assumes a substantial level of importance in the context of mental health and the prison system. Twenty-three years after the promulgation of the anti-asylum law in Brazilian territory, which aims to replace custody hospitals with community services focused on mental health care, the presence of these establishments designed to accommodate individuals who are not criminally responsible and suffer from clinical pathologies associated with mental disorders, and who have committed transgressive acts and are subject to security measures, is still observed. The aforementioned Law No. 10,216 represents a significant milestone in the

battle to safeguard the rights of people with mental disorders, outlining principles and guidelines that guide psychiatric care in the country. This legislation advocates the adoption of preventive measures to curb violations and ensure prerogatives for the mentally ill, aiming to promote humane treatment within the community, with the goal of overcoming the asylum paradigm and social exclusion. However, reality attests to the ineffectiveness of these legal norms and the continued perpetuation of inadequate practices in custody hospitals, which emanate remnants of the asylum culture and its punitive approaches, neglecting the humanitarian approach and the reintegration of individuals into society. This situation raises a range of questions that will be addressed in this research, concerning the legal validity of these establishments and their characteristics, as the prohibition of asylum-like institutions stands as one of the fundamental pillars of anti-asylum legislation.

Keywords: Asylum-like characteristics. Custodial hospitals. Illegality.

1. INTRODUÇÃO

Um aglomerado de mulheres e homens em estado deplorável, com cabelos em desalinho e corpos notavelmente enfraquecidos. Os homens usavam trajes em frangalhos, suas cabeças estavam completamente raspadas, e caminhavam descalços. Um bom número deles encontrava-se despido. Bebiam a água proveniente do esgoto que fluía sobre o pátio do estabelecimento. Nas banheiras coletivas, em vez de água, havia fezes e urina, com odor insuportável.

Essa realidade tem o potencial de ilustrar a concretude dos campos de concentração estabelecidos na Alemanha nazista em meados de 1933, ou possivelmente evocar as representações cruéis do Inferno de Dante, como vividamente retratadas na obra *A Divina Comédia*, datada do século XIV, que delinea os círculos concêntricos que se aprofundam progressivamente até o núcleo da Terra. Todavia, descreve a dolorosa realidade dos hospitais de custódia no contexto nacional com base no livro *Holocausto Brasileiro*, elaborado por Daniela Arbex no ano de 2013 (ARBEX, 2013). Essas instituições, com características ímpias e dissonantes, ecoam e refletem uma realidade não tão afastada, retratando o funesto destino de inúmeros indivíduos aprisionados entre os muros do Hospital Colônia, confinados compulsoriamente, despojados de identidade, com as cabeças desprovidas de cabelos, desnudos e alijados de vestes, findando seus dias em uma condição de anônima miséria.

Preponderantemente, tal como a supracitada obra documental evidencia, a maioria dos internos nem sequer tinha problemas mentais; eram indivíduos que desafiavam o poder de várias maneiras, através de sua orientação sexual, ocupação ou escolhas de vida. Sofriam abusos brutais, eram forçados a comer ratos e beber urina, eram espancados e muitas vezes deixados ao relento em condições adversas. Muitos morreram devido à fome, ao frio e a tratamentos como eletroconvulsoterapia, que causavam quedas na rede elétrica local, dada tamanha intensidade. Além disso, após a morte, muitos corpos foram vendidos a instituições acadêmicas ou submetidos à decomposição ácida para fins lucrativos. Em tese, os manicômios emuladores da solidão, das sombras, da ausência de uma saída e do sofrimento inenarrável foram banidos através da promulgação da Lei nº 10.216 de 6 de abril de 2001, que almejou a reformulação do modelo assistencial prestado em território brasileiro. Entretanto, apesar dessa proibição normativa, tais entidades continuam a operar, revelando a persistência de omissão e crueldade por parte do Estado, mesmo sob o resguardo de regulamentação legal (BRASIL, 2001).

Na sequência desta pesquisa, direcionar-se-á nossa atenção à viabilidade de aplicação de medidas punitivas, analisando a possível ilicitude dos hospitais de custódia. Nesse contexto, meticulosamente confrontar-se-ão suas características asilares com os

parâmetros delineados na Lei nº 10.216/01, a qual veda a instituição de entidades de tal natureza (BRASIL, 2001).

2. DESENVOLVIMENTO DO ARGUMENTO

2.1. DA LOUCURA, PERICULOSIDADE, PENA E MEDIDA DE SEGURANÇA

De maneira concisa, delinear-se-ão os conceitos em questão e suas interconexões, visando proporcionar um contexto esclarecedor e abrangente. É imprescindível destacar que, não obstante à busca por uma padronização terminológica, os vocábulos em discussão têm suscitado uma multiplicidade de interpretações, uma vez que a loucura e suas ramificações têm sido histórica e frequentemente mal compreendidas.

Começar-se-á pela loucura. Através da meticulosa obra intitulada *História da Loucura na Idade Clássica*, Foucault se aprofunda na análise da marginalização desses indivíduos, não se detendo meramente ao escrutínio do conceito literal da loucura, mas sim ao racional subjacente a essa exclusão seletiva, que perdura até os dias atuais. Durante o período Clássico, Foucault afirma que a loucura passou a ser apreendida como um fenômeno de desordem social e uma ameaça ao Estado, abordagem essa que emergia da propensão da sociedade em repudiar formas de inutilidade no contexto social (FOUCAULT, 1963). Percebe-se um padrão quando se tem conhecimento de que nos 26 Estabelecimentos de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (ECTPs) do país, no ano de 2011, a população preta e parda representava 44% (1.782) do total de indivíduos alojados nessas instituições, e os níveis educacionais correspondentes refletiam padrões previsíveis: 23% (933) eram analfabetos; 43% (1.713) possuíam ensino fundamental incompleto; 13% (534) haviam concluído o ensino fundamental; 6% (226) alcançaram o ensino médio; e 0,8% (33) detinham formação superior (DINIZ, 2011).

