

## O BINÔMIO TRATAMENTO-SANÇÃO PENAL NO CUMPRIMENTO DA MEDIDA DE SEGURANÇA

David Allan Moraes Paz (IC); Jéssica Pascoal Santos Almeida (Orientadora)

Apoio: PIBIC Mackenzie

### RESUMO

Sabe-se ser isento de pena o agente que, por doença mental, era, ao tempo do ato-fato, inapto para discernir o lícito do ilícito ou lograr determinar-se em consonância com esse entendimento. Ao inimputável deve subsistir medida de segurança, providência não retributiva, afixada judicialmente e ancorada na intervenção clínica-terapêutica que dispõe do propósito de cessar a periculosidade do paciente. Entretanto, a averiguação de sua realidade indica uma penitência em detrimento do tratamento, com *modus operandi* prisional, ausência de qualquer intervenção terapêutica e tortura sistêmica como pilar institucional, o que acarreta uma medicalização desmedida, contenções infundadas e supressões de direitos básicos. A análise histórica demonstra que a loucura, com o passar do tempo, obteve perspectiva de incurabilidade, o que anexo ao atavismo deu base à psiquiatria brasileira para dissociar o louco-criminoso de um espaço hospitalar e enclausurá-lo em um espaço dúbio que era ao mesmo tempo prisão e manicômio, mitigando qualquer expectativa de cura. Todavia, na contemporaneidade, os fins da medida de segurança são estritamente curativos, os quais, no *dever ser*, consomem-se apenas com a emancipação, dignidade e restabelecimento da cidadania do paciente. Conclui-se, assim, pela impossibilidade de cumulação de tratamento em saúde mental e sanção penal na medida de segurança, sob risco de suprimir o próprio *ius puniendi*.

**Palavras-chave:** Medida de Segurança. Sanção Penal. Tratamento.

### ABSTRACT

It is known to be exempt from the penalty the agent who, due to mental illness, was, at the time of the act, incapable of discerning the licit from the illicit or being able to determine himself in consonance with this understanding. The non-imputable must have a security measure, a non-retributive measure, legally affixed and anchored in the clinical-therapeutic intervention that has the purpose of ceasing the patient's dangerousness. However, the investigation of its reality indicates penitence to the detriment of treatment, with prison *modus operandi*, absence of any therapeutic intervention, and systemic torture as an institutional pillar, which entails excessive medicalization, unfounded restraints, and suppression of basic rights. The historical analysis demonstrates that madness, over time, obtained a perspective of incurability, which attached to atavism gave the basis for Brazilian psychiatry to dissociate the criminally insane person from a hospital space and to enclose him in a dubious space that it was at the same time prison and asylum, mitigating any expectation of cure. However, in contemporary times, the purposes of the security measure are strictly curative, which,

as a matter of course, are consummated only with the patient's emancipation, dignity, and re-establishment of citizenship. It is concluded, therefore, that it is impossible to combine mental health treatment and criminal sanction in the security measure, at the risk of suppressing the *ius puniendi* itself.

**Keywords:** Security measure. Penal Sanction. Treatment.

## 1. INTRODUÇÃO

Pouco se sabe sobre Josefa da Silva. Era uma jovem de 18 anos quando respondeu penalmente por lesão corporal. Não há registros de sua vida pregressa e seu futuro seria de inteira enclausura. Zefinha era, isso se sabe, esquizofrênica e sobrevivia ao passar de seus dias com a aflitiva dicotomia entre a razão e o patológico. Por efeito de tal moléstia, quando dos fatos, não gozava discernir o lícito do ilícito ou lograva determinar-se em consonância com esse entendimento, sendo nos termos do art. 26, do Código Penal, isenta de pena. Entretanto, em defesa do *ius puniendi* e da seguridade social, subsistia sob Zefinha o ímpeto de uma responsabilidade jurídico-penal, manifestada por via da medida de segurança.

A medida de segurança na cognição doutrinária hodierna, cabe enunciar, é providência não retributiva, afixada judicialmente ao imputável e ancorada na intervenção clínica-terapêutica que dispõe do propósito de cessar a periculosidade do paciente e cumulativamente resguardar a sociedade desta potencialidade criminoso. Em síntese, fundamenta-se na doença mental e no fato lesivo, não eximindo-se de alcançar, *à priori*, um tratamento incessante capaz de remir a doença mental propiciadora da prática do ato-fato delituoso, contendo seus sintomas, de modo a viabilizar a ressocialização do autor do fato.

Contudo, Zefinha parece encontrar-se à mercê de tal desígnio remissivo, pois, a análise dos laudos psiquiátricos elaborados no decurso de sua internação indica um declínio contínuo e uma progressiva perda de sanidade. Em 1978, quando do primeiro laudo, anotou-se que Zefinha atendia de maneira gentil ao convite de ser entrevistada, encontrando-se lúcida e coerente. Trinta e três anos depois, Zefinha era prenunciada portadora de uma periculosidade incessante, “sem condições de gerir sua pessoa, devendo permanecer sob os cuidados de terceiros [...] não reúne condições de retorno ao convívio sociofamiliar. Recomenda-se a *continuidade do tratamento*” (DINIZ; BRITO, 2016, p. 14).

O mesmo saber psiquiátrico que lhe outorga razão, com a passagem do tempo, lhe infere clausura perene sob o fundamento de uma irremediável periculosidade. Zefinha, ao que parece, padece em uma penitência à revelia de um tratamento terapêutico com fins curativos. Assim, instigado com a narrativa de Zefinha e, pressupondo não ser uma conjuntura isolada, a presente pesquisa debruçou-se na averiguação do binômio tratamento-sanção no cumprimento da medida de segurança, tencionando sobretudo, averiguar a possibilidade de conciliação de tratamento em saúde mental e sanção penal em uma única providência penal.

Sob o propósito de conceber tal cognição, analisou-se de modo específico: *a.* a realidade da medida de segurança no Brasil e *b.* a expectativa de cura e as finalidades da medida de segurança. Para o exame proposto, fora empregada a metodologia de procedimento bibliográfico, por inferência da revisão de literatura, com abordagem prioritariamente qualitativa, a fim de propiciar uma análise categórica dos textos por via da dedução. Pertinente sublinhar

ainda, que a pesquisa em pauta é interdisciplinar, perquirindo conhecimentos jurídicos e psiquiátricos, porquanto, a compartimentação das ciências “isola as produções científicas em mundos absolutamente separados, estanques, pois a falta de comunicação entre as ciências teria como efeito a criação de visões obtusas sobre os objetos de conhecimento” (BITTAR, 2016, p. 43).

