



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS – SANTA RITA
CURSO DE DIREITO**

CINTHIA RAQUEL DE FRANÇA RODRIGUES

**SER MULHER E ESTAR NO HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO
PSIQUIÁTRICO: A INVISIBILIDADE VISÍVEL DO GÊNERO FEMININO**

**SANTA RITA
2022**

CINTHIA RAQUEL DE FRANÇA RODRIGUES

**SER MULHER E ESTAR NO HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO
PSIQUIÁTRICO: A INVISIBILIDADE VISÍVEL DO GÊNERO FEMININO**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de Direito do Centro de Ciências Jurídicas da Universidade Federal da Paraíba, no Departamento de Ciências Jurídicas – Santa Rita, como exigência parcial da obtenção do título de Bacharela em Ciências Jurídicas.

Orientadora: Prof. Dra. Ludmila Cerqueira Correia.

**SANTA RITA
2022**

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

R696s Rodrigues, Cinthia Raquel de Franca.

Ser mulher e estar no Hospital de Custódia e tratamento psiquiátrico: a invisibilidade visível do gênero feminino. / Cinthia Raquel de Franca Rodrigues. - João Pessoa, 2022.

66 f.

Orientação: Ludmila Cerqueira Correia.
Monografia (Graduação) - UFPB/CCJ.

1. Pessoa com transtorno mental. 2. Medida de segurança. 3. Reforma psiquiátrica. 4. Mulheres. I. Correia, Ludmila Cerqueira. II. Título.

UFPB/CCJ

CDU 34

CINTHIA RAQUEL DE FRANÇA RODRIGUES

SER MULHER E ESTAR NO HOSPITAL DE CUSTÓDIA E
TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO: A INVIVIBILIDADE VISÍVEL DO
GÊNERO FEMININO

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de Direito do Centro de Ciências Jurídicas da Universidade Federal da Paraíba, no Departamento de Ciências Jurídicas – Santa Rita, como exigência parcial da obtenção do título de Bacharela em Ciências Jurídicas.

Aprovada em: 17/06/2022.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Ludmila Cerqueira Correia
(Professora Orientadora)

Prof^a. Ma. Olívia Maria de Almeida
(Avaliadora externa)
Professora da Universidade Estadual do Piauí

Prof. Dr. Nelson Gomes de Sant'Ana e Silva Júnior
(Avaliador interno)
Professor da Universidade Federal da Paraíba

À minha voinha (*in memoriam*), razão de tudo que um dia eu possa ser.

AGRADECIMENTOS

Fazer Direito foi um grande acaso. E depois, um grande desafio. Apesar dos pesares, chego hoje a este dia sentindo-me vitoriosa! Sendo assim, agradeço às forças divinas que me guiam, e principalmente à minha Voinha Maria das Dores (*in memoriam*) por todo amor incondicional, cuidado, carinho, dedicação e exemplo de vida; a Joseana e Ailton Sérgio pelo dom da vida; às minhas irmãs Carolina e Catarina e ao meu irmão Afonso, por tantos momentos especiais vividos.

Agradeço aos familiares e camaradas que me apoiaram e me fizeram acreditar que eu conseguiria. Agradeço pelas dificuldades, pois me fizeram ter mais combustível para lutar. Agradeço por ter saúde para conciliar a faculdade em Santa Rita, com o trabalho em Campina Grande e a casa em João Pessoa, somando-se, ainda, ao mestrado. Agradeço às minhas 'migas' por todo apoio e incentivo.

Aos professores e professoras pela passagem de conhecimento para garantir que eu seja do Direito – mas jamais – da direita.

“Ainda vão me matar numa rua.
Quando descobrirem,
principalmente,
que faço parte dessa gente
que pensa que a rua
é a parte principal da cidade.”
(Paulo Leminski)

RESUMO

Em 1919, foi construído o primeiro manicômio judiciário brasileiro, no Rio de Janeiro, que foi inaugurado apenas em 1921, onde ficavam homens e mulheres, todos juntos. Essa realidade muda em 1988, quando o artigo 5º, XLVIII, da Constituição Federal, determina que a pena deverá ser cumprida em estabelecimentos distintos, de acordo com a natureza do delito, a idade e o sexo do apenado. Mesmo com essas mudanças normativas e com alguns avanços na prática, as mulheres em cumprimento de medida de segurança ainda têm seus direitos humanos negados. Para compreender esse estigma em torno da mulher em cumprimento de medida de segurança, o presente trabalho tem como objetivo geral analisar o lugar destinado às mulheres na política criminal penitenciária brasileira relacionada ao atendimento em saúde mental. Já os objetivos específicos são: contextualizar historicamente a consolidação do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) no Brasil; identificar, no âmbito do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCP) e do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), as normas relacionadas ao HCTP e à medida de segurança; analisar se e como as mulheres são mencionadas nas referidas normas, tendo em vista as especificidades relacionadas ao cuidado em saúde mental desse grupo subalternizado. A metodologia utilizada para a produção desta pesquisa foi a qualitativa, por meio de um levantamento bibliográfico em obras correlatas ao tema, bem como análise da condição feminina nas normativas legais acerca dos HCTP e do tratamento psiquiátrico no Brasil. Com esta pesquisa, chegou-se ao resultado de que o número de mulheres que cumprem medida de segurança é muito pequeno, o que não significa mantê-las nesse *status* de invisíveis dos invisíveis, pois, quando se trata de seres humanos, nenhum deve ser invisibilizado e, quando se estende a elas, as legislações específicas em hipótese alguma se trata de privilégio. Foi possível concluir também que não existe, de forma expressa, um prazo máximo de duração para a medida de segurança, sendo que o texto que regula esta matéria diz, no artigo 97, § 1º do Código Penal, que as medidas de segurança terão prazo indeterminado, até que se determine, através de perícia médica, a cessação da periculosidade da pessoa com transtorno mental.

Palavras-Chave: Pessoa com transtorno mental. Medida de segurança. Reforma psiquiátrica. Mulheres.

ABSTRACT

The first judicial mental hospital of Brazil was built in Rio de Janeiro in 1919; It was inaugurated in 1921, though. Men and women stayed all together. It has been changed in 1988 when the 5th section, XLVIII, of Constitution determines that the sentence must be served in different establishments, according to the nature of the crime, the age and the sex of the convict. Even with these normative changes and some advances in practice, women in security measures are still denied their human rights because they are accused of trying to be privileged in the system. In order to understand this stigma surrounding women serving a security measure, the general aim of this study is to analyze the place assigned to women in the Brazilian criminal prison policy related to mental health care. The specific objectives are to contextualize historically the consolidation of the Hospital for Custody and Psychiatric Treatment (HCTP) in Brazil; to identify in the scope of the National Council of Criminal and Penitentiary Policy (CNPCCP). In addition, the National Council of Justice (CNJ) the norms related to HCTP and security measures; to analyze if and how women are mentioned in the referred norms, having in mind the specificities related to mental health care of this subalternized group. The justification for choosing this research object is that the stigmatization of women in mental distress in conflict with the law is based on the absence of human rights precisely, because these women are considered the invisible ones. Therefore, promoting research with this object is a way to make them visible and even stimulate other students in academia to research about and add knowledge. The methodology used to produce this research was qualitative, through a bibliographical survey of works related to the theme, as well as an analysis of the feminine condition in the legal norms surrounding custodial and psychiatric hospitals in Brazil. With this research we reached the result that the group of women who serve a security measure is very small, even so we cannot, under any hypothesis, keep them in this invisible status of the invisible ones, because when it comes to human beings, no one is invisible, and when we extend to them specific legislations, under no hypothesis do we try to privilege them.

Keywords: Person with mental disorder; Safety measure; Psychiatric reform; Women.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS - Centros de Atenção Psicossocial

CCP - Código de Processo Penal

CNJ - Conselho Nacional de Justiça

CNMP - Conselho Nacional do Ministério Público

CNPCP - Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária

CPJM - Complexo Psiquiátrico Juliano Moreira

HCTP - Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico

HumanizaSUS - Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão em Saúde no SUS

INFOPEN - Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias

LouCid/UFPB - Grupo de Pesquisa e Extensão Loucura e Cidadania da Universidade Federal da Paraíba

MPF - Ministério Público Federal

ONU - Organização das Nações Unidas

PNSSP - Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário

SRTs - Serviços Residenciais Terapêuticos

STF - Supremo Tribunal Federal

SUS - Sistema Único de Saúde

UPHG - Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO NO BRASIL.....	15
2.1	Breve contextualização histórica sobre o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) no Brasil.....	16
2.2	Normativa brasileira sobre o HCTP: Código Penal, Código de Processo Penal e Lei de Execução Penal.....	24
3	NORMAS SOBRE O HCTP NO CONSELHO NACIONAL DE POLÍTICA CRIMINAL E PENITENCIÁRIA E NO CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA	36
3.1	Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária e a normativa relacionada ao HCTP e à medida de segurança.....	36
3.2	Conselho Nacional de Justiça e a normativa relacionada ao HCTP e à medida de segurança.....	42
4	SER MULHER E ESTAR NO HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO: A INVISIBILIDADE VISÍVEL DO GÊNERO FEMININO.....	48
4.1	O que dizem (ou não) as normas em torno das mulheres em sofrimento mental e em conflito com a lei?.....	49
4.2	Novas perspectivas de inclusão das mulheres submetidas à medida de segurança: alguns apontamentos.....	56
5	CONCLUSÃO	61
	REFERÊNCIAS	64

1 INTRODUÇÃO

O manicômio surge durante o século XIX, na Europa, como um lugar de “terapia” para “cura da loucura”. Posteriormente esses manicômios foram subdivididos e criou-se o manicômio judicial, local onde ficavam as pessoas com transtornos mentais que cometeram crimes.

Só que este termo manicômio judiciário se tornou obsoleto e passou a ser chamado de Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico - HCTP e assim será referenciado dentro deste trabalho por ser o correto (CABRAL, 2019). Tal mudança de nomenclatura ocorreu em 1988, por meio do Decreto Estadual 28.195, publicado em 27 de janeiro de 1988, no Estado de São Paulo. Logo tal atitude se espalhou pelo Brasil, que estabeleceu, em seu artigo 1º, que o manicômio judiciário deveria ser transformado em um Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico

Ainda quanto à terminologia que será adotada neste trabalho, antes mesmo de começar a tecer os comentários primordiais da pesquisa, é importante mencionar que será adotado o termo pessoas com transtornos mentais para tratar dos antigamente chamados erroneamente de “loucos”, “doentes”, “débios mentais”.

No Brasil, em 1903, foi-se determinada a criação de HCTP, por meio do Decreto nº 1.132/1903, mas não ocorreu de imediato. Em 1904, ocorre o julgamento de Affonso Condeço, que laborava na estrada de ferro central do Brasil e, em um dia comum de trabalho, diante dos olhos de vários colegas, matou um de seus melhores amigos de serviço, sem motivos aparentes.

Finalmente, em 1919, foi construído o primeiro manicômio judiciário brasileiro, no Rio de Janeiro, que foi inaugurado apenas em 1921, onde ficavam homens e mulheres, todos juntos. Essa realidade muda em 1988, quando o artigo 5º, XLVIII, da Constituição Federal, determina que “a pena será cumprida em estabelecimentos distintos, de acordo com a natureza do delito, a idade e o sexo do apenado” (BRASIL, 1998). Mesmo com essas mudanças normativas e com alguns avanços, na prática, as mulheres em cumprimento de medida de segurança ainda têm seus direitos humanos negados.