É perceptível a contínua tendência de direcionar medidas punitivas aos estratos mais vulneráveis da sociedade, inclinação que frequentemente atinge indivíduos que sequer receberam um diagnóstico adequado. Essa ponderação suscita a interrogação acerca da possibilidade de se conceber a loucura como uma condição que é imposta àqueles que desafiam os interesses dos detentores do controle, ecoando assim padrões históricos preexistentes, reforçando a natureza racista das medidas de segurança desde suas origens (CAETANO, 2018).

Já a doença mental para o direito penal brasileiro deve abranger a alteração mental, apta a comprometer a capacidade de entendimento, independentemente de seus motivos e causas. Queiroz (2020) alude o termo "doença mental" a um estado de perturbação psíquica

que compromete a capacidade de compreensão no momento da execução do ato delituoso. Esse conceito estabelece uma relação intrínseca com o atributo de periculosidade, noção abstrata que se interconecta de forma complementar através da manifestação de uma suposição de risco decorrente de desordens ou enfermidades mentais, passível de estar associada a preconceitos em relação à condição de insanidade mental ao vinculá-la a uma iminente ameaça, frequentemente amalgamando-se com o próprio transtorno psíquico.

Essa associação muitas vezes possibilita a imposição de medidas de segurança, o que é problemático em face da danosa fundamentação da periculosidade, que encontra respaldo na corrente de pensamento do positivismo criminológico, e, inclusive, encontra-se enraizada em preceitos de matriz lombrosiana¹ (CAETANO, 2018).

Essa abordagem pode ocasionar uma série de incongruências e desdobramentos negativos, especialmente no âmbito das sanções penais, apresentadas abaixo, e das potenciais implicações jurídicas nos cenários práticos. Ademais, é crucial enfatizar que, após a promulgação da Lei da Reforma Psiquiátrica, a teoria da periculosidade, mais do que nunca, deveria ser considerada obsoleta, pois, de certo modo, relega a um plano secundário os indivíduos afetados por desequilíbrios mentais e subestima os princípios legais que invalidam a prática da internação psiquiátrica involuntária (CAETANO, 2018).

Já com relação às espécies de sanção penal, que diretamente se relacionam com a convivência dos inimputáveis socialmente, existem três no ordenamento jurídico brasileiro:

- 1) a pena (que se destina aos imputáveis);
- 2) a medida de segurança (que se destina aos inimputáveis ou semi-imputáveis, e pode ser cumprida tanto em liberdade, de maneira ambulatoria, quanto com a imposição de custódia, que se refere à internação nos antigos manicômios judiciários)
- 3) e a medida socioeducativa (que se destina aos menores de idade que infringem a lei). (ALMEIDA, 2019).

Esta pesquisa tem como ênfase os inimputáveis, que não são passíveis de pena, definidos através do ordenamento como agentes que, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, eram, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente

¹ “Cesare Lombroso, munido de um conjunto teórico que procurava demonstrar as raízes primitivas dos infratores, conduziu suas investigações em prisões e instituições psiquiátricas no sul da Itália, utilizando o método científico indutivo característico das ciências naturais, por meio de observação e experimentação. Lombroso rapidamente percebeu em seu objeto de estudo (criminosos e doentes sob custódia) traços comuns que o levaram a relacionar as causas do crime com a degeneração dos indivíduos primitivos” (GÓES, 2016, p. 110).

incapazes de entender o caráter ilícito do fato (BRASIL, 1940). Para que se fique compreendido o motivo de os inimputáveis serem impassíveis de penalidade, é necessário pontuar o conceito de pena, que, apesar de ser diverso, circunda a mesma ideia: restrição ou privação de um bem jurídico, aplicada por uma autoridade governamental ao autor de um ato típico, punível e culpável. E vale ressaltar, de caráter retributivo, como afirma Soler (1992): “Sanção afliativa imposta pelo Estado, através da ação penal, ao autor de uma infração (penal) como retribuição de seu ato ilícito, consistente na diminuição de um bem jurídico e cujo fim é evitar novos delitos” (SOLER, 1992, p. 324).

Vale ressaltar a palavra retribuição no conceito supracitado, visando entender o intuito da pena e sua potencial diferenciação com relação à medida de segurança direcionada aos inimputáveis. Há ampla discussão na doutrina com relação à sua natureza jurídica, não havendo, portanto, consenso integral ao definir sua natureza como espécie de sanção penal, ou não, apesar de, neste trabalho, a partir do aprofundamento no conceito, partir-se do pressuposto de que, sim, há atribuição de natureza penal às medidas de segurança, levando em consideração suas características e os dados trabalhados (CAETANO, 2018). Contudo, teoricamente há uma evitação na comparação da pena com a medida de segurança, pois desde a redação original do Código Penal, em 1940, sabe-se que a intenção das medidas de segurança não é, ou não deveria ser, retributiva, mas sim tratativa, visto que o inimputável não possui sã consciência quando realiza seu ato.

Apresentados os conceitos, para compará-los, é intrínseco entender que, diferentemente da pena, que possui a culpabilidade como fundamento dogmático, a medida de segurança possui como tal a ideia hipotética de periculosidade, configurando tratamento clínico de natureza compulsória no campo da saúde mental, como aprofundado na tese de doutorado: *Inclusão social nas medidas de segurança – modelos e práticas envolvendo pessoas com transtorno mental implicadas com a justiça criminal*, escrita pela jurista Jéssica Pascoal Santos Almeida, excepcional orientadora da presente pesquisa. Em seu trabalho, analisou as diferenças entre os programas de atenção integral e o modelo tradicional previsto na legislação brasileira a partir das práticas de inclusão adotadas em ambas.