Logo, viabilizou-se em um primeiro momento, a análise de dez documentos que apresentam dados empíricos e denunciam a realidade excruciante da execução da medida de segurança nos Hospitais de Custódia brasileiros. À revelia da *praxe* constatada, esmiuçou-se, a seguir, a história da loucura com enfoque em seu aspecto curativo, a fim de demonstrar a evolução do saber psiquiátrico até a contemporaneidade que aponta, ao menos no *dever ser*, que a cura é um processo contínuo de emancipação e dignidade do paciente. Em considerações finais, tem-se a mitigação do objetivo proposto, findando a compreensão acerca da impossibilidade de conciliação de tratamento e sanção penal na medida de segurança, sob risco de infringir o próprio fundamento do *ius puniendi*.

*Dedico este pequeno escrito à dona Zefinha.  
Ao agente que se suicidou. Aos pacientes alienados  
em sua penitência, com sede, dopados e castrados.*

## **2. DESENVOLVIMENTO DO ARGUMENTO: A REALIDADE DO CUMPRIMENTO DA MEDIDA DE SEGURANÇA DE INTERNAÇÃO NO BRASIL**

Ante o propósito de apurar a possibilidade de conciliação de tratamento e sanção penal na medida de segurança de internação, há de se enfrentar primariamente, a realidade custodial brasileira, para verificar se o binômio em pauta vigora na *praxe* ou se a medida de segurança se consuma sob exclusiva expectativa curativa. Para tal fim, analisou-se dez documentos elaborados por grupos multiprofissionais, que elucidam dados empíricos atinentes a tal realidade, sem a imposição de recortes metodológicos, a fim de propiciar acesso a uma fotografia atemporal da realidade intramuros dos HCTPs brasileiros. Ressalva-se, ademais, que não incomum, cada documento referia-se a um hospital específico ou a um conjunto deles, o que será convenientemente ressaltado, a fim de clarear o caráter heterogêneo da realidade custodial.

Dos registros examinados, revelou-se ímpar a anotação da similaridade dos Hospitais de Custódia com os estabelecimentos prisionais, observando-se pela empiria, a adoção por aqueles da arquitetura e gerência destes. A Associação Brasileira de Psiquiatria constatou que por vezes, a própria localização da instituição encontra-se dentro do território prisional, o

que não apenas reproduz uma prisão, mas faz com que, literalmente, se esteja dentro de uma, submetendo os internos ao desarranjo de ora se verem como pacientes, ora como réus, não subsistindo tangível diferenciação entre tratamento e punição (ABP, 2010, p. 5).

À exemplo contínuo, ao tomar nota da estrutura do HCTP do Estado da Bahia, o Conselho Federal de Psicologia elucidou que a unidade ocupa uma antiga penitenciária do século XX, cujas instalações, guarnecidas com grades de ferro, resguardam características prisionais que não refletem um estabelecimento hospitalar (CFP, 2015, p. 25). Tal disposição arquitetônica amolda o falar e terminologias como “banho de sol”, “saidão” e “saidinha” são ditas com frequência, o que induzem a uma logicidade carcerária que subverte a ínfima ânsia de cura, possível de subsistir em uma medida que se diz curativa, mas, se consuma em um ambiente categoricamente penitenciário, com acomodações adoecedoras que desacatam as diretrizes do cuidado em saúde e atuam à revelia das legislações garantistas (MNPCT, 2018, p. 25).

Cumprido relatar, nesse sentido, que a concepção de enclausura expressa na arquitetura transpassa o *locus* e circunda também a equipe que nela atua. Os profissionais que cooperam com os pacientes em suas necessidades diárias, conduzindo e consumando a intervenção terapêutica mais adequada a cada um deles, não são eleitos por suas capacidades clínicas, mas pela aptidão em impor ordem e zelar por segurança. Dos registros analisados, observou-se a presença majoritária de agentes penitenciários, que são fortuitamente alocados nos hospitais, sem qualquer capacitação para atenderem internos em sofrimento mental.

A ausência de uma equipe multiprofissional centrada nos saberes psiquiátricos é capaz de mediocrizar o tratamento e acentuar marcas de violência e segregação. Em assombro, o grupo de trabalho do Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura, quando em uma visita ao Hospital Psiquiátrico São Vicente de Paulo, em Brasília, encontrou um bastão expansível tático, à vista e de fácil acesso por todos. Ao questionarem a gerência da unidade, foram informados que o bastão era para ocasiões que demandassem necessidade. Na íntegra, “os presos relataram rigidez excessiva dos funcionários, relataram que são truculentos e não respeitam direitos básicos, como respeito à honra e dignidade” (DPESP, 2018, p. 8).

Contudo, se faz necessário elucidar: os males da desídia são mútuos. Se aos pacientes remanesce um tratamento repressor perpetrado por agentes imperitos, estes operam em um ambiente hostil de sofrimento mental e, sem qualquer preparo, sucumbem a tal tormenta, padecendo progressivamente a cada dia de trabalho. Há relatos de síndrome do pânico, incessante (CFP, 2015, p. 50); uso de substâncias ilícitas, álcool e medicamentos para resistir as condições de trabalho; narrativas de retaliação e assédio moral contra aqueles que se opõem às convenções praticadas; adoecimento e eminência de suicídio:

Vários trabalhadores, também, fizeram o relato de que um profissional, no início de 2018, cometeu suicídio, e alegaram que esse episódio teria ligação com o adoecimento devido às condições de trabalho a que essa pessoa estava submetida. O que

chama atenção, nesse caso, é que, ao perguntar sobre esse suicídio, todas as pessoas entrevistadas relataram o adoecimento desse trabalhador a partir das condições de trabalho (MNPCT, 2018, p. 31).

Infere-se, portanto, que seja na segregação vivenciada pelo paciente ou no suplício subvertido do agente e, por vezes na convergência destes, há um déficit importante de recursos humanos de profissionais de saúde, sobretudo de psiquiatras clínicos, psicólogos e enfermeiros, perdurando a imperícia e a manutenção de um sofrimento bilateral. No melhor dos cenários, cumpre anotar, tem-se 1 (um) psicólogo para 21 (vinte e um) pacientes e, na mais aflitiva conjuntura, 1 (um) psicólogo para 104 (cento e quatro) pacientes (CFP, 2015).