Assim questiona-se: existem novas perspectivas de inclusão das mulheres submetidas à medida de segurança? Se sim, tais perspectivas estão previstas no plano normativo ou nas políticas públicas para concretizá-las?

Destarte, para responder o problema acima apresentado, o presente trabalho tem como objetivo geral analisar o lugar destinado às mulheres na política criminal penitenciária brasileira relacionada ao atendimento em saúde mental. Já os objetivos específicos são: contextualizar historicamente a consolidação do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) no Brasil; identificar no âmbito do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCP) e do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) as normas relacionadas ao HCTP e à medida de segurança; analisar se e como as mulheres são mencionadas nas referidas normas, tendo em vista as especificidades relacionadas ao cuidado em saúde mental desse grupo subalternizado.

A justificativa para a escolha deste objeto de pesquisa é que a estigmatização das mulheres em sofrimento mental em conflito com a lei é pautada na ausência de direitos humanos, justamente por essas mulheres serem consideradas invisíveis das invisíveis, portanto, promover pesquisa com esse objeto é uma forma de torná-las visíveis e até mesmo estimular outros alunos da academia a pesquisar sobre e somar conhecimento.

Quanto à justificativa da escolha do tema no meio acadêmico para o curso de direito, diz respeito ao fato de existir uma abundância de pesquisa no tocante à pessoa com transtorno mental que cumpre uma medida de segurança. Agora quando se fala em mulher com transtorno mental e que esteja em cumprimento de medida de segurança, existe uma quantidade reduzida de trabalhos científicos e sérios publicados. O presente trabalho inova no meio acadêmico, pois traz um apanhado histórico, analisando minuciosamente cada legislação que afeta diretamente esta mulher, daí tem-se a importância da pesquisa, que será posteriormente publicada e servirá de pesquisa para outros acadêmicos.

Um segundo ponto importante para o meio acadêmico é que esta pesquisa será usada de base para uma nova pesquisa mais aprofundada e a ser explorando em uma pós-graduação *strictu sensu* ou *latu sensu*. Portanto, este trabalho é o início que uma grande pesquisa que trará mais inovação e conhecimento aprofundado.

A metodologia utilizada para a produção deste trabalho foi a qualitativa, por meio de um levantamento bibliográfico em obras correlatas ao tema, bem como análise da condição feminina nas normativas legais em torno da medida de segurança e dos HCTP e tratamento psiquiátrico no Brasil.

A pesquisa foi dividida em três partes. No capítulo um, será tratado sobre o Hospital De Custódia E Tratamento Psiquiátrico no Brasil - HCTP, por meio da apresentação de uma breve contextualização histórica sobre esta instituição no Brasil e analisando a normativa brasileira sobre o HCTP: Código Penal, Código de Processo Penal e Lei de Execução Penal.

No capítulo dois, serão abordadas normas sobre a medida de segurança e o HCTP no âmbito do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária e do Conselho Nacional de Justiça. Por fim, no capítulo três, será analisado se e como as mulheres em sofrimento mental e em conflito com a lei são mencionadas nas normas estudadas nos capítulos anteriores e as novas perspectivas de inclusão das mulheres submetidas à medida de segurança. Por fim, as considerações finais do trabalho trarão a resposta para o problema apresentado nesta introdução, bem como fará um apanhado dos principais pontos da pesquisa.

2 HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO NO BRASIL

A palavra manicômio, em grego, significa a cura da loucura, portanto, trata-se de um lugar para tratamento da pessoa com transtorno mental. Este termo se refere a dois tipos de instituições para esse tratamento do transtorno mental. A primeira é o hospital psiquiátrico destinado apenas às pessoas com transtornos mentais das mais diversas espécies, e o segundo é o manicômio judiciário, que é o local hoje chamado de Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, onde ficam pessoas que cometeram crimes (CORREIA, 2007).

O manicômio surge durante o século XIX, na Europa, como um lugar de “terapia” para “cura da loucura”. Posteriormente esses manicômios foram subdivididos e criou-se o manicômio judicial, local onde ficavam as pessoas com transtornos mentais que cometeram crimes. Após a Segunda Guerra Mundial, surgiram, na Europa e nos Estados Unidos, movimentos militantes contrários à forma retrógrada de tratamento da pessoa com transtorno mental, como exemplo, o Movimento Institucional, na França, e as Comunidades Terapêuticas, na Inglaterra, época em que o mundo começou a alertar sobre a terminologia e tratamento errôneo desses locais (BASAGLIA, 2010).

Só que este termo manicômio judiciário se tornou obsoleto e passou a ser chamado de Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico- HCTP, tal como será referenciado dentro deste trabalho (CABRAL, 2019). Ainda quanto à terminologia que será adotada na pesquisa, antes mesmo de começar a tecer os comentários primordiais da pesquisa, é importante mencionar que será adotado o termo pessoas com transtornos mentais para tratar dos antigamente chamados erroneamente de “loucos”, “doentes”, “débios mentais”.

É indispensável fazer um breve relato dessa alteração de nomenclatura, pois o núcleo sólido dessa mudança foi os direitos humanos e a cidadania, visando o respeito e a dignidade da pessoa com transtorno mental, uma vez que, com a Reforma Psiquiátrica, já não faz mais sentido tratar o transtorno mental de uma forma pejorativa e desrespeitando tal pessoa, que deve ser incluída na sociedade de forma digna e respeitosa, conforme pregado por volta da década de 1960 pelo movimento “Psiquiatria Democrática”, na Itália, que influenciou a Reforma Psiquiátrica no Brasil.

Dito isso agora será feita uma contextualização histórica sobre HCTP no Brasil, conforme segue abaixo.

2.1 Breve contextualização histórica sobre o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) no Brasil

Nos séculos XVI e XVII, as pessoas com transtornos mentais eram abandonadas à própria sorte. Algumas delas eram recolhidas até as Santas Casas de Misericórdia e lá recebiam tratamento. É importante ressaltar aqui que a própria Igreja Católica, além do Estado, reprimia as pessoas com transtornos mentais por terem nascido assim e não saudáveis como as outras pessoas “normais” (CARRARA, 1998). É possível perceber que a sociedade queria, a qualquer custo, promover uma “limpeza das ruas”, por meio de controle e domesticação da população, e isso incluía esconder a pessoa com transtorno mental.

Ainda nessa época, foram criados locais de “acolhimento” para colocar qualquer pessoa considerada “anormal”, como por exemplo, prostitutas, pessoas com transtornos mentais, negros, dentre outros. Nesses locais, chamados de casas de correção, essas pessoas eram obrigadas a trabalhar de forma incessante como forma de puni-los por terem nascido com transtorno mental (VECHI, 2004).

Já no século XVIII, data em que ocorreu a Revolução Francesa e a Declaração dos Direitos do Homem, houve várias denúncias quanto às internações forçadas e tratamentos de punição utilizando métodos de tortura, nesses locais de “acolhimento” (DELGADO, 2011).

Apenas no século XVIII, com o surgimento do Iluminismo, que alguns tratamentos terapêuticos para as pessoas com transtornos mentais passaram a ser aplicados. O Iluminismo foi um movimento histórico importante para a compreensão da matéria aqui discutida, já que passou a questionar o regime absolutista, o qual serviu como base ideológica da Revolução Francesa. Em época de reconhecimento de muitos direitos, exigiu-se uma reflexão sobre as atitudes arbitrarias do Antigo Regime. Foi nesse momento que o discurso religioso deu espaço ao discurso científico (ARBEX, 2019). Conhecido como o Século das Luzes, o Iluminismo ficou consagrado assim em razão da existência de uma nova era que seria iluminada pela razão e pela ciência.

A existência de qualquer pessoa que não correspondesse aos padrões impostos pela sociedade era indício motivo de internação em instituições preferencialmente isoladas, o objetivo final era realizar uma “limpeza” nas ruas. Vale ressaltar que essas internações eram feitas de forma compulsória, e muitos dos internados nessas instituições não sofriam de qualquer transtorno mental (COSTA, 2020).

Ressalta-se que as técnicas que surgiram nessa época para tratar as pessoas com transtorno mental não tinham como finalidade a cura para o transtorno, mas a domesticação e o controle do paciente. Algumas dessas técnicas faziam com que os pacientes passassem por condições desumanas, uma delas mais conhecida é a utilização do eletrochoque (CARVALHO, 2016).

A obra "Memória da Loucura", publicada pelo Ministério da Saúde, revela que a atenção à saúde mental é um tema moderno, portanto, até o século XVIII, não existiam pesquisas voltadas à relação entre transtornos mentais e a medicina. (CABRAL *et al.*, 2019). Finalmente no século XIX, surge na Europa os manicômios judiciários, que, a princípio, eram chamados de manicômio criminal e na sequência tornaram-se hospital psiquiátrico judiciário até virar o que hoje se chama de HCTP, nos moldes dos artigos 96 e 97 do Código Penal e na Lei de Execução Penal no artigo 99 (FERREIRA, 2021).

O Brasil, desde os séculos XVI e XVII, já fazia intervenção junto aos considerados sujeitos com transtornos mentais, mas isso se asseverou no século XIX. Vechi (2004) aponta que o discurso religioso era considerado forma de tratamento e esses indivíduos começaram a ser jogados dentro das instituições das Santas Casas da Misericórdia. Além disso, eram vítimas de repressão física, maus tratos e não tinham condições de higiene, o que os condenavam à morte (FERREIRA, 2021).

Com a chegada da Família Real de Portugal, percebeu-se a necessidade de fazer uma “faxina” na cidade do Rio de Janeiro, isso ocorreria por meio do isolamento de indivíduos com transtornos mentais e demais pessoas que não se encaixavam nos padrões sociais da época. Assim ficou evidente a necessidade de construção de locais para tal finalidade. Nas palavras de Amarante (2008, p. 74), “a loucura só vem a ser objeto de intervenção específica por parte do Estado a partir da chegada da família real”. É nessa diáspora que se cria o Hospício Pedro II, em 1852.

Aqui é importante fazer um juízo de valor a partir da citação do autor acima citado. O que se desprende é que um grupo de pessoas por conta de suas ideologias retrógradas sempre teve preconceito com pessoas com transtornos mentais. Isso ocorre ao ponto de que a criação do Hospício Pedro II não foi para tratar o transtorno mental, mas sim para “enfeitar” a cidade do Rio de Janeiro para a chegada da realeza, como acontece até com outros segmentos dentro do país, que não cabe mencionar neste trabalho, por não ser objeto da pesquisa.

Ainda quanto ao Hospício Pedro II, ele era dirigido pelo clero e aqui cabe uma crítica, pois, para a Sagrada Igreja, o transtorno mental ainda hoje é visto como um ataque demoníaco. Dessa forma, percebe-se que quem deveria dirigir tal hospital era um médico especialista na área, tanto que os próprios médicos psiquiatras começaram a protestar contra a direção do clero e passaram a cobrar intervenção baseada em fatos e argumentos cientificamente comprovados e que davam resultados em outros países quanto ao tratamento da pessoa com transtorno mental (SOUZA, 2016).