A partir da tese supracitada, que evidencia e estuda minuciosamente esses cenários, potencialmente, entende-se que as medidas de segurança são muito mais graves do que as penas privativas de liberdade, pois aos imputáveis existem diversas possibilidades de cumprimento de pena, como o regime aberto, a pena alternativa e outras possibilidades, além do fato de que as penas possuem tempo determinado. Por essa razão, muitos juristas e estudiosos entendem o caráter punitivo e retributivo da medida de segurança, não a distinguindo da pena e, por vezes, a colocando como mais danosa, visto que o enfermo possui a necessidade de ser tratado e ressocializado, e em nenhuma hipótese punido. Frágil, por

exemplo, um dos mais destacados advogados criminalistas e juristas do Brasil, entende que não há distinção entre ambas.

Ela também representa perda de bens jurídicos, e pode ser, inclusive, mais aflictiva do que a pena, por ser imposta por tempo indeterminado. Toda medida coercitiva imposta pelo Estado, em função do delito e em nome do sistema de controle social, é pena, seja qual for o nome ou a etiqueta com que se apresenta. (FRAGOSO, 1985, p. 549).

Zaffaroni, ex-ministro da Suprema Corte da Argentina, afirma que se trata de pena toda sanção jurídica ou imposição de punição vinda do Estado, o que não se enquadra em modelos de solução para o conflito de outros ramos do direito (ZAFFARONI, 2001, p. 203), seria, portanto, a medida de segurança para ele uma espécie de pena. O Supremo Tribunal Federal (STF) demonstrou, através do julgamento do Agravo em Execução nº 628.658/RS, que as medidas de segurança possuem caráter de sanção penal, já que, por unanimidade, decidiu-se pela legitimidade jurídica da concessão do indulto (art. 84, XII, da CF) pelo Presidente da República em favor de pessoa que é submetida à medida de segurança (BRASIL, 2011). Ora, se a medida de segurança não possuísse a natureza jurídica de sanção penal, como haveria admissão da possibilidade de indulto?

Em suma, os conceitos abordados (loucura, periculosidade, pena e medida de segurança) estão intrinsecamente conectados, havendo, por vezes, uma sobreposição mais significativa do que seria desejável. É crucial evitar confundir o conceito de medida de segurança com o de pena, visto que é a partir da análise da diferenciação desses conceitos que se percebe que a dinâmica destas deveria ser inteiramente distinta, enfocando a medida de segurança no tratamento em liberdade devido à sua natureza terapêutica. Contudo, como previamente mencionado, o fundamento da periculosidade e a falta de determinação temporal na aplicação da medida de segurança, assim como as condições enfrentadas pelos indivíduos durante a internação compulsória e as limitações nas soluções oferecidas para os enfermos nessas instituições, acabam por demonstrar aspectos de natureza retributiva, revelando, assim, a verdadeira essência de uma sanção penal. Lamentavelmente, muitas autoridades, não apresentam adequadamente opções de recursos extra-hospitalares como alternativa para os pacientes, o que será devidamente aprofundado na próxima seção desta pesquisa

2.2. A Lei nº. 10216/01 e a realidade manicomial

No contexto das internações psiquiátricas, é importante mencionar que existem três tipos: a voluntária, a involuntária e a compulsória. A terceira é caracterizada por ser determinada pela justiça, abrangendo a medida de segurança e sendo indicada quando os

recursos extra hospitalares se mostram insuficientes. No direito brasileiro, existe a previsão da internação psiquiátrica por ordem judicial em duas hipóteses: a) como medida de segurança, aplicada nos termos do art. 97 do Código Penal; b) e como medida cautelar alternativa à prisão, conforme prevista no art. 319, inciso VII, do Código de Processo Penal, conforme abaixo.

CP 1940

Art. 97. Se o agente for imputável, 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. (Redação dada pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984)

Prazo

§ 1º - A internação, ou tratamento ambulatorial, será por tempo indeterminado, perdurando enquanto não for averiguada, mediante perícia médica, a cessação de periculosidade. O prazo mínimo deverá ser de 1 (um) a 3 (três) anos. (Redação dada pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984)

Perícia médica

§ 2º - A perícia médica realizar-se-á ao termo do prazo mínimo fixado e deverá ser repetida de ano em ano, ou a qualquer tempo, se o determinar o juiz da execução. (Redação dada pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984)

Desinternação ou liberação condicional

§ 3º - A desinternação, ou a liberação, será sempre condicional devendo ser restabelecida a situação anterior se o agente, antes do decurso de 1 (um) ano, prática fato indicativo de persistência de sua periculosidade. (Redação dada pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984)

§ 4º - Em qualquer fase do tratamento ambulatorial, poderá o juiz determinar a internação do agente, se essa providência for necessária para fins curativos. (Redação dada pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984)

Substituição da pena por medida de segurança para o semi-imputável (BRASIL, 1940).

CPP 1941

Art. 319. São medidas cautelares diversas da prisão: (Redação dada pela Lei nº 12.403, de 2011).

VII - internação provisória do acusado nas hipóteses de crimes praticados com violência ou grave ameaça, quando os peritos concluírem ser imputável ou semi-imputável (art. 26 do Código Penal) e houver risco de reiteração; (Incluído pela Lei nº 12.403, de 2011) (BRASIL, 1941).

A lei número 10.216/01, de 6 de abril de 2001, buscou redirecionar o modelo assistencial em saúde mental no Brasil visando à proteção e garantia dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, aspirando, principalmente, o tratamento em liberdade, e tendo como objetivo a reinserção social do paciente e o envolvimento e fortalecimento de seus vínculos familiares e sociais, que, vale ressaltar, é parte essencial no tratamento, pois é necessário que a psique não saudável possua sua rede de apoio próxima em conjunto com a intervenção de medicamentos e o acompanhamento médico; tudo isso, preferencialmente, em liberdade, sem perder sua identidade, focando o tratamento em uma rede de atenção psicossocial estruturada em unidades de serviços comunitários e abertos (CAETANO, 2018).