Por efeito da ausência, não há a consumação ou mesmo a concepção de um projeto terapêutico, de modo a remanescer uma carente estratégia psicoterapêutica que se articule com o indivíduo ou intente a sua convalescência. Os dias dos internos pautam-se ao redor de um ócio crônico, uma perambulância infinda e um progressivo declínio de “mortificação individual e fortemente homogeneizador” (MNPCT, 2015, p. 12). A deliberada falta de ocupação erradica um possível anseio por cura, visto ser furtiva qualquer intervenção psiquiátrica ou fundamentada cientificidade em circular pelo pátio, se deitar na enfermaria ou aguardar a cessação da periculosidade em espécies de solitárias.

Bem assim, um estado de apatia e sonolência generalizados guarnecem tal liturgia. Dos relatórios apurados, constou-se de modo consoante a desmedida administração de psicofármacos, cuja ministração dá-se à revelia de um projeto terapêutico singular e egressa à saúde dos pacientes, mas cumpre os desígnios subjetivos de quem as desempenha. Com isso, enquanto a ausência acarreta uma paulatina degradação psíquica, o excesso de fármacos provoca esquecimentos, confusões, sonolência excessiva e fala pastosa, o que somados às características manicomial da instituição, têm como resultado um processo progressivo de aniquilação da individualidade.

Cumpre enumerar: 59% das unidades hospitalares não possuem adequada dispensação de medicamentos; 70% não alicerçam a medicalização em um projeto terapêutico, visto não possuírem estratégia singular para a intervenção; 53% não utilizam fármacos padrões, ou seja, os medicamentos são adquiridos de modo não programado/esporádico; e 46% não arquivam os registros psicológicos de seus pacientes, frustrando um acompanhamento no atinente à medicação e uma possível progressão do interno (CFP, 2015). Em essência, os psicofármacos são empregues como modo de punição àqueles que causam incômodos à instituição, sem cautela, parâmetro clínico, mas, a favor do controle.

Segundo narrativas dos próprios internos, é comum que pessoas que tenham se envolvido em algum conflito ou desrespeitado as arbitrarias regras institucionais sejam medicadas e contidas por longos períodos, em macas ou celas de castigo, com relatos, inclusive, de violências físicas por parte das equipes de saúde e segurança nesses processos (CARCERÁRIA, 2018, p. 46).

Logo, por vezes, quando inábil a medicalização, a contenção aufere elementar importância no controle da loucura e da periculosidade. Os pacientes são comumente contidos no leito através de faixas nos pés, mãos, peito e boca, na tentativa de reprimir os movimentos e resguardar o silêncio. À corroboração de uma realidade pungente, constatou-se ainda a prática atécnica e carente de respaldo científico da *contenção preventiva*, executada quando o paciente expressa alto grau de sonolência e ao deitar-se no leito – sem revelar qualquer perigosidade ou engendrar comportamento temerário – é preventivamente amarrado ao estrato apenas para conter eventuais riscos de queda. Tal prevenção pode perdurar por dias consideráveis, impondo ao interno urinar e defecar em seu próprio colchão e escoriar-se continuamente. É uma sistemática cíclica e ímpar de tortura em que se medica para induzir a sonolência e se amarra para tutelar da sonolência induzida.

A tortura militante no HCTP é heterogênea e se manifesta das mais pródigas maneiras, a suprimir direitos mais primitivos e o próprio juízo de sujeito de direito. Cabe enunciar: quando presenciado um comportamento hiper sexualizado, há a adoção da castração química (MNPCT, 2018, p. 37); tem-se comumente a mitigação do direito à intimidade ou a viabilidade de subsistir alguma privacidade, à vista de 59% das unidades não possuírem espaços separados para homens e mulheres e 70% não contarem com ambientes para convivência íntima (CFP, 2015). Expõe-se: “havia uma mulher se vestindo, pois tinha acabado de tomar banho. Um agente de segurança homem permaneceu no local, apesar de ver que ela estava seminua” (MNPCT, 2015, p. 16).

Ademais, não há água à disposição dos pacientes e por vezes seu fornecimento se condiciona à subjetividade dos agentes que a proveem; quando do banho, é prática reiterada os internos se secarem com suas próprias roupas; 41% das unidades apresentam condições inadequadas de iluminação, 76% de temperatura, 47% de limpeza geral e 61% acomodam os pacientes em celas, com uma taxa total de 125,39% de lotação (CFP, 2015). As celas, cabe ponderar, são simultaneamente dormitórios, banheiros e refeitórios, de modo que os internos não só dormem, mas, lá devem fazer suas necessidades e realizar suas refeições.

Destaca-se, nesse ponto, também, a ausência de vaso sanitário na cela de contenção, possuindo apenas um penico, que, segundos relatos, não é suficiente, *obrigando a defecarem no chão*, pois precisam alertar o funcionário de plantão para abrirem a cela e, alguns, principalmente à noite, recusam-se a fazê-lo, obrigando-os a defecar no chão (DPESP, 2018, p. 4).

Em uma concepção integral da realidade, a barbárie é tamanha que surgem forçosas comparações: qual a tangível diferença entre um HCTP e um campo de concentração? Em resposta, Virgílio de Mattos elucidada: “absolutamente nenhuma, exceto o Haldol matinal, o Fernergam vespertino e o benzodiazepínico, mais barato um pouco, mais tarde, para garantir a paz nos plantões que se eternizam” (VENTURINI; TORRES; MATTOS, 2016, p. 65). Logo, a conjuntura exposta evidencia um fenômeno de transposição, em que a sanção toma o lugar

da intervenção terapêutica, constituindo o HCTP como um espaço promovedor de um tratamento moral e, subsidiariamente, um âmbito clínico, tudo na ânsia delirante de se estar prevenindo a criminalidade (ALMEIDA, 2019). O eventual anseio curativo, portanto, ganha contornos segregacionistas e enseja na *praxe* da medida de segurança um binômio: tratamento-sanção penal.

### 3. A EXPECTATIVA DE CURA E TRATAMENTO NA MEDIDA DE SEGURANÇA: DA REALIDADE AO DEVER SER

A par do já constatado binômio, averígua-se nas linhas que se seguem, como tal duvidade fora constituída e empreendida nas não-sanções aplicadas aos inimputáveis. Para tanto, examinou-se de modo sinóptico, os momentos históricos mais relevantes que fomentaram o soerguimento da loucura, ora imputando-lhe natureza sanitária, ora acarretando-lhe caráter de incurabilidade. O propósito, em suma: investigar se houvera ou subsiste, mesmo que no mero dever ser, tangível perspectiva de cura aos loucos-criminosos, ou se a realidade punitivista constatada anteriormente prevalece e transveste-se de falso cunho terapêutico.