Apenas 27 anos depois, que se retirou a direção do Hospício Pedro II das mãos da igreja e foi posta nas mãos dos médicos, mais especificamente o médico Juliano Moreira. Uma observação importante é a de que esse hospital não comportava pessoas com transtorno mentais que cometeram atos considerados criminosos à época da constatação do transtorno mental (CASTRO, 2014).

Assim, em 1893, Vieira de Araújo foi o responsável por ter apresentado ao Congresso um projeto que versava sobre a necessidade de um estabelecimento exclusivo para pessoas com transtornos mentais que cometem crimes. Infelizmente este projeto não foi para frente, mas foi o primeiro passo para alertar o Brasil quanto a esta situação (MAGALHAES; ALTOE, 2020).

Em 1896, ocorrera o caso do crime por Custodio Alves Serrão, que mostrou ao país a necessidade da construção de locais para tratar de pessoas com transtornos mentais, porque nessa época só existiam hospitais psiquiátricos com pessoas que, de fato, eram enfermas e não haviam cometido crime algum (CARRARA, 2010).

Destarte, em 1903, foi-se determinada a criação de HCTP, por meio do Decreto nº 1.132/1903, mas não ocorreu de imediato. Em 1904, ocorre o julgamento de Affonso Condeço, que laborava na estrada de ferro central do Brasil e, em um dia comum de trabalho, diante dos olhos de vários colegas, matou um de seus melhores

amigos de serviço, sem motivos aparentes (MAGNO, 2016).

Esse fato chamou a atenção das autoridades, que convidaram os médicos Márcio Nery e Costa Ferraz para examinar Affonso. Juntos, chegaram ao laudo de “degeneração mental” e epilepsia. Por esse motivo, ele foi cumprir sua pena em um hospital psiquiátrico, onde saiu poucos anos depois, pois, como lá não era um presídio, a administração do hospital não pôde obrigá-lo a ficar (CABRAL, 2019).

No ano de 1911, ocorreu um julgamento de um outro caso que alarmou a sociedade brasileira e deixou comprovado que o cumprimento do Decreto nº 1.132/1903, que versa sobre a construção de HCTPs, não poderia mais ser postergado. O caso tratava-se de Frederico Marques, que esfaqueou duas crianças durante um velório. Ao ser conduzido pela polícia judiciária, lá ficou comprovado, sem consulta médica, que o conduzido era um degenerado mental, com isso, o juiz acatou a tese, absolveu o réu e o colocou sob os cuidados médicos (DELGADO, 2011).

Os médicos, por sua vez, expressaram indignação, pois já havia determinação legal para os direcionamentos das pessoas com transtornos mentais para um hospital de custódia e não a um hospital psiquiátrico. Só que naquela época não existia nenhum hospital de custódia (JACOBINA, 2008).

Posteriormente, em 1914, um novo caso surge e médicos psiquiatras são chamados para avaliar dois investigados que aparentemente eram portadores de “degeneração mental”, como era chamada à época a pessoa com transtornos mentais. O caso tratava-se de um casal que matara uma criança de apenas seis anos de idade sem motivos aparentes (MAGALHAES; ALTOE, 2020).

Em exame médico legal, foi constatada a “degeneração”, aconselhando a internação em hospital psiquiátrico, já que, até aquele momento, o Decreto nº 1.132/1903 não havia se concretizado e nenhum hospital de custódia havia sido construído. Ocorre que o Tribunal do Júri não levou em consideração o laudo psiquiátrico e acabou condenando o casal (VECHI, 2004).

Alguns anos após esse caso, outros semelhantes foram surgindo, demonstrando, de forma expressa, a necessidade de construção de HCTP. Entretanto, um caso emblemático foi decisivo para construção imediata dos HCTP, que foi quando a esposa de um senador foi assassinada por uma pessoa com transtornos mentais, em 1919 (CARRARA, 1998).

Devido à saúde mental do acusado, existia a grande possibilidade de ele ser absolvido e voltar para as ruas, já que, naquela época, não existiam HCTP para tratamento psiquiátrico. Por sua vez, os hospitais psiquiátricos rejeitavam essas pessoas, por acharem que lá não era o seu lugar e poderia comprometer o tratamento dos outros pacientes (DELGADO, 2011).

Nesse contexto, a mídia jornalística levantou seu posicionamento contra o caráter terapêutico e de tratamento que deveria ter o hospital de custódia, acirrando mais ainda a sociedade, que estava, naquela época, com os ânimos inflamados quanto à construção desses hospitais (FREEAM; PATHARE, 2001).

Finalmente, em 1919, foi construído o primeiro manicômio judiciário brasileiro, no Rio de Janeiro, que foi inaugurado apenas em 1921, por meio dos esforços dos médicos Teixeira Brandão e Juliano Moreira. Nesse ano também foi promulgado o Decreto nº. 14.831, de 25 de maio de 1921, que aprova o regulamento do manicômio judiciário, e, no seu artigo 1º, dispunha:

O Manicômio Judiciário é uma dependência da Assistência a Alienados no Distrito Federal, destinada a internação:

I Dos condenados que achando-se recolhidos às prisões federais, apresentam sintomas de loucura.

II Dos acusados que pela mesma razão devam ser submetidos a observação especial ou tratamento.

III Dos delinqüentes isentos de responsabilidades por motivo de afecção mental (código penal, art. 29) quando a critério do juiz assim o exija a segurança pública.

O primeiro manicômio brasileiro se chamava Hospício Dom Pedro II, sua sede ficava no Rio de Janeiro, na época, a capital do Brasil, e onde se encontrava a família portuguesa (FREEAM; PATHARE, 2001). Vechi (2004) esclarece que a criação dessas instituições viabilizou acompanhamento médico no tratamento desses indivíduos. No entanto, essas unidades e as Santas Casas ainda eram administradas pela igreja.

Foi apenas após a Proclamação da República que o discurso científico iniciou a gestão dos centros de tratamento. Delgado (2011) aponta que, após passar muito tempo sem sequer estar presente para se manifestar a respeito das decisões no seu tratamento, tornou-se necessário introduzir, nessa história, o paciente como sujeito político. Este apenas passou a ser reconhecido como sujeito de direitos quando um projeto de lei foi apresentado ao poder legislativo, visando reconstruir toda a forma de assistência psiquiátrica do país.

Assim, houve a necessidade de construção de outros HCTP em cada estado brasileiro, devido aos avanços ideológicos que estavam ocorrendo no Brasil neste tocante. Entretanto, isso ocorreu paulatinamente. Por exemplo, foi fundado, em Porto Alegre, em outubro de 1925. Já em 1929, em Minas Gerais, é criado e inaugurado um manicômio judiciário na cidade de Barbacena e, em 1933, foi entregue o Manicômio Judiciário de Franco da Rocha, no Estado de São Paulo (JACONIBA, 2008).

Aqui é importante mencionar que, no ano de 1931, foi promulgado o Decreto nº. 20.155/1931, que expressava que o manicômio judiciário estava sob a jurisdição do Departamento Nacional de Assistência Pública. Dessa forma, é possível depreender que o pessoal técnico que laborava nessas instituições era responsável pela “assistência a psicopatas” (CORREIA, 2007).

Mesmo após esses avanços da psiquiatria por intermédio da construção dos HCTPs, é importante mencionar que a sociedade brasileira ficou dividida, pois, com a aplicação da medida de segurança para tratamento psiquiátrico, tinha-se o entendimento de que o réu não tinha pena aplicada e a justiça não era feita. O impasse versava sobre o verdadeiro objetivo dos HCTP. Uma parte acreditava que sua função era punir eternamente a pessoa com transtornos mentais, já que pairava a chance de passar toda a sua vida internada. Mas na verdade esse conflito existe até hoje, como será detalhado em momento oportuno dentro deste trabalho (AMARANTE, 2001).

Após a construção dos primeiros HCTP para tratamento psiquiátrico, entre os anos de 1921 e 1925, passaram a existir alguns critérios para que o réu fosse internado ali. Nesse passo, quando o Poder Judiciário tinha qualquer suspeita de que aquele réu possuía transtorno mental, ele passava por um exame que deveria classificá-lo em umas das três seguintes categorias: monomania, degeneração ou criminoso nato. Essas classificações estavam ligadas diretamente a anomalias mentais e a doenças (ARAUJO FILHO, 2016).

A monomania prescrevia que a pessoa possuía algum tipo de alienação mental, que, por sua vez, dizia respeito a uma doença que não se tratava em regra como um tipo de delírio mental (CARRARA, 2010).

Para Foucault (1978), a monomania é um mal que passou a tratar o homem como um objeto de estudo, ou seja, uma coisa. Só que os psiquiatras conseguiram reverter essa ideia na metade do século XIX, quando surge a “degeneração”. Os

degenerados, por sua vez, jogam o jogo da sanidade e insanidade de mental e em um momento de desequilíbrio mental cometem crimes. Pela classificação da “degeneração”, qualquer ato criminoso era compreendido como um reflexo da doença mental (MAGALHAES; ALTOE, 2020).

O criminoso nato, por sua vez, também era tido como portador de transtorno mental, por possuir uma tendência para o mal, manifestando uma “degeneração mental”. É importante mencionar aqui que degeneração mental era tida como qualquer ser humano que se apresenta qualquer desvio de padrão do que era considerado normal naquela época. Essa classificação nasce da antropologia criminal, por isso tem uma base de pensamento radical e preconceituoso em torno da pessoa com transtornos mentais e de outras classes de pessoas em estado de vulnerabilidade (CARRARA, 1998).

Essas classificações demonstravam falhas, entretanto, foram elas que orientaram o sistema jurídico penal quanto à necessidade de diferenciar um criminoso de uma pessoa com transtornos mentais. Por isso, existia a necessidade da construção de HCTP, além disso o tempo mostrou que era necessário também dividir esses HCTP de acordo com o gênero, conforme passa-se a explicar (JACOBINA, 2008).

Nos primeiros presídios brasileiros, as pessoas presas eram mantidas conjuntamente em estabelecimento prisionais comum, sem qualquer distinção que levasse em conta as particularidades do delito. Daí já mostra a necessidade de haver a separação de presos em categorias distintas (BARBOSA, 2016).

Até 1929 e início de 1930, durante o período historicamente reconhecido como República Velha, o ponto fulcral desse limiar histórico é Oswaldo Cruz, que foi o precursor da implantação dos serviços de saúde pública, por meio das instituições de cunho de higiene e insinuador de campanhas sanitárias. Nessa época, foi criada a Liga Brasileira de Higiene Mental. Amarante (2008, p.69) explica bem como essa instituição funcionava: “através da Liga de Higiene Mental, a psiquiatria coloca-se definitivamente em defesa do Estado, levando-o a uma ação rigorosa de controle social e reivindicando, para ela mesma, um maior poder de intervenção”.

Destarte, desprende-se, da citação acima, que, mais uma vez, os movimentos sanitários afetaram as pessoas com transtornos mentais, não com um objetivo de tentar ajudá-las e tratá-las, com a finalidade de compreender e dar

assistência correta à doença mental, mas sim tinham o principal objetivo de limpar o Brasil.