Essa conversão dos manicômios para serviços de atenção psicossocial propõem uma alteração da sociedade como um todo, já que é necessária uma participação política ativa por parte da comunidade, fornecendo apoio, inclusão e compreensão através de dispositivos coletivos que propiciem uma mudança lúdica social, por intervenção da desospitalização e da desinstitucionalização da loucura (BICALHO, 2005).

Dessa maneira, como a norma implica, com as autoridades dando oportunidade para que os pacientes sejam tratados em liberdade, divergindo da internação compulsória em hospitais, são percebidos inúmeros benefícios para o tratamento e o comportamento desses indivíduos. Como será discutido em detalhes na próxima seção, pois a realidade desses ambientes não apenas prejudica o tratamento, mas também agrava o estado dos pacientes, levando-os a necessitar de cuidados adicionais, não apresentando, inclusive, os pilares essenciais de um tratamento psiquiátrico eficaz: apoio familiar, liberdade e tratamento humanizado.

Com base nisso, entende-se que a internação está prevista como recurso terapêutico e pode ser necessária no atendimento à pessoa com transtorno mental, contudo, possui caráter excepcional e, como futuramente apresentado, exige laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos, só podendo ser instaurada, inclusive, quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes; devendo visar a reinserção social do paciente em seu meio, oferecendo assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros; e não podendo, inclusive, haver internação em instituições com características asilares (BRASIL, 1940), o que ainda acontece, em face das condições de funcionamento dos manicômios judiciais brasileiros, como demonstraremos através dos dados colhidos através da tese de Diniz, de 2011. Em suma, o principal desafio apresentado reside no fato de que não somente não foi viável suprimir os estigmas asilares associados aos antigos hospitais de custódia, mas também uma considerável parcela das antiquadas abordagens terapêuticas, práticas culturais e atitudes preconceituosas. Como resultado, o regime de internação, originalmente concebido com a intenção de tratar e curar os enfermos, acaba por agravar ainda mais a condição dos pacientes através de suas características asilares, descritas e demonstradas na seção a seguir.

2.3. A confrontação entre a normativa legal e os dados empíricos: características asilares nos hospitais de custódia

A compreensão das características asilares nos hospitais de custódia requer a análise da legislação e dos dados empíricos. A Lei Antimanicomial define características asilares

como aquelas que não dispõem dos recursos mencionados no parágrafo segundo dessa legislação e que também não asseguram aos pacientes os direitos elencados no parágrafo único do art. 2º da mesma norma. Ou seja, características taxativas, elencadas abaixo que, se empregadas, comprometem o próprio objetivo da legislação: o enfrentamento do tratamento desumano e segregador conferido aos indivíduos portadores de transtornos mentais e a busca por estabelecer um cuidado mais humanizado e respeitoso por meio de ambientes terapêuticos apropriados, conforme transcrito abaixo:

CP 1940

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros (BRASIL, 1940).

Lei N. 10.216, DE 6 de abril de 2001.

Artigo 2º, 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 (BRASIL, 2001).

Em 2013, de acordo com o censo dos Estabelecimentos de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (ECTPs), estudo quantitativo e qualitativo que empregou a técnica de análise documental dos dossiês das pessoas internadas nos 26 ECTPs do país em 2011, constatou-se que o Brasil contava com 23 manicômios judiciários e três alas de tratamento psiquiátrico em presídios. Nesse contexto, estima-se que 3989 homens e mulheres viviam em regime de clausura para tratamento psiquiátrico compulsório por determinações judiciais no território nacional (DINIZ, 2011). E, a partir deste momento na pesquisa, haverá destaque para a discrepância entre os dados empíricos e as imposições normativas.

Inicialmente, constata-se que pelo menos 741 dos internos não deveriam estar submetidos a qualquer forma de restrição de liberdade, tal circunstância ocorre em virtude de diversas razões, tais como a comprovação do término da periculosidade através de laudos

técnicos, a determinação de desinternação por decisão judicial, a internação sem a devida fundamentação processual ou, ainda, a extinção da medida de segurança aplicada (DINIZ, 2011). Essa situação flagrante e alarmante evidencia uma clara e inegável violação aos preceitos estabelecidos nos incisos II, VIII e III do parágrafo único, do artigo segundo da Lei Antimanicomial, incisos que versam sobre qual o tratamento terapêutico a ser conferido ao enfermo, demandando a utilização de métodos minimamente invasivos, permeados pela humanidade e pelo respeito, com o objetivo de favorecer o bem-estar de sua saúde e almejar sua plena recuperação mediante a reintegração familiar, laboral e comunitária, dando preferência aos serviços comunitários de saúde mental e os protegendo contra qualquer forma de abuso e exploração (BRASIL, 2001). Concomitantemente, essa realidade dantesca igualmente reflete um indubitável descaso para com os cidadãos sob custódia, considerando que um quarto daqueles indivíduos internados sequer deveria estar sujeito à condição de reclusão em estabelecimentos prisionais (DINIZ, 2011).

Por conseguinte, torna-se imprescindível assinalar que dentre os indivíduos acometidos por internação, figura uma cifra de 1194 casos nos quais os laudos psiquiátricos ou exames de cessação de periculosidade experimentam latente atraso, acarretando indivíduos sujeitos a medida de segurança sem que haja plena clareza quanto à cabal necessidade dessa segregação. Tal deficiência informacional, de forma irrefutável, caracteriza principalmente violação ao preceito insculpido no inciso VII do parágrafo único, artigo segundo da norma em apreço, não obstante importar em transgressão também ao inciso I desse mesmo parágrafo, eivando-se da ausência de pronta e adequada prestação de informações acerca da condição de saúde e tratamento dos pacientes em tela e, portanto, ao não fornecimento de tratamentos consentâneos às necessidades dos pacientes, já que nem sequer se sabem suas necessidades.