A mais remota interpretação da loucura acha-se na antiguidade, época em que os loucos eram assimilados como possuidores de um espírito maligno advindo do alto que os abatia. Dizia-se ser um epilético, em *epilepsis* (epilepsia), *epi* traduzindo-se por “de cima” e *lepis* “abater”. Tal misticidade cosmogônica desponta para a cosmologia e, ainda na antiguidade, Hipócrates propõe uma tentativa de apreciar a desordem mental pelas lentes naturalísticas, afastando-se da perspectiva divina.

Para a escola hipocrática os quatro elementos fundamentais – ar, água, terra e fogo – revelar-se-iam no corpo humano por quatro humores: o sangue, a pituita, a bÍlis amarela e a bÍlis negra. A predominância de um dos humores romperia a *crase* (equilíbrio) e ensejaria a *discrasia* (doença), remanescendo incumbido à medicina, por via da observação empírica dos sinais corporais, o retorno e a manutenção de tal equilíbrio. Logo, a teoria hipocrática introduziu uma ordem racional à loucura, caracterizando-a, ainda de maneira rudimentar, como patologia e sugerindo sua cura por meio da contínua sondagem e do preciso equilíbrio.

À cisma da logicidade tentada por Hipócrates, a Idade Média regressa ao misticismo e ao mesmo tempo, o dilacera com o paganismo, impondo duras punições ao louco-heredeiro. É que quando manifesta de certa maneira e em um diminuto “grau” de estranheza, a loucura era situação pitoresca e tolerável, de fenomenologia excêntrica e curiosa para exaltação e caridade. O louco, à época, não era como propõe o senso comum, ser sagrado, mas, símbolo de miserabilidade à mercê do exercício caridoso da sociedade (FOUCAULT, 1972).

Todavia, se aos olhos dos ditos normais, era demasiada a estranheza do miserável, a loucura era manifestação da hierofania e necessitava, aos gritos, ser ceifada. Isso porque em

um período renascentista e em vista da demonologia e inquisição imperante à época, houvera o assenso de que feiticeiros e possuídos sofriam de patologias mentais, retomando a ideia de espíritos como gênese da loucura. A referência de tal período é a obra *Malleus Maleficarum* (Martelo dos Feiticeiros), dos padres dominicanos Heinrich Kramer e James Sprenger, um compendio de regramentos e elucidações para a extirpação dos feiticeiros da época.

Não subsistia expectativa de cura ou mesmo resquícios da organicidade proposta por Hipócrates. A *cura* da loucura demonológica dava-se com a tortura excruciante e, sob a recusa de confissão, a reiteração dos atos que deveriam perdurar por dois ou três dias, desde que demonstrada chances de êxito. Ainda, no caso de *heresias simples*, a confissão ensejava penitência à prisão perpétua, sendo viabilizado ao poder civil, entretanto, à vista dos malefícios causados pelo herege à sociedade, puni-lo com a morte (KRAMER, SPRENGER, 2020).

No Classicismo, o ideal organicista e redentor da loucura releva-se em detrimento aos excessos religiosos de outrora. No *grande internamento*, em meados do século XVII, foram instituídos numerosos hospitais dotados, todavia, de natureza administrativa, sem designios terapêuticos. Eram, em outros termos, longínquos espaços de internação e segregação, integrantes de uma ampla rede jurídica de controle social, concebidos para receber os loucos e anormais da época.

O entrave: a loucura era o contrassenso exato da produtividade. Desse modo, a sociedade que vivenciava um sagaz período de desenvolvimento, internava nos hospitais-não-hospitais, todos aqueles que não contribuíssem ou favorecessem a prosperidade, confinando pobres de todos os sexos, idades, nacionalidades, válidos ou inválidos, doentes ou convalescentes, curáveis ou incuráveis, além dos enviados pelas autoridades, como mendigos, miseráveis, desordeiros, desempregados sem condições para o próprio sustento e os demais que, hodiernamente, alocamos em prisões e hospitais psiquiátricos.

Tratava-se, em última instância, do isolar higiênico revestido de redenção, em que se entremeavam os privilégios do espírito canônico assistencialista e a preocupação burguesa de pôr ordem à miséria; o desejo de ajudar e a necessidade de reprimir; a caridade e ânsia de punir; o amparo e o isolar. A despeito do confinamento dar-se em um *hospital*, se existente alguma expectativa de cura, essa era inviabilizada pela multiplicidade de corpos e padecimentos enclausurados em um espaço não terapêutico que visava, com exclusividade, eximir os ajustados da desordem, por meio da aplicação coercitiva de uma moral cidadã aos desajustados. Logo, a repressão e violência da segregação sobressaiam-se a qualquer preceito curativo.

Em visita etnográfica a um desses espaços, Dominique Esquirol, notável alienista francês e propulsor de uma psiquiatria humanitária e circunscrita à saúde mental, em detrimento de métodos estritamente físicos e moralistas, anota a aflitiva realidade que presenciou. A similaridade com a contemporaneidade é pungente e será esmiuçada adiante.

Vi-os nus, cobertos de trapos, tendo apenas um pouco de palha para abrigarem-se da fria umidade do chão sobre o qual se estendiam. Vi-os mal alimentados, sem ar para respirar, sem água para matar a sede e sem as coisas mais necessárias à vida. Vi-os entregues a verdadeiros carcereiros, abandonados a sua brutal vigilância. Vi-os em locais estreitos, sujos, infectos, sem ar, sem luz, fechados em antros onde se hesitaria em fechar os animais ferozes, e que o luxo dos governos mantém com grandes despesas nas capitais (ESQUIROL, 1838 *apud* FOUCAULT, 1972, p. 56).

Tal subjugação, no Iluminismo, sucumbe à revolução psiquiátrica e sua consumação como saber científico. Na tela do pintor francês, Tony Robert-Fleury, *Salpêtrière hospital, Paris: Philippe Pinel freeing the insane from their chains (1876)*, há a retratação de um ambiente funesto, algumas criaturas ao chão acorrentadas e em manifesto medo e assombro; outras de pé, alarmadas com o episódio. Todos imbuídos em sua própria loucura, mas em uníssona atenção à mulher de branco ao centro. A mulher por sua vez, com os braços livres, tem retiradas de si as correntes que há muito lhe segregava.