Chegando nos meados dos anos de 1930 a 1945, o que ocorria no Brasil era a Era Vargas, período em que as campanhas sanitárias se acirraram e deram mais foco aos serviços de saúde, com a criação do Ministério da Saúde, e o Hospício Pedro II ganha a nomenclatura de Hospício Nacional dos Alienados, no Rio de Janeiro. Prosseguindo e chegando até a década de 60, é dado um caráter peculiar e individual à saúde do cidadão brasileiro, por meio da medicina privada. Até esse momento da história brasileira, não se tem notícias ou rumores de uma desinstitucionalização desses locais de tratamento de pessoas com transtornos mentais. É importante explicar que a desinstitucionalização trata-se de uma forma de desburocratizar os HCTPs, que é nada mais que tirar o caráter de instituição para cumprimento de medida de segurança e torná-lo um lugar de tratamento terapêutico.

Essa realidade muda, em 1978, quando o movimento de desinstitucionalização dos manicômios começa a ser articulado, por meio da greve dos médicos da Divisão Nacional de Saúde Mental. Nessa oportunidade, os médicos grevistas denunciaram todos os abusos físicos, mentais e sexuais que as pessoas com transtorno mental sofriam nesses locais, a falta de profissionais, remédios, comida, estrutura, superlotação. Ainda nesse mesmo ano, houve o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental, que foi o mais relevante na tentativa de haver uma reforma psiquiátrica que já ocorria em outros países.

Deve-se atentar ao contexto histórico do Brasil durante o final dos anos 80, prolongando-se até o início dos anos 90. Após sair de uma Ditadura Militar por meio do processo político que resultou na Assembleia Nacional Constituinte, com a promulgação da Constituição Federal de 1988, o momento tornou-se uma excelente representação, uma virada definitiva no que tange aos direitos políticos e sociais. Foi dado, então, o pontapé em uma nova etapa deste processo muito importante no Brasil no campo da saúde pública e mental, conhecido como Reforma Psiquiátrica, que será abordado em momento oportuno. (DELGADO, 2011).

Embora o sistema democrático apresente muitas fragilidades no processo de reconstrução, o início dos anos 90 foi um cenário auspicioso para a criação e aplicação de políticas públicas. Dado que desde os anos 80 a saúde mental começou a ser vista como questão médica, o Estado deveria investir em elaboração

de políticas públicas para o melhor tratamento dos indivíduos acometidos por “doenças mentais”. (FERRARI, 2013).

Em 1989, ocorre o fechamento da Casa Anchieta, em Santos (SP), que é um local de referência de internação de pessoas com transtornos mentais. O motivo para ter sido fechado foi a falta de cuidados com os pacientes de forma que não se podia mais tratá-los ali. Tal contexto revelou que o modelo de cuidados com as pessoas com transtornos mentais estava falido e precisava de uma reforma urgente.

Portanto, diante de todo o demonstrado neste tópico, é possível concluir que o manicômio não foi criado para tratar a pessoa com transtorno mental, mas sim para escondê-la da sociedade preconceituosa. Ainda se conclui que existe uma segregação entre pessoa com transtorno mental e pessoa com transtorno mental “criminosa”, como se nascer dessa forma já não fosse uma condenação para vida inteira.

Por fim, concluiu-se que a construção de HCTP veio por meio do preconceito, pois primeiramente a sociedade não aceitava de forma alguma uma pessoa com transtorno mental, logo, era necessário “escondê-la” e tirá-la do convívio social. Uma segunda justificativa era porque não se admitia, naquela época, que uma pessoa com transtornos mentais ficasse junto com um “condenado” pelo Poder Judiciário.

Destarte, surge o manicômio judiciário, hoje chamado de HCTP, para o devido funcionamento desses locais de tratamento do transtorno mental, só que existe toda uma normativa disposta no Código Penal, Código de Processo Penal e Lei de Execução Penal, conforme será tratado a seguir.

2.2 O HCTP na normativa brasileira: Código Penal, Código de Processo Penal e Lei de execução penal

A Lei nº 7.209, de 1984, foi responsável pela modificação de alguns dispositivos do Código Penal de 1940, entre eles, o que se refere ao hospital de custódia e tratamento, explícitos nos artigos 96 e 97, que têm a seguinte redação:

Art. 96. As medidas de segurança são:

I - Internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou, à falta, em outro estabelecimento adequado;

II - sujeição a tratamento ambulatorial.

Parágrafo único - Extinta a punibilidade, não se impõe medida de segurança nem subsiste a que tenha sido imposta.

Art. 97 - Se o agente for inimputável, o juiz determinará sua internação (art. 26). Se, todavia, o fato previsto como crime for punível com detenção, poderá o juiz submetê-lo a tratamento ambulatorial

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.

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.

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, pratica fato indicativo de persistência de sua periculosidade.

§ 4º - Em qualquer fase do tratamento ambulatorial, poderá o juiz determinar a internação do agente, se essa providência for necessária para fins curativos (Brasil, 1984, art. 96 e 97).

A referida lei estabeleceu diretrizes novas. A primeira e que pode ser pontuada é que, antes da lei, a internação da pessoa com transtorno mental em um HCTP era uma medida aplicada porque se considerava aquela pessoa perigosa. Após as alterações, em 1984, estabeleceu-se um novo sistema de aplicação de medida de segurança, na qual, esta ganhou um caráter terapêutico, em que a pessoa praticava o crime não mais por ser perigoso, mas sim por estar sofrendo de um transtorno mental que deveria ser tratado.

A segunda mudança é que a medida de segurança perdeu a sua natureza de pena. A terceira mudança é quanto ao tempo de duração da medida de segurança, o qual, posteriormente, o próprio Supremo Tribunal Federal (STF) já consagrou, majoritariamente, que é de 30 anos.

Infelizmente, essas diretrizes novas ao HCTP, abarcadas pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984, apresentam algumas incongruências. A primeira delas é quanto ao exame realizado para que a pessoa com transtorno mental possa sair do HCTP. Com a nova redação dada pela lei, a saída do paciente necessita do laudo médico, que, em regra, é realizado após o transcurso de três anos ou de acordo com o tempo fixado em sentença. Isso traz à tona a questão da periculosidade, pois fica subentendido que existe um prazo de validade para cessação de periculosidade daquela pessoa, que, a depender do exame, poderá ser posta em sociedade.

Ainda quanto a esta falha legislativa, tem-se o tempo de permanência em HCTP, que é uma afronta ao inciso XLVII do art. 5º da Constituição Federal de

1988 (CASTRO, 2014). A segunda delas diz respeito ao fato de que, até hoje, faltam políticas públicas para pôr a teoria na prática, como, por exemplo, fornecer uma assistência direta à pessoa com transtorno mental, antes e após a sua passagem no HCTP. De acordo com o artigo 99 do Código Penal, HCTPs são consideradas como estabelecimento hospitalar, mas são integrantes do sistema penitenciário e não do Sistema Único de Saúde (SUS), regidos de acordo com a Lei de Execuções Penais (Lei 7.210/84).

A norma tecida pelo artigo acima citado leva a um pensamento totalmente desprovido de lógica, que é o de que a medida de segurança tem a natureza curativa e punitiva, sendo que o correto seria ter natureza de cuidado de saúde mental, já que, desde 1984, a medida de segurança deixou de ser uma pena, mas mesmo em jurisprudências atualizadas encontra-se esse termo curativo e punitivo. Não se pode afirmar que o tratamento tem a natureza curativa, que se destina a fazer a reintegração e o restabelecimento da pessoa com transtorno mental, preservando apenas a segurança da sociedade contra o perigo que possa oferecer.

É necessário ter a ideia de que o HCTP é um local de tratamento a longo prazo ou talvez até eterno, pois nem a medicina psiquiátrica sabe quando uma pessoa com transtorno mental vai se curar e nem se ela vai ficar completamente boa um dia.

O que parece é que as pessoas que não tiverem o discernimento necessário para compreender a ilicitude de seus atos serão penalizadas. O cumprimento de medida de segurança em HCTP, na verdade, ao final, acaba se tornando um estabelecimento prisional comum. Descartando a possibilidade de internação para averiguação de sanidade mental do acusado, Paulo Jacobina (2008, p. 118) constata:

Parece contraditório, então, que alguém cuja insanidade não foi estabelecida ainda – pelo menos não juridicamente – seja encaminhado a uma instituição hospitalar, por ordem estritamente judicial (e não por ordem médica), sem indicação de submissão a tratamento, mas apenas para submissão a exame médico-legal de natureza declaratória.

Quanto aos peritos, após a conclusão do laudo pericial, devem enviar ao Judiciário para o processo do incidente de insanidade mental, podendo ser prorrogado caso necessite de um prazo maior para a conclusão, o qual será autorizado pelo juiz. No decorrer desse prazo, a liberdade do acusado é

segregada, sendo mantido “preso” em um manicômio, obrigado a conviver com vários tipos de pessoas com transtornos mentais, tão somente por ter tido sua sanidade contestada (ALENCAR; TAVORA, 2020).

Serão analisadas, agora, as possibilidades relativas ao incidente de insanidade mental, em conformidade com os artigos, 151, 152, §1º e §2º do Código de Processo Penal. Sendo assim, nos exames que concluírem que o indivíduo era comprovadamente consciente dos atos ilícitos por ele cometido na época do fato, o processo continuará em seu curso processual. Caso o exame ateste que o indivíduo era, ao tempo do fato, incapaz de reconhecer os atos por ele praticados, o processo continuará seu andamento, porém o acusado será assistido por um curador, de acordo com o artigo 151 do Código de Processo Penal.

O caput do artigo 152, §1º e 2º do Código de Processo Penal, relata a doença mental existente após o fato ocorrido, invocando o artigo 26 do Código Penal, que tem redação diferente do artigo 152 do CPP, pois faz alusão à época do fato. Exemplificando, supõem-se que o agente tinha sua sanidade mental à época do fato perfeita, sendo acometido pela doença depois da ação, logo, é pessoa com transtorno mental e deve ser posta em HCTP.

Após a conclusão da perícia, constatando que o acometimento da doença foi após o crime, o juiz ordenará que o processo continue suspenso, até que o doente se recupere, ordenando que seja internado em manicômio judiciário ou estabelecimento semelhante. Em tais circunstâncias, a pessoa com transtorno mental pode ficar internada por toda a sua vida, ou seja, nunca mais sair da instituição se não restar comprovado, por meio de laudo, que o transtorno mental foi amenizado ao ponto que possa conviver em sociedade.

Novamente Paulo Jacobina expõe interpretações opostas ao código de processo penal. Segundo ele (JACOBINA, 2008, p. 125):

Não se trata de medida processual, mas sim de proteção social, ao qual não considera relevante qualquer expressão técnica de saúde mental, e emprega – de forma adequada com uma concreta ideologia da loucura – preliminarmente, uma medida de segurança de característica mais intensa dentre as previstas no código penal brasileiro. É mais, no entanto, do que responsabilização sem culpa. É punição sem processo e, novamente em total discordância com os preceitos do SUS e também da legislação sanitária mencionada nos itens passados.