Relativamente a essas informações, as motivações subjacentes à perpetuação desses indivíduos em tal quadro encontram-se, efetivamente, envoltas em incógnitas, contudo, permitindo-se conjecturar que tal cenário possa resultar de negligência no que tange à confluência entre indigência e aflição mental no escopo da realidade brasileira, consoante às assertivas elucidadas pela pesquisadora Diniz em sua pesquisa intitulada *A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil*. O referido estudo explicita dados que revelam uma indubitável "estrutura inercial" no âmbito do modelo psiquiátrico-penal vigente no país, haja vista que, conforme mencionado, 41% dos exames de cessação de periculosidade estão em atraso e estendem-se por cerca de 32 meses, desconsiderando a praxe regulamentar de temporalidade inferior de que o prazo médio de aguardo por um laudo psiquiátrico perdura por dez meses, desatendendo, irrefutavelmente, o prazo máximo de 45 dias estabelecido pelo artigo 150, § 1º do Código de Processo Penal (DINIZ, 2011).

Não obstante, 7% dos indivíduos se encontram sujeitos a uma sentença de desinternação, mas, paradoxalmente, permanecem sob regime de internação, o que configura uma violação ao disposto no inciso IX da norma vigente, que estabelece o imperativo de que o custodiado seja atendido prioritariamente em serviços comunitários de saúde mental. Também, 16% dos indivíduos ainda não foram sequer diagnosticados, o que se mostra contraditório, uma vez que o propósito da internação compulsória, em tese, visa à promoção da saúde e ao tratamento adequado dos pacientes (DINIZ, 2011)

Complementarmente, com base nos dados provenientes da pesquisa supracitada, constata-se que as informações relativas ao número de indivíduos em regime de internação apresentam divergências significativas entre o Departamento Penitenciário Nacional, as secretarias estaduais e os estabelecimentos penais, cenário este que denota uma considerável falta de organização no que concerne ao controle dos internos e à correta compilação de seus dados, o que sublinha a urgente necessidade de medidas para aprimorar a coleta, o armazenamento e a divulgação desses dados de maneira consistente e confiável.

Além disso, ainda que haja um aparente equilíbrio entre as entradas e saídas de internos ao longo dos anos, é relevante observar que, ao se considerar as mortes ocorridas entre os custodiados, é possível inferir que a quantidade de indivíduos que ingressam no sistema é notavelmente superior àqueles que conseguem deixá-lo com vida. Essa constatação levanta questionamentos acerca da efetividade dos cuidados médicos e das condições de saúde e segurança oferecidas aos detentos durante o período de internação (ALMEIDA, 2019).

Ademais, é importante ressaltar que uma parcela significativa dos custodiados, ao considerar a natureza dos delitos cometidos, encontrava-se detida por períodos muito além do que seria previsto caso tivessem sido condenados. Tal fato, aliado às demais constatações da pesquisa, evidencia o caráter degradante e retributivo das medidas de segurança adotadas. Destacam-se, inclusive, dentre os casos analisados, duas situações que chamaram particularmente a atenção: um homem esteve sob medida de segurança por tentativa de furto durante 32 anos, sendo que a pena máxima prevista, caso fosse imputável, seria de apenas 2 anos e 8 meses; e em outro exemplo, um homem cumpriu medida de segurança por homicídio culposo durante 31 anos, embora a pena máxima em abstrato para esse delito seja de apenas 3 anos. Essas discrepâncias reforçam a necessidade de revisão e aprimoramento das políticas de segurança e de tratamento a esses indivíduos, visando assegurar a justiça e a adequação das medidas aplicadas, pois a coercitividade do tratamento e sua imposição mitigando por tempo indeterminado a liberdade de ir e vir são elementos de claro conteúdo retributivo. E a doutrina atribui à medida de segurança uma finalidade preventiva que a legitima (ALMEIDA, 2019).

Com enfoque novamente nos dados, é pertinente ressaltar que entre os internos analisados, aproximadamente 70% não contavam com a implementação de projetos terapêuticos individualizados, evidenciando uma notória lacuna na abordagem de tratamento personalizado; 53% dos psicólogos que exerciam suas funções no estabelecimento em questão declararam que o atendimento não estava em consonância com os princípios da reforma psiquiátrica; 6% dos internos sequer tinham acesso a um profissional psicólogo (DINIZ, 2011), caracterizando, portanto, uma patente violação ao disposto no inciso V do mencionado parágrafo, o qual garante ao custodiado o direito à presença médica em qualquer momento com vistas a avaliar a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária, sendo que apenas 12% dos funcionários relataram que a unidade prisional havia sido influenciada pelo novo modelo de atenção e cuidado preconizado pelas diretrizes vigentes, o que denota uma preocupante distância das práticas alinhadas a esse modelo em vigor (DINIZ, 2011).

Já com relação ao inciso I do mesmo parágrafo, verifica-se igualmente a ocorrência de violações significativas, pois constatou-se que além da porcentagem que não acessava psicólogos, 35% dos custodiados não tinham acesso a atendimento ou acompanhamento por parte de seus familiares, o que contraria diretamente a premissa normativa que garante ao enfermo a possibilidade de acessar, teoricamente, o melhor tratamento disponível no sistema de saúde, de acordo com suas necessidades específicas. Essa carência na assistência e no apoio familiar pode comprometer consideravelmente a eficácia e a humanização do tratamento oferecido aos internos (DINIZ, 2011).