A obra relata o ato de Philippe Pinel, alienista-filósofo francês que fora nomeado chefe dos serviços de alienados do *Hospital Bicêtre*, sediado às margens de Paris. O ideólogo, circundado por um espírito revolucionário, postulava a liberdade pelas quebras das correntes, igualdade entre sãos e doentes e fraternidade pela atenção e cuidado. Pinel esquadrinha o Hospital Geral e nele reserva um primeiro espaço rigorosamente médico para os alienados, alcançando pelos seus feitos a insígnia de pai da psiquiatria moderna e promotente da libertação da loucura dos aguilhões<sup>1</sup>.

Na concepção pineliana, portanto, a loucura aufere sentido patológico e expecta possível cura. O filósofo-alienista concebe o que denomina de “tratamento moral”, a ser sintetizado em um processo paulatino de reclusão, ordem e autoridade. Para Pinel, a loucura era expressão de desordem, sobretudo em um ambiente desordenado; logo, far-se-ia necessário operar um “isolamento terapêutico”, albergando o louco da exterioridade e rompendo com influências extrínsecas capazes de exortar sua agitação.

Far-se-ia necessário, em sucessão, gerar um ambiente de ordem asilar, mediante a articulação rigorosa de regras invariáveis, a fim de extirpar a desordem intrínseca a natureza da insanidade. Consumada a metódica disciplina, imprescindível a execução contínua de uma relação autoritária entre médico e doente, apta a provocar no enfermo a interiorização da moralidade e racionalidade necessárias para suprimir a loucura. Em resumo, o alienado nada mais é do que “um ‘enfermo’, cujo defeito, aliás, frequentemente se apresenta como excesso,

---

<sup>1</sup> Válido sublinhar, sem anular os feitos de Pinel, que a libertação das correntes não fora ato originário do alienista, mas sim a corajosa adoção prática de ideias que já eram difundidas. Analogamente, a adoção de uma psiquiatria clínica ou mesmo a reforma de uma ainda inexistente, ocorrera por demasiadas vias e atores, não se concentrando exclusivamente em Pinel. “É verdade que a originalidade de Pinel e de seu “gesto” foi majorada pela hagiografia psiquiátrica. Médicos como Willis, Cullen (que Pinel traduziu em 1785), Haslam na Inglaterra, Colombier e Tenon na França, Daquin na Sabóia, Chiarrugi na Itália etc., participam de um mesmo contexto de ‘reformas’ e suas iniciativas, em certos domínios, chegam até a preceder as de Pinel” (CASTEL, 1978, p. 59).

imoderação. É necessário dobrá-lo, dominá-lo através de uma relação terapêutica que se assemelha a uma justa entre o bem e o mal” (CASTEL, 1978, p. 64).

Pinel, sem intenção, correlaciona loucura à cognição criminológica – ainda primitiva à época – pois, ao caracterizar a loucura como desviante e amoral, em contrassenso, afixa sua periculosidade e eminente risco ao corpo social ordenado. Similarmente, seu já referenciado discípulo, Dominique Esquirol, quando da publicação da obra *Des Maladies Mentales* (1838), por meio do conceito de *monomania instintiva*, sobreleva tal aproximação ao imputar à loucura demasiado senso de impulsividade.

O alienado, para Esquirol, portaria um desassossego localizado que alteraria apenas uma área de seu funcionamento psíquico, levando-o à instabilidade com a possibilidade de cometimento de atos antissociais, inclusive, assassinatos. Ou seja, para todos os efeitos, psiquiátrico e criminológico, o são é probo e moral, o alienado anárquico e tendencioso e qualquer desvio em relação a uma conduta normal-moral devia ser observado e imediatamente sancionado.

A eclosão de conceitos, *à priori*, discrepantes, engendra inúmeras perquirições acerca da loucura anexa à criminalidade. A Escola Cientificista, dotada de racionalidade e em caráter organicista cunha, à exemplo, o termo *delinquirem*, à referência daquele que desatende a moral socialmente imperante. Cesare Lombroso, ao publicar o escrito *L'uomo delinquente* (1876), designa o criminoso como ser atávico, de fundo epilético e circunscrito em uma loucura que suprime a moralidade. Esclarece: “os dementes morais são infelizes com a demência no sangue, contraída no ato da concepção; nutrida no seio materno. Faltam-lhes o sentimento afetivo e senso moral; nasceram para cultivar o mal e cometê-lo” (LOMBROSO, 1876, p. 201).

À sustento de tal compreensão, Bénédict-Augustin Morel, psiquiatra franco-austríaco, ciente da inteligência lamarckista e darwiniana, propõe o conceito de *degenerescência*. Para Morel, a loucura – ou criminalidade, visto subsistir ínfima diferença – seria causada por uma paulatina degeneração do senso moralista, a qual, transmitida lamarckianamente entre as gerações, acarretaria uma perpetua e incurável alienação periculosa. Assim, a imoralidade gestaria doença, a doença, imoralidade e, em integralidade, transgressões e doenças relacionavam-se por laços genealógicos degenerados.

A cura na acepção moreliana era pouco expectada e, quando concebível necessitava ser precedida de uma minuciosa averiguação do histórico individual e familiar do enfermo, assimilando a incidência de patologias, bem como, a existência de atos excêntricos e criminosos. Ou seja, o alienado degenerado e o criminoso atávico eram, se não o mesmo desventurado, sujeitos predestinados à incurabilidade e prometidos ao cárcere como criminosos, pois os criminosos seriam degenerados; ou ao hospício como loucos, pois os loucos também eram degenerados.

Inclusive, com o decurso do tempo, não obstante a gênese da psiquiatria brasileira tencionar paulatinamente a uma intervenção sanitarista, tais percepções de degenerescência e atavismo suscitaram a segregação dos loucos-criminosos para espaços personalíssimos de concomitante repressão e tratamento. Na definição de Júlio Moreira, à época novecentista diretor do Hospício Pedro II, “os criminosos loucos não deveriam estar alojados aqui no Hospício, mas numa prisão de caráter especial, prisão e manicômio ao mesmo tempo. A presença de criminosos nestes estabelecimentos não é permitida em países mais cultos” (MOREIRA, 1920 *apud* CARRARA, 1998, p. 193).

A par de tal tormenta, ergue-se o primeiro Manicômio Judiciário (MJ), inaugurado no Rio de Janeiro, sob os termos do Decreto nº 14.831, de 25 de maio de 1921. À posterioridade, outras instituições manicomiais são avigoradas, à exemplo do MJ de Franco da Rocha, instalado em 1934. Tais instituições ostentam dúbia natureza e articulam “de um lado, duas das realidades mais deprimentes das sociedades modernas: o asilo de alienados e a prisão: e, de outro, dois dos fantasmas mais trágicos que ‘perseguem’ a todos: o criminoso e o louco” (CARRARA, 2010, p. 17).