O autor discorda da forma com que a lei trata a pessoa com transtorno mental que tenha sido acometida pela doença após o ato criminoso. Isso ocorre,

pois, como cita o artigo 152, §1º, o indivíduo será encaminhado para um hospital de custódia e tratamento, no qual será internado até que se recupere, tendo essa internação um caráter privativo de liberdade do acusado.

Avena (2019, p.320) afirma que:

Caso o acusado se recupere, o processo retorna ao andamento normal. No entanto em alguns casos a recuperação é quase impossível de ocorrer. Desse modo o indivíduo fica internado no hospital de custódia por muitos anos. A insatisfação do autor incidiu diretamente a respeito desse fato, visto que o indivíduo terá sua liberdade cerceada sem ao menos ter a oportunidade de responder o processo.

O laudo de insanidade mental serve apenas para que o juiz tome conhecimento do real estado do indivíduo, para o seguimento do processo. A função do médico perito no processo é esclarecer se o indivíduo sofre ou não de doença mental, se sim, deverá esclarecer se tal doença teve interferência direta na sua capacidade de entendimento ou escolha à época do fato delituoso. Ao juiz, é facultado o seu entendimento em relação ao laudo, tendo em vista que ele tem o livre convencimento a respeito do caso. Se fosse obrigatório o juiz se prender ao laudo, o próprio perito seria o julgador do processo (BRASILEIRO, 2020).

Para se averiguar a sanidade mental do réu, é necessário que o juiz determine, de ofício ou a pedido do Ministério Público, ou do defensor, curador e outros, de acordo com o artigo 149 Código de Processo Penal, que ele seja submetido à perícia médica. Isso pode ser feito até mesmo na fase do inquérito policial, por meio de representação da autoridade policial ao magistrado (BADARO, 2019).

Essa fase é quando se começa o incidente de insanidade mental do réu: apresenta-se o curador ao réu, suspende-se o processo, se já em curso, e continuam as diligências, caso necessário, para não ter prejuízo de adiamento do processo. É facultada à família do réu, em todo tipo de medida de segurança, que contrate um médico particular para acompanhar o tratamento, de acordo com o artigo 43 da Lei de Execuções Penais. Existindo divergência entre o médico particular e o perito, deverá o magistrado decidir sobre a execução da medida adotada (SOUZA, 2016).

Segundo o artigo 159 do Código de Processo Penal, a perícia deverá ser feita através de perito oficial, diplomado em nível superior. No entanto, o legislador, de maneira correta, teve a percepção do tamanho do território que seria abrangido

por essa lei e resolveu ampliar o exame psiquiátrico, ou seja, na falta de perito, poderão ser indicadas duas pessoas aptas, que tenham diploma de graduação superior, de preferência na área em questão, com o ~~compromisso~~ de ser correto e fiel ao desempenho do dever (CASTRO, 2014).

Segundo o artigo 150 do Código de Processo Penal, caso o indivíduo esteja preso, este deverá ser encaminhado ao manicômio judiciário onde exista, e caso esteja em liberdade e os peritos necessitarem de sua presença, ele deverá ser encaminhado a estabelecimento apropriado, a critério do juiz. Após esse exame, os peritos irão fazer um relatório sobre o acusado, relatando se ele possui algum transtorno mental, qual tipo de doença, qual o melhor tratamento de tal patologia (MOURA; POPPERL, 2016).

No entanto, a aferição do agente sobre a inimputabilidade deverá ser verificada no momento da ação delituosa, por meio do laudo pericial já comentado neste trabalho. Tal situação deverá ser averiguada, pois o agente poderá ter uma doença que tenha momentos de lucidez, nesse caso, ele não será considerado inimputável e sim imputável, se, no momento do ato praticado, ele estiver lúcido.

Caso o agente seja considerado inimputável no momento do crime praticado, após o laudo pericial, o magistrado irá lhe submeter à medida de segurança apropriada, podendo ser tratamento ambulatorial ou até mesmo internação hospitalar em HCTP. São submetidos tanto os inimputáveis quanto os semi-imputáveis que carecem de tratamento específico, a internação hospitalar, igualmente conhecida por medida detentiva. Já os tratamentos ambulatoriais contam com cuidados médicos, e não necessitam de internação.

Bitencourt (2022, p. 530) alerta que, para o agente ser favorecido pelo tratamento ambulatorial, deverá ser averiguada sua situação pessoal e momentânea, essas circunstâncias que determinarão se ele deverá ser submetido a tratamento ambulatorial ou não. Ver-se que não há que se falar em vinculação da medida de segurança e o crime, pois dependerá do posicionamento do magistrado no caso concreto. Aqui abre-se uma exceção, pois se o crime é punido com detenção ou reclusão, isso orienta a determinação do tipo de medida de segurança.

Concluindo o magistrado que, à época do fato, o agente tinha total conhecimento de seus atos, e que a doença veio posterior ao fato, o magistrado suspenderá o andamento do processo, sendo-lhe facultado decretar a internação em manicômio judiciário ou em algum estabelecimento compatível com o transtorno

mental da pessoa. Retomando o agente suas condições normais, o processo progride em seu andamento normal, podendo ser solicitadas testemunhas, sem a sua presença.

Estão elencadas, nos artigos 171 a 174 da Lei 7.210/84, algumas disposições sobre medida de segurança. É obrigatório que a sentença tenha transitado em julgado para que seja iniciada a execução da medida de segurança. Não há que se falar ao contrário, para não correr o risco de uma insegurança jurídica. Essa medida só poderá ser tomada após o trânsito em julgado, porque, como a pena de reclusão, ela também poderá causar sofrimento físico e mental (AVENA, 2019).

Segundo o artigo 171, da Lei de Execuções Penais, posteriormente ao trânsito em julgado, o magistrado expedirá a guia de execuções, podendo ser para internação ou tratamento ambulatorial. De acordo com o artigo 173, da mesma lei, essa guia deverá ser enviada à autoridade administrativa encarregada de executar a medida de segurança, englobando todas as informações do agente, como RG, a certidão do trânsito em julgado, a data que irá finalizar o tempo mínimo da internação, como todo conteúdo da denúncia e da sentença.

A divisão dos condenados por categorias de gênero demonstrou-se ser elemento indispensável para a aplicação da pena e para manter a dignidade dos presos. Assim, de acordo com o artigo 82 da Lei nº 7.210\1984, destinam-se os estabelecimentos penais ao condenado, ao submetido à medida de segurança, ao preso provisório e ao egresso (BRASIL, 1984).

Tomando como norte o artigo 99 e seu parágrafo único da Lei de Execução Penal, o hospital de custódia e tratamento psiquiátrico destina-se aos inimputáveis e semi-imputáveis, referidos no artigo 26 e seu parágrafo único do Código Penal, aplicando-se ao hospital, no que couber, o disposto no parágrafo único do artigo 88 da referida lei (BRASIL, 1988). Nos termos do artigo 26 do Código Penal, após as alterações de 1984:

Art. 26 - É isento de pena o agente que, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento (BRASIL, 1984, art.26).

Finalmente, em 1989, surge o Projeto de Lei nº 3.657/89, de autoria do Deputado Federal Paulo Delgado, para regulamentar os direitos da pessoa com

deficiência intelectual. Esse projeto visava a valorização de alguns aspectos que antes eram negligenciados, a exemplo do acesso aos direitos pelas pessoas (CORREIA, 2018). Nas saudosas palavras de Carvalho (2020, p. 509):

A Lei n. 10.216/2001 inegavelmente muda o estatuto jurídico e a lógica do tratamento dos portadores de sofrimento psíquico no Brasil. A Lei da Reforma Psiquiátrica não apenas determina como diretriz central que sejam realizadas políticas públicas de desinstitucionalização, como fixa como premissa o respeito à autonomia dos usuários do sistema de saúde mental. Assim, devem atuar como protagonistas na definição de sua terapêutica. Além disso, a Reforma Psiquiátrica procura alterar a linguagem que configurou historicamente a instituição manicomial, estabelecendo uma nova gramática nas práticas de internação.

Posteriormente, em 2001, tem-se a promulgação da Lei n. 10.216/2001, que ficou conhecida como Reforma Psiquiátrica. A Reforma Psiquiátrica traduz-se em um movimento que busca a transformação na área da saúde mental, rompendo com o modelo asilar clássico para o cumprimento das Medidas de Segurança.

Os Serviços Residenciais Terapêuticos - SRTs, criados pela Reforma Psiquiátrica, constituem-se como uma estratégia para a desinstitucionalização, que é a retirada de um serviço burocrático das mãos de uma instituição. Assim ocorre a influência pelos preceitos de direitos humanos e especial atenção ao cuidado da saúde mental, para que ocorra um melhor tratamento dessas pessoas institucionalizadas pela medida de segurança.

Algo importante que deve ser mencionado é que a medida de segurança tem regulamentação diferente da pena privativa de liberdade, pois não existe, de forma expressa, um prazo máximo de duração, sendo que o texto que regula esta matéria diz, no artigo 97, § 1º do Código Penal, que as medidas de segurança terão prazo indeterminado, até que se determine, através de perícia médica, a cessação da periculosidade da pessoa com transtorno mental (MADEIROS; ZANELLO, 2018).

Assim, aquele que for submetido à medida de segurança ficará por tempo indeterminado sob a custódia do Estado, podendo durar alguns ou vários anos, até mesmo pelo resto da sua vida, assumindo, desta forma, a perpetuidade, o que confronta nossa Constituição Federal, que proíbe, de maneira expressa, a existência de penas de caráter perpétuo, além de violar outros princípios, como o da proporcionalidade, da igualdade, da legalidade e da dignidade da pessoa humana (SILVA; LEVY; ZELL, 2020).

Tudo isto em contradição com a Lei 10.216/01, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, que dispõe, no seu artigo 4º, § 3º, que é vedada a internação em instituições de natureza asilar. (BRASIL, 2001). Muitas são as controvérsias doutrinárias e jurisprudenciais no mundo jurídico a respeito desse assunto, prevalecendo, em sua maioria, a defesa da aplicação de um prazo máximo às medidas de segurança. Esses posicionamentos não são uniformes, o que leva tal irregularidade a diferentes soluções. O fato é que ainda hoje não há um consenso sobre qual delas deve ser adotada, o que não deixa de manifestar certa insegurança jurídica (GENTIL, 2012).

A reforma psiquiátrica é um movimento tão certo e necessário que o próprio Conselho Nacional de Justiça, em 2010, por meio da Resolução n. 113/2010, tratou do procedimento de execução da medida de segurança, trazendo, em seu artigo 17, que o juiz da execução deve determinar medidas adequadas para o tratamento da pessoa com transtorno mental, principalmente tentando trazer políticas antimanicomiais, nos moldes da Lei n. 10.216/2001, o que será mais bem detalhado no capítulo que segue.

Em 2011, o Ministério Público Federal – MPF e a Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão publicam o “PARECER SOBRE MEDIDAS DE SEGURANÇA E HCTP E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO SOB A PERSPECTIVA DA LEI N. 10.216/2001”.

O referido parecer faz um apanhado muito rico no tocante às pessoas com transtornos mentais que se encontram em HCTPs e apresenta algumas críticas à própria realidade dessas pessoas, já que só se tem notícia de políticas públicas para reverter as práticas ortodoxas que até hoje pairam nos HCTPs, e que o próprio MPF, como fiscal da lei, também poderia agir sem depender do impulso oficial do Poder Judiciário, eis aqui uma crítica. Dessa forma, pela riqueza de detalhes dentro desse trabalho, não se pode deixar de mencionar o referido parecer.