Já através do relatório da Pastoral Carcerária (2018), entidade vinculada à Igreja Católica e que atua no Brasil com o objetivo de promover ações pastorais e de solidariedade junto às pessoas privadas de liberdade, seus familiares e funcionários do sistema carcerário, faz-se referência aos 3 hospitais de custódia de São Paulo como "hospitais prisão", denominação atribuída devido às dinâmicas observadas nesses estabelecimentos, que apresentaram semelhanças às dos presídios. Foram constatados aspectos preocupantes, como a indeterminação temporal das medidas de segurança, o uso excessivo de psicofármacos, bem como a aplicação de práticas de punição e controle nos hospitais de custódia. Tais constatações levantam sérias questões quanto ao respeito aos direitos e à dignidade dos internos submetidos a medidas de segurança nessas instituições. Essas ações e dinâmicas violam, inclusive, o inciso III do parágrafo único, que visa assegurar a proteção do custodiado contra qualquer forma de abuso e exploração.

A Pastoral Carcerária, por meio desse relatório, busca sensibilizar a sociedade e as autoridades sobre as condições enfrentadas pelas pessoas encarceradas, bem como promover a defesa dos direitos humanos e a busca por melhorias no sistema carcerário brasileiro. O relatório ainda menciona que os hospitais de custódia são instituições fora da lei,

que mantém pessoas na privação de direitos, provando haver, inclusive, uma semelhança entre o perfil dos custodiados e da população do sistema prisional comum, tendo havido um crescimento da custódia de dependentes químicos frequentemente acusados de terem se envolvido em delito contra o patrimônio ou comércio de drogas ilícitas.

Outrossim, a Pastoral Carcerária foi impedida de realizar visitas em determinados espaços, sob a alegação de questões de segurança. Considerando que a atividade primordial dessa organização é promover assistência religiosa, um direito fundamental de qualquer pessoa privada de liberdade, tal restrição viola o inciso VI do parágrafo único, que assegura o livre acesso aos meios de comunicação disponíveis. Essas constatações revelam sérias apreensões quanto ao respeito aos direitos dos custodiados, incluindo o acesso a tratamento adequado e à assistência religiosa (CAETANO, 2018).

Além de a realidade refletir uma constante violação à evitação de características asilares, elas, inclusive, violam outros textos normativos, como o Estatuto da Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2015), que busca proteger o deficiente contra toda forma de negligência e tratamento degradante e os próprios direitos fundamentais, reafirmando a necessidade de se instaurar a proibição da internação compulsória em hospitais de custódia, já que, como demonstrado à exaustão, esses locais produzem o que a norma busca proibir – portanto, deveriam ser proibidos.

2.4. Dispositivos substitutos

Devido ao não cumprimento das condições necessárias para receber tratamento em outro dispositivo de saúde mental, nos hospitais de custódia inexistem vagas e oportunidades de estudo para os interessados, e, com frequência, ocorre o que é conhecido como "efeito porta giratória", caracterizado pelo retorno dos custodiados ao hospital de custódia (ALMEIDA, 2019). Diante do conjunto de informações e dados apresentados, torna-se clara a necessidade de alterar o paradigma do tratamento de indivíduos com transtornos mentais. O antigo modelo de confinamento em manicômios deve ser substituído pela inclusão dessas pessoas na vida em sociedade por meio da efetivação dos dispositivos substitutivos vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS), que compõem a Rede de Atenção Psicossocial, conhecida como RAPS. Essa transformação é essencial para promover uma abordagem mais humanizada e integrada no cuidado com a saúde mental, garantindo aos pacientes uma maior dignidade e participação na sociedade.

Nesse aspecto, como recursos extra-hospitalares, é possível citar os programas de atenção integral em medidas de segurança (PAISMS), como o Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário Portador de Sofrimento Mental (PAIPJ) e o programa de Atenção

Integral ao Louco Infrator (PAILI), implantados a partir de modelos orientados fundamentalmente na lei antimanicomial e que tem demonstrado a possibilidade de se conduzir a medida de segurança fora dos estabelecimentos penitenciários, buscando viabilizar um tratamento clínico individualizado e substituir a custódia com o suporte da Rede de Atenção Psicossocial, ampliando o acesso à atenção psicossocial, a integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território para acolhimento, acompanhamento e atenção, e reinserindo essas pessoas na sociedade por meio do acesso ao trabalho, renda e moradia solidária. Trazendo, inclusive, resultados significativos nesse aspecto (ALMEIDA, 2019).

Na tese de doutorado *Inclusão social nas medidas de segurança – modelos e práticas envolvendo pessoas com transtorno mental implicadas com a justiça criminal*, a autora supracitada afirma que a execução penal das medidas de segurança pelos PAISMS (programas de atenção integral ao indivíduo em medida de segurança) representa uma via de superação do imperativo da internação, que se refere à obrigatoriedade da internação, apesar de não do imperativo do tratamento; ilustrando que a forma de superar a lógica punitiva dessa sanção penal é abolindo a medida de segurança do ordenamento jurídico.

Em decorrência das informações apresentadas, é possível firmar a conclusão de que os hospitais de custódia ostentam, com clareza, traços característicos asilares. Tal inferência baseia-se no relatório da Pastoral Carcerária (2018), na Pesquisa realizada por Diniz (2011) e por todas as outras bibliografias, análises e constatações destacadas, que evidenciam uma nítida semelhança com instituições asilares do passado.

A denominação de "hospitais prisão" atribuída a essas instituições, devido às dinâmicas assemelhadas às dos presídios, somada à indeterminação temporal das medidas de segurança, ao uso excessivo de psicofármacos, à aplicação de punição e controle e todas as outras características citadas, contribui para a percepção inequívoca de características asilares presentes em suas práticas.