Prontamente, quando da promulgação do Decreto-lei n. 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal), pelo então presidente Getúlio Vargas, tal dubiedade encontrou as linhas da positivação e se materializou na inovação da época: a medida de segurança, “tida como espécie de solução de compromisso, permitindo que, ao menos, os inimputáveis e os criminosos por tendência fossem encarcerados indefinidamente” (SILVEIRA, 2010, p. 123). Ao isento de pena, rezava o referido diploma, remanesce a imposição de medida de segurança (art. 88) com seu internamento em manicômio judiciário (art. 91) a fim de reeducá-lo (art. 90) com um tratamento de imposição moral.

Na contemporaneidade, a finalidade da medida de segurança é estritamente curativa, circunscrita nos preceitos sanitários. Nos termos do art. 99, do Código Penal hodierno, “o internado será recolhido em estabelecimento dotado de *características hospitalares* e será submetido a *tratamento*”. Similarmente, ao prever o tratamento ambulatorial, preceitua que em qualquer de suas fases, “o juiz poderá determinar a internação do agente, se essa providência for necessária para *fins curativos*” (art. 97, §4º, do CP).

Tais *fins curativos*, no atual cenário psiquiátrico-reformista, decorre da transposição da demanda de cura do sujeito para a demanda de inclusão social. Ou seja, secundariza-se a cura em sentido estrito (seja pelo misticismo, cientificismo ou moralismo histórico) e preza-se pela articulação em rede da cidadania para o alcance da cura em sentido amplo. Trata-se, em outros termos, de valer-se dos “diversos equipamentos da cidade, e não apenas de equipamentos de saúde, o que pode garantir resolutividade, promoção da autonomia e da cidadania das pessoas com transtornos mentais” (BRASIL, 2005, p. 24).

Para ver-se consumada exímia finalidade, a medida de segurança no *dever ser*, tem de conservar natureza assistencialista e subsidiária, a ser decretada em *ultima ratio*, quando da insuficiência dos recursos extra-hospitalares (art. 4º, *caput*, da Lei n. 10.216 de 6 de abril de 2001<sup>2</sup>). Necessita, bem assim, garantir ao paciente acesso à intervenção que melhor lhe assista em suas necessidades; tratamento humanitário com escopo de reinserção familiar, laboral e comunitária; resguardo contra abusos e explorações; ciência e sigilo às informações terapêuticas; presença médica, em qualquer tempo, para esclarecimentos; acesso aos meios de comunicação disponíveis; e ambiente terapêutico com digna articulação comunitária (art. 2º).

Inclusive, nos termos da recentíssima Resolução n. 487 de 15/02/2023, do Conselho nacional de Justiça (que Institui a Política Antimanicomial do Poder Judiciário), a internação, quando imprescindível, deverá ser consumada em leito de saúde mental em Hospital Geral ou outro equipamento de saúde referenciado pelo Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) da Rede de Atenção psicossocial (RAPS), remanescendo ao Poder Judiciário a incumbência de atuar para que “nenhuma pessoa com transtorno mental seja colocada ou mantida em unidade prisional, ainda que em enfermaria, ou seja submetida à internação em instituições com características asilares, como os HCTPs” (art. 1, §1º).

Ainda, os Princípios 8 e 9, da ONU n. A /46 /49, de 17 de dezembro de 1991, reclama sua condução em um “ambiente menos restritivo possível, com o tratamento menos restritivo ou invasivo, apropriado às necessidades de saúde e à necessidade de proteger a segurança física de outros”, tal qual, a garantia ao usuário ser “protegido de danos, inclusive de medicação não justificada, de abusos por parte de outros usuários, equipe técnica, funcionários e outros, ou de quaisquer outros atos que causem sofrimento mental ou desconforto físico” e possuir um “plano prescrito individualmente, discutido com ele, revisto regularmente, modificado quando necessário e administrado por pessoal profissional qualificado”.

Carece, sob tal ordem, ser engendrada em ambiente apto a engajar o paciente, reputando sua tradição cultural e reintegração social; suficiente a oferecer programa terapêutico pertinente e ativo em caráter personalíssimo; de infraestrutura hoteleira com leitos para repouso; e com disponibilização de equipe profissional composta por médicos e outros profissionais qualificados, em número adequado à capacidade de vagas da instituição (art. 10 e 11, da Resolução CFM n. 2.057, de 20 de setembro de 2013). Demanda instalações com iluminação e ventilação para o desenvolvimento das atividades e fornecimento de água contínuo

---

<sup>2</sup> Lei da Reforma Psiquiátrica, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Anota-se: Aplicável em integralidade ao portador de doença mental em conflito com a lei. Nesse sentido: “Nesse cenário, não se vislumbra qualquer motivo que justifique tratamento diferenciado entre os usuários comuns dos serviços de saúde mental e aqueles mesmos usuários que praticaram delitos. Com o advento da Lei da Reforma Psiquiátrica, independentemente da via de acesso aos serviços públicos de saúde mental (internação voluntária, involuntária ou compulsória), o tratamento prestado deve ser equânime e regido pela lógica da desinstitucionalização” (DE CARVALHO; WEIGERT, 2012, p. 294).

e ininterrupto (arts. 38, 39, 40 e 41, da Resolução da Diretoria Colegiada da ANVISA n. 63, de 25 de novembro de 2011).

Necessita, finalmente, mas não taxativamente, refrear práticas torturantes, compreendidas como qualquer ato pelo qual dores ou sofrimentos agudos, físicos ou mentais, são infligidos intencionalmente a outrem, a fim de castigá-lo (art. 1º, 1, do Decreto n. 40, de 15 de fevereiro de 1991). Em suma, proclamar que a finalidade da medida de segurança é curativa, é fazer valer garantias tais que extirpem a crônica barbaridade imperante e reivindiquem “uma enérgica tomada de posição em prol da dignidade humana, fundada nos princípios da razoabilidade e da proporcionalidade assegurados pela atual Constituição” (BITENCOURT, 2023, p. 455).