Como o parecer possui 104 páginas, será feita uma breve análise. A primeira pontuação que se faz do parecer é que o próprio MPF reconhece que o sistema de execução da medida de segurança dentro do ordenamento jurídico brasileiro é uma violação aos direitos humanos das pessoas com transtorno mental. Para reverter essa situação, é proposta, no parecer, a criação de uma agenda política social e jurídica, para haver uma atenção psicossocial para as pessoas com transtornos mentais.

A crítica desse primeiro ponto é que a violação dos direitos humanos da pessoa com transtornos mentais não é solucionada com uma agenda política e sim, por meio da reforma legislativa aliada a políticas públicas, de preferência que sejam efetivadas. Afinal, uma agenda, só com prazos e falsas promessas, não é eficaz, pois, para uma pessoa que se encontra em um HCTP, só o reconhecimento da violação dos direitos humanos não muda a realidade.

Um segundo ponto identificado no parecer é que se propõem ações políticas e jurídicas. Bem é sabido que o MPF, como fiscal da lei, pode por si só visitar um HCTP e autuar processo para que seja feita a referida ação, sem depender do Poder Executivo.

Um terceiro ponto a ser mencionado sobre o referido parecer é que se propõe ações programáticas fixadas no objetivo estratégico. Enfim, em algum momento dentro desta pesquisa, mencionou-se uma agenda programática que prometeu que até 2020 não existiria, no Brasil, nenhum tipo de manicômio judiciário, pois a pessoa com transtorno mental deverá receber tratamento digno dentro de uma instituição e tal tratamento é voltado à reinserção social da pessoa com transtorno mental. Bem, chegou-se 2022 e sempre são noticiados casos de pessoas em condições sub-humanas internadas em HCTPs, que, dentro de sua estrutura, não passam de manicômios judiciários em uma nova nomenclatura.

Um quarto ponto, dentro do parecer, que chama atenção é a menção de participação da sociedade. Entretanto, é sabido que a criação dos “manicômios judiciários” foi para deixar a cidade mais bonita para a chegada da Família Real no Brasil. A pergunta que fica é: o que mudou de lá para cá? A resposta é muito simples: até hoje a sociedade brasileira tem uma postura preconceituosa com as pessoas com transtornos mentais, sejam elas cometedoras ou não de delitos. Encontrar voluntários para essa missão, talvez, seja só uma triste ilusão vinda do parecer do Ministério Público Federal.

Um quinto ponto que merece ser analisado, dentro deste parecer, é que se propõe a elaboração de minuta conjunta de um ato normativo entre CNMP e CNJ para fixar a periodicidade de fiscalização e padronização dos mecanismos das medidas de segurança. Bem, observa-se que o MPF e sua procuradoria apresentam uma solução sem detalhamento, mas não é por falta de data de fiscalização que a medida já não daria certo. O erro remonta dentro do próprio CNJ, que tem uma normativa conflitante e completamente controversa quanto ao tratamento das

peças com transtornos mentais que se encontram em HCTPs, e que será analisada de forma mais aprofundada, no capítulo 2 (dois) deste trabalho.

Por fim, um sexto ponto é que, nas considerações da comissão do MPF, responsável pela publicação do parecer, curiosamente é relatada como proposta de intervenção para melhoria e promoção da dignidade da pessoa com transtorno mental que se encontra em um HCTP, a revisão da legislação codificada penal e processual penal e da LEP, para adequá-las à Lei n. 10.216/2001, no que concerne à medida de segurança. Questiona-se qual parte especificamente deveria ser alterada, já que, quando se lê o parecer, subentende-se que a normativa inteira que se refere a pessoas com transtornos mentais é falha e não serve, mas talvez seja essa a verdade de fato.

Para finalizar, em 2015, o Conselho Federal de Psicologia uniu-se à Ordem dos Advogados do Brasil e com a Associação Nacional do Ministério Público em Defesa da Saúde (AMPASA) para realizar uma inspeção nos HCTPs em todo país, com o objetivo de traçar melhorias para os pacientes, visando o disposto no artigo 15 da Convenção da Pessoa com Deficiência:

Art.15: Prevenção contra tortura ou tratamentos ou penas cruéis, desumanos ou degradantes
Nenhuma pessoa será submetida à tortura ou a tratamentos ou penas cruéis, desumanos ou degradantes. Em especial, nenhuma pessoa deverá ser sujeita a experimentos médicos ou científicos sem seu livre consentimento. Os Estados Partes tomarão todas as medidas efetivas de natureza legislativa, administrativa, judicial ou outra para evitar que pessoas com deficiência, do mesmo modo que as demais pessoas, sejam submetidas à tortura ou a tratamentos ou penas cruéis, desumanos ou degradantes (BRASIL, 2015, art.15).

Quanto à visita de 2015, o que se constatou foram maus tratos e HCTPs “sucateados”, ausência de médicos e enfermeiros e estrutura comprometida, isolamento, falta de treinamento dos profissionais e procedimentos totalmente inadequados, descumprindo, assim, com o disposto no artigo 15 da Convenção da Pessoa com Deficiência.

Neste tópico, restou demonstrada a origem e o funcionamento dos HCTP, além da normativa que o rege que é pautada na dignidade da pessoa humana. Ainda demonstrou-se que a Constituição de 1988 exerce uma forte influência para que as pessoas com transtornos mentais sejam tratadas de forma digna. Entretanto foi possível perceber que a mudança foi só quanto à nomenclatura; quanto à estrutura desses locais, ainda há muito a ser feito. Da mesma forma, foi possível

concluir que a legislação em torno do HCTP é muito técnica e, por algumas vezes, falha, como se criticou. Por isso, faz-se necessário compreender e analisar o HCTP no CNPCP e no CNJ, conforme será exposto abaixo.

3 NORMAS SOBRE O HCTP NO CONSELHO NACIONAL DE POLÍTICA CRIMINAL E PENITENCIÁRIA E NO CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA

No presente tópico, será abordada a Portaria n.º 1.777/ 2003; Resolução nº 05 de 2004, Resolução nº 3 de 2005; Resolução nº 04 de 2010; Resolução nº 02 de 2014, do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCP). Também será analisada a Resolução N° 113/2010, Portaria 26, de 31 de março de 2011, Recomendação CNJ n. 35/2011 e Portaria nº 142, de 18 de maio de 2021, do CNJ.

Antes de tecer comentários, é necessário comentar sobre a natureza jurídica e força normativa de cada uma delas. Começando pelas portarias que têm natureza jurídica de ato ordinário administrativo e têm a finalidade de disciplinar o funcionamento de algo dentro da administração pública ou orientar a tarefa de seus agentes.

Elas devem ser editadas pelos chefes dos órgãos públicos, que as direciona aos seus subordinados, determinando a realização de atos especiais ou gerais. A depender de seu conteúdo, deve atender a alguns critérios, mas, como a que será abordada neste trabalho é a interministerial, apenas ela será explicada. Portanto, a referida portaria vincula as prefeituras, órgãos públicos e outros setores da administração pública e todos os seus subordinados devem cumpri-la.

Já as resoluções são atos legislativos com conteúdo concreto. Elas têm caráter político, legislativo, processual ou administrativo. Não estão submetidas a qualquer tipo de promulgação, controle preventivo de constitucionalidade, apenas com exceção daquelas que aprovam acordos internacionais. São editadas por autoridades e não necessariamente é o chefe do Poder Executivo. Uma ressalva importante é que não podem contrariar outros regulamentos ou regimentos, apenas melhorar ou explicá-los, se necessário.

3.1 Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária e a normativa relacionada ao HCTP e à medida de segurança

O CNPCP, foi criado no ano de 1980, por meio do disposto no artigo 64 da Lei de Execução Penal. Portanto trata-se de um órgão que auxilia na execução penal quanto à implementação de políticas no âmbito das penitenciárias e criminal, visando a promoção de políticas públicas adequadas.

Quanto à sua normativa relacionada ao HCTP e à medida de segurança, os Ministérios da Saúde e da Justiça, com a participação do Conselho Nacional de Secretários de Saúde, do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde e do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária, são os responsáveis pela criação do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, por meio da Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014. Esta portaria trouxe comando significativo no tocante às pessoas com transtornos mentais que estão em tratamento HCTPs, portanto deve ser analisada dentro deste trabalho.

No alcance do referido plano, encontra-se todos os estados e o Distrito Federal, sendo de responsabilidade da Esfera Federal, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios por meio do Ministério da Saúde fazer com que as diretrizes sejam cumpridas. Entre as suas atribuições, talvez a principal seja elaborar um planejamento estratégico, traçando as prioridades, e articular as formas de cumpri-la (ZANINELLI, 2015).

Uma segunda seria garantir a manutenção das garantias implementadas, pois não basta apenas criar uma melhoria para ofertar um melhor tratamento às mulheres com transtornos mentais em cumprimento de medida de segurança, mas sim manter a longo prazo. Por fim, devem ser monitorados os projetos para garantir que o dinheiro público foi devidamente empregado e está surtindo efeito (BRASIL, 2014).

Por fim, a Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014, traz em seu artigo 7º, a oferta de um tratamento mais humanizado às pessoas com transtornos mentais e tentar passar uma visão de tratamento terapêutico aos que cumprem medida de segurança e não de uma “pena” ou “punição”.

É de se ressaltar que tal portaria sofreu algumas alterações por meio da edição da Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014 que trouxe uma inovação pioneira à pessoa com transtorno mental, em cumprimento de medida de segurança que a composição da equipe a depender da quantidade da população em tratamento e necessitando do serviço. Quanto à composição, encontra-se disposta nos artigos 9º e 10º.

Ainda quanto à normativa, tem-se a Resolução nº 05 de 2004, que aborda sobre a efetuação de adequação ao disposto na Reforma Psiquiátrica por meio da Lei nº 10.216/2001 no tocante à medida de segurança cumprida pelas pessoas com transtornos mentais. Ainda, traz diretrizes importantes que foram enviadas a todas

as Secretarias Estaduais que administram o Sistema Prisional do Brasil e Conselhos Penitenciários Estaduais e, em consequente, são aplicadas aos HCTPs (ZANINELLI, 2015).