2.5. Resolução número 487/2023

Em 15 de fevereiro de 2023, o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) promulgou uma resolução que estabelece a implementação da política antimanicomial no âmbito do Poder Judiciário. Essa medida busca harmonizar a atuação do sistema judiciário com as diretrizes nacionais e internacionais relativas aos direitos das pessoas que enfrentam transtornos mentais ou deficiência psicossocial em contexto jurídico. O Capítulo I desta resolução estabelece as disposições gerais relativas à implementação da política antimanicomial no âmbito do Poder Judiciário, tendo por escopo a instauração de procedimentos regulatórios destinados ao tratamento de indivíduos que apresentam transtornos mentais ou quaisquer

formas de deficiência psicossocial, os quais se encontram em variadas situações jurídicas. Abrangem-se nesse âmbito pessoas em regime de custódia, sujeitas a investigações, acusações, submetidas à prisão domiciliar, em cumprimento de penas ou medidas de segurança, bem como aquelas submetidas a alternativas penais, monitoramento eletrônico ou outras modalidades de medidas em ambiente não carcerário. A propósito, o escopo central desta política é assegurar, de maneira concreta, os direitos desses indivíduos (BRASIL, 2023).

Em termos conceituais, a resolução se debruça sobre a definição de termos relevantes. A noção de "pessoa com transtorno mental ou qualquer forma de deficiência psicossocial" diz respeito àquelas que enfrentam limitações psíquicas, intelectuais ou mentais, as quais, quando encontram barreiras de natureza atitudinal ou institucional, resultam na inviabilização da plena estruturação da vida dessas pessoas, gerando, ainda, sofrimento psíquico. Esse grupo apresenta demanda por cuidados no âmbito da saúde mental, independentemente de avaliação médico-legal ou da vigência de medidas de segurança. Para fornecer esses cuidados, destaca-se, além do RAPS, a "Equipe de Avaliação e Acompanhamento das Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP)". Essa equipe, de caráter multidisciplinar, assume a responsabilidade de acompanhar o tratamento ao longo de todas as fases do processo penal, buscando apoiar iniciativas e serviços voltados à atenção da pessoa com transtorno mental envolvida com o sistema judicial, garantindo, assim, o acesso à Rede de Atenção à Saúde (RAS) e viabilizando a integração com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Ademais, no texto são delineados os princípios e diretrizes que norteiam o tratamento conferido às pessoas com transtorno mental no contexto da jurisdição penal. Estes incluem o respeito incondicional pela dignidade humana, singularidade e autonomia de cada indivíduo, a rejeição a qualquer forma de discriminação e estigmatização, especialmente em relação aos aspectos interseccionais que impactam grupos como a população negra, LGBTQIA+, mulheres, cuidadores de crianças e adolescentes, idosos, migrantes, pessoas em situação de rua, povos indígenas e outros grupos tradicionais, bem como pessoas com deficiência.

Ademais, além de delinear as diretrizes da política antimanicomial, trata das audiências de custódia e da garantia da oportunidade de indicar alguém de seu círculo pessoal ou da rede de serviços públicos para acompanhá-la durante o ato judicial; da tentativa de manejo de crise pela equipe qualificada, envolvendo medidas emergenciais de saúde, como encaminhamento ao serviço adequado da Raps e ações de escuta e mediação; da avaliação da proporcionalidade do uso de algemas ou contenção física; da avaliação da necessidade e apropriação de medidas cautelares, levando em consideração a saúde da pessoa e evitando medidas que dificultem o tratamento ou sejam incompatíveis com a rotina de acompanhamento na rede de saúde; da garantia da realização de atividades que promovam

a autonomia da pessoa, como trabalho e educação; da autoridade judicial determinando a modalidade mais apropriada para o tratamento de saúde da pessoa acusada, considerando avaliações biopsicossociais, exames e cuidados em meio aberto; do tratamento ambulatorial priorizado em relação à internação, e a autoridade judicial acompanhando o tratamento em colaboração com a equipe multidisciplinar do juízo; da ausência de suporte familiar não ser um motivo para impor ou cessar o tratamento ambulatorial; da internação feita em locais de saúde mental apropriados, evitando instituições prisionais; da cessação da internação quando a equipe de saúde considera que não é mais necessária, com possibilidade de acompanhamento em liberdade; da avaliação da adequação da prisão em relação à demanda de saúde, considerando opiniões da equipe multidisciplinar, Ministério Público e defesa.

Já a seção V trata da desinstitucionalização. Dentro de seis meses após a entrada em vigor dessa resolução, a autoridade judicial revisará os processos para avaliar a possibilidade de extinguir medidas em curso, progredir para tratamento ambulatorial em meio aberto ou transferir para estabelecimentos de saúde adequados. Isso se aplica a casos relacionados à execução de medida de segurança, pessoas mantidas em estabelecimentos apesar da extinção da medida, e pessoas com transtorno mental ou deficiência psicossocial em prisões. As ações de desinstitucionalização serão apoiadas pelo Comitê Estadual Interinstitucional de Monitoramento da Política Antimanicomial e equipes conectoras qualificadas.

Nas disposições finais, recomenda-se a derivação de processos envolvendo pessoas com transtorno mental para programas comunitários ou judiciários de justiça restaurativa sempre que possível. Os Grupos de Monitoramento e Fiscalização do Sistema Carcerário (GMFs) podem realizar inspeções conjuntas, mobilizar a RAPS, fomentar a atuação do Poder Judiciário em coordenação com a EAP, entre outras ações. Recomenda-se a qualificação contínua de magistrados e servidores sobre saúde mental em colaboração com as Escolas de Magistratura. A Resolução também se aplica a adolescentes com transtorno mental sob medida socioeducativa, com adaptações.

O Conselho Nacional de Justiça dará suporte às ações dos tribunais, e o Departamento de Monitoramento e Fiscalização do Sistema Carcerário elaborará um Manual com Modelo Orientador CNJ para orientar a implementação da Resolução.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base nas conclusões deste estudo, os hospitais de custódia apresentam características asilares distintas, levantando questões sobre sua conformidade com as normativas vigentes. Os dados destacados, especialmente aqueles relacionados ao tratamento em saúde mental nas medidas de segurança e à legislação aplicável, indicam que,

apesar das diretrizes normativas, não houve mudanças substanciais na prática. Além disso, persistem internações sem justificativa legal e a manutenção de características asilares, resultando em sérias violações dos direitos dos pacientes.