#### **4. CAMINHO PARA UMA CONCLUSÃO: A IMPOSSIBILIDADE DE CONCILIAÇÃO**

Hodiernamente, a conjuntura dos HCTPs brasileiros evidencia um *modus operandi* próprio do sistema prisional. A disposição arquitetônica de tais espaços quando não se vale de uma arcaica instalação penitenciária, replica-a sobre a incorporação de características próprias do cárcere e a adoção dos mais elementares trejeitos de segregação. Do *locus à praxe*, a penitência se finca e os pacientes submetem-se aos cuidados de agentes penitenciários que, sem a perícia necessária, agem com contraposta rigidez e coincidentemente sucumbem à insalubridade do ambiente.

A tortura sistêmica circunda toda a instituição terapêutica e impõe uma cronicidade patológica acrescida de sonolência e apatia, que submete o paciente à ingestão descomedida e sem prescrição de medicamentos, ora para aniquilá-lo, ora para puni-lo. Quando insuficiente, a contenção é empregue e a soltura condiciona-se à subjetividade daquele que ata as amarras. Suprimem os insumos mais básicos e os direitos mais primitivos. O HCTP é, em síntese “um estabelecimento penitenciário e, como tal, é um lugar para se cumprir uma penitência, para se arrepender e sentir remorso pelo erro cometido, ainda que ausente a capacidade de compreendê-lo” (ALMEIDA, 2019, p.188).

Em dissensão, a expectativa de cura, inobstante suportar progressos e regressos em sua longínqua narrativa, evolui do misticismo, do higienismo, da cientificidade mórbida e da própria incurabilidade para cogitar o enfermo como ser autônomo que carece dignidade e clama por uma articulação integrativa com o aparelho social em prol da cidadania. Em que pese a realidade da medida de segurança assemelhar-se à grande internação da era clássica, a expectativa hodierna é de consolidação de uma rede extra internação, cujo fundamento é “a presença de um movimento permanente, direcionado para os outros espaços da cidade, em busca da emancipação das pessoas com transtornos mentais” (BRASIL, 2005, p. 24).

No *dever ser*, bem assim, a medida de segurança auferida finaliza curativa e expressa uma providência sanitária de prevenção. Sua condução, nas linhas dos mais variados dispositivos legais - conquistados sob um longo e sacrificial debate, fomentado de geração em geração -, impõe uma consecução assistencialista em um ambiente terapêutico-hospitalar que viabilize a consumação e manutenção de direitos intrínsecos a qualquer sujeito de direito. Não indica segregação, penitência ou desumanidade, mas em contraponto, sobreleva a prevenção, a inclusão do paciente e sua reinserção na coletividade.

A realidade inflige à medida de segurança natureza punitivista.

O *dever ser* a constrange aos fins curativos.

A medida de segurança sustém um binômio: Tratamento-sanção penal.

Contudo, tratamento e sanção penal são conceitos mutuamente segregantes e, portanto, inconciliáveis no ordenamento jurídico, sob risco de confrontar a legalidade que alicerça o *ius puniendi*. É que o Direito Penal deve ser concebido e estruturado a partir de uma concepção democrática imperante no Estado de direito, o que significa dizer que o *ius puniendi* submete-se ao império da norma ditada sob o consenso democrático. Precisamente, o *nullum crimen* se relaciona à doutrina do pacto social. Em consequência, pretende-se que, desde o momento em que a lei é a expressão da vontade geral manifestada, ela constitua a única fonte do Direito (BUSATO, 2015).

Logo, se a norma penal afixa ser *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 (art. 26, do CP) e prevê a tal agente a aplicação de medida de segurança, em instituição hospitalar, para *tratamento* (art. 99, do CP), o inimputável não pode ser punido com a pena reservada ao imputável, sob ameaça de afligir a previsão *supra* e transgredir a legalidade que lastreia o *ius puniendi*.

Vale dizer: frente à loucura, o crime deve declarar-se incompetente.

A loucura apaga o crime, a loucura não pode ser o lugar do crime e, inversamente, o crime não pode ser, em si, um ato que se arraiga na loucura. Princípio da porta giratória: quando o patológico entra em cena, a criminalidade, nos termos da lei, deve desaparecer. A instituição médica, em caso de loucura, deve tomar o lugar da instituição judiciária. A justiça não pode ter competência sobre o louco, ou melhor a loucura [*rectius*: justiça] tem de se declarar incompetente quanto ao louco, a partir do momento em que o reconhecer como louco: princípios da soltura, no sentido jurídico do termo" (FOUCAULT, 2001, p. 39/40).

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS: UMA CONSTATAÇÃO

Portanto, sob o questionamento em pauta, constata-se: faz-se impossível a conciliação de tratamento em saúde mental e a execução de sanção penal na medida de segurança aplicável aos inimputáveis, pois, a própria lei preceitua diferente responsabilidade jurídico-penal àquele que possui capacidade psíquica de motivação e àquele que não a possui e, em um regime democrático de direito em que o poder-dever punitivo estatal se fundamenta na estrita norma positivada, tal diferenciação deve ser observada, sob pena de comprometer o sistema de legalidade penal em sua integralidade.

Neste contexto de dubiedades, a loucura e a criminalidade se entremeiam e já não há discernimento, remanesce tão somente segregação. O tratamento transveste-se de penitência e adoece o enfermo que deixou há muito de saber se é paciente ou preso. A sanidade parece ser mais perigosa que a periculosidade que proposita enclausurar, já que aliena o dever ser em nome do *ius puniendi* que se baseia no dever ser alienado. Neste contexto de dubiedades, a dignidade é furtiva, a insanidade prepondera e urge a necessidade de extirpar tal conjuntura, a favor da emancipação humana e manutenção da cidadania.

## 6. REFERÊNCIAS

ABP. Associação Brasileira de Psiquiatria. *Hospitais de Custódia no Brasil: avaliação e propostas*. ABP, 2010. Disponível em: <http://www.abpbrasil.org.br/comunicado/arquivo>. Acesso em 14 de janeiro de 2023.

ALMEIDA, Jéssica Pascoal Santos. *Inclusão social em medida de segurança: modelos e práticas envolvendo pessoas com transtorno mental implicadas com a justiça criminal*. 2019. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2019.

BITENCOURT, Cezar R. *Tratado de direito penal: parte geral (arts. 1º a 120)*. v.1. São Paulo: Editora Saraiva, 2023.

BITTAR, Eduardo C. B. *Metodologia da pesquisa jurídica: teoria e prática da monografia para os cursos de direito*. 14. ed. São Paulo: Saraiva, 2016.

BRASIL, Decreto n. 40, de 15 de fevereiro de 1991. *Promulga a Convenção Contra a Tortura e Outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes*. Brasília, DF. Presidência da República, 1991. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/1990-1994/d0040.htm#](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/d0040.htm#). Acesso em: 19 de junho de 2023.