Segue abaixo as dezoito diretrizes traçadas na Resolução CNPCP n. 05/2004 para posterior análise:

1. O tratamento aos portadores de transtornos mentais considerados inimputáveis “visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio” (art. 4º, § 1º da Lei nº 10.216/01), tendo como princípios norteadores o respeito aos direitos humanos, a desospitalização e a superação do modelo tutelar.
2. A atenção prestada aos pacientes inimputáveis deverá seguir um programa individualizado de tratamento, concebido por equipe multidisciplinar que contemple ações referentes às áreas de trabalho, moradia e educação e seja voltado para a reintegração sociofamiliar.
3. O internado deverá “ter acesso ao melhor tratamento consentâneo às suas necessidades” (art. 2º, § 1º, inciso I), de mesma qualidade e padrão dos oferecidos ao restante da população.
4. Os pacientes inimputáveis deverão ser objeto de política intersetorial específica, de forma integrada com as demais políticas sociais, envolvendo as áreas de Justiça e Saúde e congregando os diferentes atores e serviços que compõem a rede.
5. A medida de segurança deverá ser cumprida em hospital estruturado de modo a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer etc. (art. 4º, § 2º).
6. A atenção deverá incluir ações dirigidas aos familiares e comprometer-se com a construção de projetos voltados ao desenvolvimento da cidadania e à geração de renda, respeitando as possibilidades individuais.
7. Os HCTP e Tratamento Psiquiátrico deverão estar integrados à rede de cuidados do SUS, adequando-se aos padrões de atendimento previstos no Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares - PNASH/ Psiquiatria e aos princípios de integralidade, gratuidade, equidade e controle social.
8. Nos Estados onde não houver HCTP e Tratamento Psiquiátrico os pacientes deverão ser tratados na rede SUS.
9. Os Estados deverão realizar censos jurídicos, clínicos e sociais dos portadores de transtornos mentais que sejam inimputáveis, a fim de conhecer suas necessidades terapêuticas, disponibilizar recursos, garantir seu retorno à comunidade de referência e acesso a serviços territoriais de saúde.
10. A conversão do tratamento ambulatorial em internação só será feita com base em critérios clínicos, não sendo bastante para justificá-la a ausência de suporte sócio-familiar ou comportamento visto como inadequado.
11. A medida de segurança só poderá ser restabelecida em caso de novo delito e após sentença judicial. Os casos de reagudização de sintomatologia deverão ser tratados no serviço de referência local.
12. A medida de segurança deve ser aplicada de forma progressiva, por meio de saídas terapêuticas, evoluindo para regime de hospital-dia ou hospital-noite e outros serviços de atenção diária tão logo o quadro clínico do paciente assim o indique. A regressão para regime anterior só se justificará com base em avaliação clínica.
13. A fim de garantir o acesso dos egressos dos HCTP aos serviços residenciais terapêuticos, deverão ser estabelecidas cotas específicas para estes pacientes nos novos serviços que forem sendo criados.
14. Como forma de superar as dificuldades de (re)inserção dos egressos nos serviços de atenção psicossocial da rede, os gestores de saúde locais

devem ser convocados, desde o início da medida, para participarem do tratamento, realizando busca ativa de familiares e preparando a família e a comunidade para o retorno do paciente.

15. Após a desinternação, desde o primeiro ano, o paciente deve ser assistido no serviço local de saúde mental, paralelamente ao tratamento ambulatorial previsto em lei, com o objetivo de construir laços terapêuticos em sua comunidade.

16. Os pacientes com longo tempo de internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico, que apresentem quadro clínico e/ou neurológico grave, com profunda dependência institucional e sem suporte sócio-familiar, deverão ser objeto de “política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida” (art.5º da Lei), beneficiados com bolsas de incentivo à desinternação e inseridos em serviços residenciais terapêuticos.

17. Os portadores de transtornos relacionados ao uso de drogas deverão ser objeto de programas específicos, de conformidade com a política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral ao Usuário de Álcool e outras Drogas.

18. Em caso de falta às consultas ou abandono de tratamento, os serviços locais de saúde deverão realizar visitas domiciliares com o fim de avaliar a situação e estimular o retorno do paciente ao tratamento (BRASIL, 2004).

Das 18 diretrizes acima citadas, é possível compreender que o que o CNPCP planejava era toda uma reestruturação dos HCTPs do Brasil nos moldes da Lei nº 10.216/2001. Entretanto, o “Parecer sobre Medidas de Segurança e Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, sob a perspectiva da Lei N. 10.216 de 2001”, emitido em 2011 pelo Ministério Público Federal - MPF em conjunto com o Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão - PFDC, e já comentado neste trabalho, demonstrou que a referida Resolução nº 05/2004 só ficou mesmo no papel (FERREIRA, 2021).

Isso, porque, até houve as visitas às instituições, conforme comando da Resolução nº 05, entretanto, felizmente ou infelizmente, tais visitas fiscalizatórias confirmaram que a resolução não estava sendo cumprida, e o desrespeito aos direitos humanos se perpetuava. Com isso, adaptou-se a Resolução Nº 05/2004, conforme se extrai de uma parte de uma inspeção que ocorrera em um HCTP no Estado da Bahia, citado no Parecer sobre Medidas de Segurança E HCTP E Tratamento Psiquiátrico sob a Perspectiva da Lei n. 10.216/2001 do MPF e PFDC (2011, p.75), conforme segue abaixo:

Sendo o único Hospital do Estado da Bahia destinado a dar cumprimento às medidas de segurança, isto é, por se tratar do único Manicômio Judiciário do Estado, o Hospital tem como grande problema o elevado número de paciente [sic] enviados pelas Comarcas do Interior do Estado, representando ao todo cerca de 90%. Este fato é apontado pela assistente social como o que mais dificulta a ressocialização, o contato dos internos com a família, fazendo com que estes paciente [sic] fiquem sem visitas e, conseqüentemente, sem apoio social. Muitas vezes, quando têm alta, o Serviço Social da Unidade tem problema para desinstitucionalizar o paciente,

pois, pelo fato de grande parte das vezes as vítimas serem pessoas próximas do vínculo social (pai, mãe, filho e esposa), os parentes não querem levá-los para casa, preferindo mantê-los no Estabelecimento. Os desinternados de Salvador recebem tratamento ambulatorial no próprio Hospital. As reinternações são muitas, o que pode sugerir que a reabilitação psicossocial não é feita de forma adequada, ou que o laudo psiquiátrico é feito de maneira precária. A quantidade de peritos na casa é um dos maiores problemas da Casa, sendo um total de três para elaboração de laudos, o que leva os pacientes a aguardarem até 7 meses pela avaliação psiquiátrica. Não há doente mental internado sem delito. Embora isso nos pareça óbvio, até algum tempo atrás o Hospital era confundido com hospital psiquiátrico regular e costumava-se internar pacientes com transtornos mentais que não tinham cometido nenhum tipo de crime. O índice de evasão aqui também é pequeno, e qualquer tentativa é feita pelas portas da frente, devido ao próprio comprometimento dos internos, o que é barrado pela portaria¹.

Do fragmento acima citado, é possível perceber que a violação dos direitos humanos das pessoas com transtornos mentais é algo perpetuado e que ultrapassa as barreiras temporais e foi normalizado. Isso ocorre, uma vez que a criação do próprio HCTP, quando era chamado de “manicômio judiciário”, foi para excluir as pessoas com transtornos mentais da sociedade e assim é até hoje, em 2022.

Um ano após a publicação da Resolução Nº 05/2004, é emitida pelo CNPCP a Resolução nº 3 de 2005 com o objetivo de promover a construção, ampliação e reforma de estabelecimentos penais. Nesse tocante foi responsável por trazer uma normativa preconceituosa, pois trata os HCTPs como "estabelecimentos penais destinados a abrigar pessoas submetidas à medida de segurança".

Assim tem-se o preconceito, pois trata essas instituições como unidades prisionais, inclusive são administradas e regidas por cada estado como uma unidade prisional, um hospital-prisão. Alguns anos depois, em 2010, é publicada a Resolução nº 04, que tem seu objetivo traçado no artigo 1º, § 1º, que segue abaixo:

Art. 1º - O CNPCP, como órgão responsável pelo aprimoramento da política criminal, recomenda a adoção da política antimanicomial no que tange à atenção aos pacientes judiciários e à execução da medida de segurança.
§ 1º - Devem ser observados na execução da medida de segurança os princípios estabelecidos pela Lei 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial de tratamento e cuidado em saúde mental que deve acontecer de modo antimanicomial, em serviços substitutivos em meio aberto (BRASIL, 2010, art.1º, §1º).

Da citação do artigo acima, é possível desprender que se tem determinações e orientações quanto ao inserimento da pessoa com transtorno mental de volta ao

¹ A inspeção ao HCTP do Estado da Bahia, situado na capital daquele estado, Salvador, foi realizada em 28 de junho de 2007.

convívio social, reforçando a possibilidade de haver tratamento do transtorno mental sem haver a necessidade de internação em um HCTP. Quanto à Resolução nº 04/2010, ainda merece ser comentado o artigo 2º, que dispõe que:

Art. 2º - A abordagem à pessoa com doença mental na condição de autor do fato, réu ou sentenciado em processo criminal, deve ser objeto de atendimento por programa específico de atenção destinado a acompanhar o paciente judiciário nas diversas fases processuais, mediando as relações entre o Poder Judiciário e o Poder Executivo, visando à promoção da individualização da aplicação das penas e medidas de segurança e no encaminhamento das questões de execução penal dos pacientes judiciários;

I - A União e os Estados devem garantir que o programa específico de atenção ao paciente judiciário tenha extensão em todo o território nacional, podendo contar nos Estados com uma estrutura central e núcleos regionais ou municipais (BRASIL, 2010, art.2º, I).

Ainda nessa mesma resolução, em seu artigo 6º, tem-se a seguinte redação:

Art. 6º - O Poder Executivo, em parceria com o Poder Judiciário, irá implantar e concluir, no prazo de 10 anos, a substituição do modelo manicomial de cumprimento de medida de segurança para o modelo antimanicomial, valendo-se do programa específico de atenção ao paciente judiciário.

§ 1º - Será realizado levantamento trimestral de dados estatísticos sobre as medidas de segurança impostas e executadas, de incumbência dos órgãos responsáveis pelos internamentos e tratamentos impostos.

§ 2º - O levantamento a que se refere o parágrafo anterior será realizado por equipe constituída pelo Ministério da Justiça, Ministério da Saúde, Ministério do Desenvolvimento Social e Conselho Nacional de Justiça (BRASIL, 2010, art.6º).

Desse artigo da resolução, é possível extrair que existe a necessidade de haver uma cooperação entre o Poder Executivo e o Poder Judiciário, visando a desinstitucionalização do HCTP até o ano de 2020, o que não se concretizou nem em 2021, uma vez que o modelo antigo e arcaico de tratamento dado à pessoa com transtorno mental é sempre noticiado, conforme menciona Monique Ferreira (2021). Por fim, o Conselho Nacional de Justiça também possui sua normativa relacionada ao HCTP e à medida de segurança, conforme será narrado a seguir.

3.2 Conselho Nacional de Justiça e a normativa relacionada ao HCTP e à medida de segurança

O Conselho Nacional de Justiça – CNJ foi instituído foi Emenda Constitucional nº 45 de 2004, mas só foi implementado em 2005. A sua missão é melhorar a atuação do Poder Judiciário e controlar o cumprimento das obrigações dos juízes.

Além disso, também controla a atuação administrativa e financeira do Poder Judiciário, para tanto pode expedir atos, regulamentos ou recomendações para que seus objetivos sejam alcançados. Tudo isso em busca de melhor atender os anseios da sociedade brasileira.

O Conselho Nacional de Justiça, assim como o CNPCP, tem a sua normativa para tratar das pessoas com transtorno mental que cumprem medida de segurança em HCTP, só que de uma forma mais tímida, porque o CNJ traz normativas que dizem respeito à atuação do Poder Judiciário e não sobre a pessoa com transtorno mental em si, que é o foco ou deveria ser. Neste trabalho, será abordado sobre quatro normativas, quais sejam: Resolução N° 113/2010, Portaria 26, de 31 de março de 2011, Recomendação CNJ n. 35/2011 e Portaria nº 142, de 18 de maio de 2021.