Uma abordagem promissora para enfrentar essa problemática consiste na eliminação das medidas de segurança, obstruindo, assim, a ocorrência de internações de natureza asilar, frequentemente de caráter duradouro. Nesse sentido, urge a adoção compulsória do redirecionamento dos hospitais de custódia para as Redes de Atenção Psicossocial (RAPS). Entre as soluções extra-hospitalares, destacam-se os programas PAISMS, PAIPJ e PAILI, os quais são estruturados com base em fundamentos consagrados pela lei antimanicomial. Esses programas têm demonstrado sua capacidade de conduzir as medidas de segurança de maneira independente dos estabelecimentos penitenciários, proporcionando tratamento clínico individualizado e aderente aos princípios da norma antimanicomial, com o intuito de substituir o caráter custodial e proporcionar um acesso ampliado aos cuidados psicossociais. Ademais, busca-se a integração dos pontos de acolhimento, atendimento e acompanhamento, bem como a reintegração social desses indivíduos, através do acesso a trabalho, renda e moradia.

Nesse contexto, merecem menção as considerações do psicólogo Lucio Costa (COSTA, 2014), que enfatizam a importância do programa PAILI como notável esforço no âmbito da saúde pública brasileira, voltado para o desafio de trilhar novos caminhos em relação às pessoas com transtorno mental envolvidas com a lei. Em contraposição a diversas iniciativas que consolidaram serviços extra-hospitalares, como os CAPS, o PAILI destaca-se por ser o único programa na área sob a égide de uma Secretaria Estadual de Saúde, desprovido de parâmetros alternativos para referência ou avaliação de eventuais discrepâncias ou desvios.

Em resumo, a ilegalidade dos hospitais de custódia está relacionada às características asilares e à clara violação de direitos e sofrimento que ocorrem neles. Isso poderia ser evitado eliminando as medidas de segurança e adotando a abordagem oferecida pela RAPS. Isso enfatiza que o problema não está na necessidade de tratamento, mas sim na persistência de abordagens degradantes e ineficazes que ainda prevalecem no cenário brasileiro contemporâneo. Portanto, é fundamental preservar a individualidade dos pacientes durante as abordagens, uma vez que a falta de identificação como parte de um contexto maior pode levar à internalização dos estigmas atribuídos pela sociedade. A salvaguarda da individualidade e da dignidade é crucial para o sucesso das abordagens psiquiátricas, permitindo que os pacientes se recuperem em um ambiente acolhedor e respeitoso.

Diante do exposto, torna-se imperativo adotar medidas voltadas à erradicação das práticas asilares nos hospitais de custódia, promovendo a concretização de abordagens humanizadas na atenção à saúde mental em consonância com os princípios e normas que preservam os direitos humanos e em contraposição ao que é usualmente praticado.

4. REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Jéssica P. S. **Inclusão social em medida de segurança**: modelos e práticas envolvendo pessoas com transtorno mental implicadas com a Justiça Criminal. 2019. 207f. Tese (Doutorado em Direito) - Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2019.

ARBEX. Daniela. **Holocausto Brasileiro**. 1a. ed., Rio de Janeiro: Intrínseca, 2019.

BICALHO, Pedro P. G. **Subjetividade e abordagem policial**: por uma concepção de direitos humanos onde caibam mais humanos. 2005. 197f. Tese (Doutorado em Psicologia) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Rio de Janeiro, 2005.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. **Resolução nº 487, de 15 de fevereiro de 2023**. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/files/original2015232023022863fe60db44835.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2023.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Casa Civil. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 28 jun. 2021.

BRASIL. **Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940**. Código Penal. Rio de Janeiro, DF. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm. Acesso em: 10 jun. 2023.

BRASIL. **Decreto-Lei nº 3.689, de 03 de outubro de 1941**. Código de Processo Penal. Brasília, DF: Casa Civil. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil03/decreto-lei/del3689.htm> Acesso em: 10 fev. 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. Brasília, DF: Casa Civil. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 10 fev. 2023.

BRASIL. **Lei no 13.146, de 6 de julho de 2015**. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm. Acesso em: 10 fev. 2023.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Recurso Extraordinário nº 628.658/RS**. Julgamento do Agravo em Execução. Ministro-Relator Marco Aurélio. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/jurisprudenciaRepercussao/verPronunciamento.asp?pronunciamento=3535860>. Acesso em: 23 mar. 2023.

COSTA, Lucio. **Uma porta, várias saídas**: análise do processo de reorientação da atenção à saúde mental de pessoas com transtorno mental em conflito com a lei através do Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI). 2014. 129 f. Dissertação (Mestrado em Educação). Centro de Ciências Humanas e Biológicas, Universidade Federal de São Carlos. 2014.

DINIZ, Debora. **A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil**: censo 2011. Brasília: Letras Livres, 2013.

FOUCAULT, Michel. **História da Loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 2014.

MICHAELIS, **Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa**. Edição Eletrônica. Disponível em: <https://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/>. Acesso em: 22 abr. 2014.

PROVIDELLO, Guilherme. G. D; YASUI, Silvio. A loucura em Foucault: arte e loucura, loucura e desrazão. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, out.-dez. 2013, p. 1515-1529.

QUEIROZ, Paulo. **Direito Penal**: Parte Geral. 14. ed. Salvador: Juspodivm, 2020. v. 1. p. 396.

SÁ, Alvin August de. **Criminologia clínica e psicologia criminal**. 2a. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2010.

SILVA, Haroldo C. Reforma psiquiátrica nas medidas de segurança. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, v. 20, n. 1, 2010.

VENTURINI, Ernesto; OLIVEIRA, Rodrigo T.; MATTOS, Virgílio de. **O louco infrator e o estigma da periculosidade**. Brasília-DF: Conselho Federal de Psicologia, 2016.

Contatos: rafaelamanzanarest@gmail.com e jessica.pascoal@mackenzie.br