BRASIL, Decreto-Lei n. 2.848, de 7 de dezembro de 1940. *Código Penal*. Rio de Janeiro, 1940. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/del2848compilado.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm). Acesso em: 19 de junho de 2023.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil: Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental, 15 anos depois de Caracas*. Secretaria de Atenção à Saúde. OPAS: Brasília, 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Resolução da Diretoria Colegiada da ANVISA n. 63, de 25 de novembro de 2011*. ANVISA, 2011. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/rdc0063\\_25\\_11\\_2011.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/rdc0063_25_11_2011.html). Acesso em: 19 de junho de 2023.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. *Resolução CFM n. 2.057/ de 20 de setembro de 2013*. CFM, 2013. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2013/2057>. Acesso em: 19 de junho de 2023.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. *Resolução Nº 487 de 15/02/2023*. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/4960>. Acesso em 19 de junho de 2023.

BRASIL. Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001. *Lei da Reforma Psiquiátrica*. Brasília, DF. Presidência da República, 2001. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/l10216.htm#](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm#). Acesso em: 19 de junho de 2023.

BUSATO, Paulo C. *Fundamentos para um Direito Penal Democrático*, 5ª edição. Rio de Janeiro: Grupo GEN, 2015.

CARCERÁRIA, Pastoral. *Hospitais-prisão: notas sobre os manicômios judiciais de São Paulo*. São Paulo: Pastoral Carcerária, 2018. Disponível em: [https://carceraria.org.br/wp-content/uploads/2018/08/relatorio\\_hospitais-priso-gt-sade-mental-e-liberdade-pastoral.pdf](https://carceraria.org.br/wp-content/uploads/2018/08/relatorio_hospitais-priso-gt-sade-mental-e-liberdade-pastoral.pdf). Acesso em 14 de janeiro de 2023.

CARRARA, Sérgio. *A história esquecida: os manicômios judiciais no Brasil*. Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano. São Paulo, v. 20, n. 1, p. 16-29, 2010.

CARRARA, Sérgio. *Crime e Loucura: O aparecimento do manicômio judicial na passagem do século*. Rio de Janeiro: EdUERJ; São Paulo: EdUSP, 1998.

CASTEL, Robert; ALBUQUERQUE. *A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo*. Tradução Maria Thereza da Costa. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.

CFP, Conselho Federal de Psicologia et al. *Hospitais psiquiátricos no Brasil: Relatório de inspeção nacional*. CFP, 2020. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/publicacao/hospitais-psiquiaticos-no-brasil-relatorio-de-inspecao-nacional/>. Acesso em 14 de janeiro de 2023.

CFP, Conselho Federal de Psicologia. *Inspeções aos manicômios: Relatório Brasil 2015*. Brasília: CFP, 2015. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/publicacao/inspecoes-aos-manicomios-relatorio-brasil/>. Acesso em 14 de janeiro de 2023.

DE CARVALHO, Salo; WEIGERT, Mariana de Assis Brasil. *Reflexões iniciais sobre os impactos da Lei 10.216/01 nos sistemas de responsabilização e de execução penal*. Responsabilidades, Belo Horizonte, v. 2, n. 2, p. 285-301. 2012.

DINIZ, Debora. *A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil: censo 2011*. Letras Livres; Editora da UnB, 2013.

DINIZ, Debora; BRITO, Luciana. *“Eu não sou presa de juízo, não”: Zefinha, a louca perigosa mais antiga do Brasil*. História, Ciências, Saúde-Manguinhos, v. 23, p. 113-130, 2016.

DPESP, Defensoria Pública do Estado de São Paulo. *Relatório de inspeção de estabelecimento prisional: Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico II de Franco da Rocha*. São Paulo: DPESP, 2018. Disponível em: <https://www.defensoria.sp.def.br/nucleos-especializados/pagina-inicial-nucleos-especializados/situacao-carceraria>. Acesso em 14 de janeiro de 2023.

FLEURY, Robert- T. *Salpêtrière hospital, Paris: Philippe Pinel freeing the insane from their chains*. 1876. Óleo sobre a tela. 35.8 x 50.2cm. Disponível em: <https://wellcomecollection.org/works/qgynunrp/items>. Acesso em 14 de junho de 2023.

FOUCAULT, Michel. *História da loucura: História da Loucura na Idade Clássica*. São Paulo: Perspectiva, 1972.

FOUCAULT, Michel. Os anormais: Curso no Collège de France (1974-1975). Tradução Eduardo Brandão. Martins Fontes: São Paulo, 2001.

KRAMER, Heinrich; SPRENGER, James. *O martelo das feiticeiras*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos. 2020.

LOMBROSO, Cesare. *O homem delinquente*. 1876. Tradução e seleção Sebastião José Roque. São Paulo: Ícone, 2007.

MNPCT, Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura. *Relatório de Missão ao Hospital Psiquiátrico São Vicente de Paulo – DF*. Brasília: MNPCT, 2018. Disponível em: <https://mnpctbrasil.files.wordpress.com/2019/09/missohspvdf.pdf>. Acesso em 14 de janeiro de 2023.

MNPCT, Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura. *Relatório de visita ao Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico “Professor André Teixeira Lima” – HCTP I*. Brasília: MNPCT, 2015. Disponível em: <https://mnpctbrasil.files.wordpress.com/2019/09/>. Acesso em 14 de janeiro de 2023.

MPF, Ministério Público Federal; PFDC, Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão. *Parecer sobre medidas de segurança e hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico sob a perspectiva da Lei n. 10.216/2001*. Brasília: MPF, 2011. Disponível em: <http://www.mpce.mp.br/wp-content/uploads/2016/03/Parecer>. Acesso em: 14 de janeiro de 2023.

ONU, Organização das Nações Unidas. Documento das Nações Unidas n. A / 46 / 49, de 17 de dezembro de 1991. *A Proteção de Pessoas Acometidas de transtorno Mental e a Melhoria da assistência à Saúde Mental*. 1991. Disponível em: <https://laps.ensp.fiocruz.br/arquivos/documentos/11>. Acesso em: 19 de junho de 2023.

SILVEIRA, Mariana Moraes. *De uma República a outra: notas sobre os Códigos Penais de 1890 e de 1940*. Revista do Centro Acadêmico Afonso Pena, n. 2, 2010. p. 109-125.

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

---

**Contatos:** david.paz@mackenzista.com.br e 1153195@mackenzie.br