Começando pela Resolução N° 113/2010 do Conselho Nacional de Justiça, esta dispõe (no art. 17) que “o juiz competente para a execução da medida de segurança, sempre que possível, buscará implementar políticas antimanicomial, conforme sistemática da Lei n. 10.216, de 06 de abril de 2001” (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2010).

Ademais, o CNJ, em sua Portaria nº 26, de 2011, em seu artigo. 1º, preocupado com a situação dos pacientes em medida de segurança no país, decidiu instituir “Grupo de Trabalho para realizar mutirões, elaborar estudos e apresentar propostas relativas à fiscalização e ao acompanhamento do cumprimento de medidas de segurança” (BRASIL, 2011, art.1º).

A Portaria nº 26, de 2011 foi instaurada, pois o CNJ percebeu que o número de pessoas com transtornos mentais aguardando a incidente de insanidade mental ou em cumprimento da medida segurança só aumenta e é necessário fazer uma intervenção para proteger garantias fundamentais dessas pessoas que são violadas diariamente.

Sobre a Recomendação do CNJ de n. 35/2011, trata basicamente da redução da população que vive nos HCTP, se dá como exemplo a aplicação de medida de segurança em ambiente social. Entretanto, para que uma pessoa com transtorno mental cumpra uma medida de segurança em sociedade, é indispensável uma rede de apoio que acompanhe de perto a evolução médica e social desta pessoa (ALMEIDA, 2018).

A Recomendação do CNJ de n. 35/2011 recomenda aos tribunais brasileiros que o cumprimento da medida de segurança adote a política antimanicomial sempre que possível, pois é sabido que internar uma pessoa com transtorno mental nem sempre é necessário, pois ela poderá ser tratada em casa com uma equipe especializada. Essa política antimanicomial proposta pela referida recomendação é pautada em algumas diretrizes.

A política antimanicomial é algo defendido neste trabalho e, para melhor visualização de como deverá funcionar, segue abaixo as diretrizes abarcadas pela Recomendação do CNJ de n. 35/2011:

- a) mobilização dos diversos segmentos sociais, compartilhamentos de responsabilidades, estabelecimento de estratégias humanizadoras que possibilitem a efetividade do tratamento da saúde mental e infundam o respeito aos direitos fundamentais e sociais das pessoas sujeitas às medidas de segurança;
- b) diálogo e parcerias com a sociedade civil e as políticas públicas já existentes, a fim de buscar a intersetorialidade necessária;
- c) criação de um núcleo interdisciplinar, para auxiliar o juiz nos casos que envolvam sofrimento mental;
- d) acompanhamento psicossocial, por meio de equipe interdisciplinar, durante o tempo necessário ao tratamento, de modo contínuo;
- e) permissão, sempre que possível, para que o tratamento ocorra sem que o paciente se afaste do meio social em que vive, visando sempre à manutenção dos laços familiares;
- f) adoção de medida adequada às circunstâncias do fato praticado, de modo a respeitar as singularidades sociais e biológicas do paciente judiciário;
- g) promoção da reinserção social das pessoas que estiverem sob tratamento em hospital de custódia, de modo a fortalecer suas habilidades e possibilitar novas respostas na sua relação com o outro, para buscar a efetivação das políticas públicas pertinentes à espécie, principalmente quando estiver caracterizada situação de grave dependência institucional, consoante o art. 5º da Lei no 10.216/2001;
- h) manutenção permanente de contato com a rede pública de saúde, com vistas a motivar a elaboração de um projeto de integral atenção aos submetidos às medidas de segurança;
- i) realização de perícias por equipe interdisciplinar (BRASIL, 2011, art.1º, II).

Por fim, a Portaria nº 142, de 18 de maio de 2021 do CNJ, em seu artigo 1º, traz os seguintes objetivos:

- Art. 1º Instituir Grupo de Trabalho para:
- I – propor cursos complementares de capacitação on-line, podcasts e um calendário anual de eventos de formação inicial e continuada sobre os parâmetros internacionais de direitos humanos a respeito do trato das

pessoas com deficiência psicossocial voltado aos profissionais do Sistema de Justiça que lidam com atendimento de saúde mental;

II – elaborar propostas de encaminhamentos e outras medidas necessárias para prevenção de tortura e qualquer forma de tratamento cruel, desumano e degradante no contexto de internação por motivos psiquiátricos, inclusive em relação à pacientes judiciários submetidos à medida de segurança na modalidade internação; e

III – sugerir medidas para garantir o fortalecimento dos equipamentos do Sistema Único de Saúde (SUS), com o objetivo de permitir atendimento adequado e substitutivo à internação para pessoas com deficiência psicossocial, observando-se o norte da Lei no 10.216/2001, interpretada à luz da Convenção Americana sobre Direitos Humanos e da Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (BRASIL, 2021, art.1º).

Do artigo acima citado, é possível perceber que o núcleo central da Portaria nº 142, de 18 de maio de 2021, do CNJ, é a proteção dos direitos humanos e da dignidade da pessoa com transtorno mental em cumprimento de medida de segurança. Na verdade, quando se trata de dignidade, a base é sempre os direitos humanos. Importante mencionar que as pessoas com transtornos mentais não têm uma percepção completa de quando os direitos humanos são violados e é justamente por isso que precisam de uma atenção redobrada e em hipótese alguma isso trata de privilégios, mas sim fazer valer seus direitos. Ainda, a Portaria nº 142, de 18 de maio de 2021 do CNJ, traz as atribuições do grupo de trabalho em seu artigo 2º.

Por fim, fazendo uma reflexão crítica e analítica de todo o exposto neste capítulo e no capítulo anterior, é possível concluir que uma solução para acabar com a cultura brasileira de achar que a pessoa com transtorno mental não deve ser tratada com dignidade é por meio da extinção dos HCTPs, e, assim, se acaba com esse estigma de que o paciente do HCTP tem menos dignidade que outras pessoas que também têm transtorno mental.

Inclusive, a extinção dos HCTPs apresenta-se, de forma bem expressa, na Lei n. 0.216/2001, que, no art. 4º, disciplina:

Art. 4º a internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1º o tratamento visará, como finalidade permanente, à reinserção social do paciente em seu meio.

§ 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.

§ 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º (BRASIL, 2001, art.4º).

Seguindo o parecer do MPF já comentado neste trabalho, Rigonatti (2013, p. 235), em publicação para o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, critica os HCTP e Tratamento Psiquiátrico existentes no Brasil, nos seguintes termos:

O cerne da questão, porém, continua sendo a liberdade. A fim de proteger a sociedade, foram criados os HCTP, que historicamente enraizaram fundamentos jurídicos e médicos, sendo considerados sistemas híbridos, carcerário-hospitalares, porém muito mais parecidos a presídios do que a hospitais. Priva-se a liberdade de alguém, que não foi condenado a tal e, com pouco recurso para tratamento e perícias, o sistema falha na reintegração destes indivíduos e passa a ter uma conotação punitiva e não curativa. A proposta de transformação em unidades hospitalares mais integradas ao SUS necessitará de intensa discussão e planejamento, mas já se encontra em andamento e irá aproximar a instituição a um perfil hospitalar, o que poderá também modificar a visão popular do doente mental infrator. Equipes multidisciplinares são necessárias para tratamento e avaliação adequada a fim de diminuir a periculosidade e retornar com o indivíduo à sociedade com maior agilidade.

Infelizmente, apesar de a Lei n. 10.216/2001 no artigo 4º prever, expressamente, a extinção dessas instituições, na prática, a realidade é outra, pois as autoridades federais e estaduais ainda as mantêm, violando os tratos e princípios que versam sobre direitos humanos e dignidade da pessoa humana. É sabido que a extinção do HCTP é um processo complexo, pois todos os recursos deveriam ser redirecionados para a manutenção do tratamento da pessoa com transtorno mental, mas, depois da edição dessas portarias e recomendações, já houve um progresso.

Monique Torres Ferreira (2021) explica que muitos HCTPs foram fechados, mas alguns ainda funcionam pelo Brasil. Enquanto todas as melhorias recomendadas pelas portarias e recomendações editadas pelo CNJ e CNPCP não se concretizam e são implementadas, essas pessoas padecem, e essa realidade é ainda pior quando se trata de mulheres, conforme será contundentemente abordado abaixo.

4 SER MULHER E ESTAR NO HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSQUIÁTRICO: A INVISIBILIDADE VISÍVEL DO GÊNERO FEMININO

O artigo 5º, XLVIII, da Constituição Federal determina que “a pena será cumprida em estabelecimentos distintos, de acordo com a natureza do delito, a idade e o sexo do apenado” (BRASIL, 1998). Em respeito ao disposto no artigo 5º, L, da Constituição Federal, que estabelece que às presidiárias serão asseguradas condições para que possam permanecer com seus filhos durante o período de amamentação, a Lei n. 11.942, de 27 de maio de 2009, deu nova redação ao § 2º do artigo 83, determinando que os estabelecimentos penais destinados a mulheres serão dotados de berçário, onde as condenadas possam cuidar de seus filhos, inclusive amamentá-los, no mínimo, até os 6 (seis) meses de idade (BRASIL, 2009).

Tomando como norte o artigo 99 e seu parágrafo único da Lei de Execução Penal, o hospital de custódia e tratamento psiquiátrico destina-se aos inimputáveis e semi-imputáveis referidos no artigo 26 e seu parágrafo único do Código Penal, aplicando-se ao hospital, no que couber, o disposto no parágrafo único do artigo 88 da referida lei (BRASIL, 1984).

De forma rotineira e impune, tem-se violado o princípio da individualização da pena no âmbito executacional, em flagrante e inaceitável descon sideração ao disposto no artigo 5º, XLVI, da Constituição Federal, aumentando a discriminação do gênero feminino, principalmente no tocante à mulher com transtorno mental em cumprimento de medida de segurança.

Pior ainda é a seletividade da criminalização também chamada de penal, na qual as mulheres são duplamente condenadas. A primeira condenação é pelo fato de ser uma mulher e ainda ser “criminosa” e isso quebra com o estereótipo de recatada e do lar, que só serve para reproduzir. A segunda punição é que, se um mesmo crime for cometido por um homem, certamente o julgador olhará com um olhar diferenciado quando o mesmo crime for cometido por uma mulher (PEREIRA, 2020).

É importante mencionar aqui que a pesquisadora Corina Giacomello (2013, p. 17) traz que: “Mulheres privadas de liberdade sofrem tripla condenação”. Tal condenação vem da tríade: exclusão social antes da sentença + ser mulher= ser “louca” e infratora. De tal forma a mulher fica condena para sempre no olhar da sociedade perversa.

Ainda há a questão da classe social. É algo sabido por toda a sociedade que o fator social pesa e é determinante, por exemplo, se a mulher que cometeu o crime for de uma classe social baixa, o preconceito triplica, pois só o fato de ser uma mulher a cometer um delito já é um fator negativo, mas somado a esses outros fatores como: transtorno mental e baixo poder econômico, essa situação ainda fica pior (SOUZA, 2016).

Nos termos da criminologia radical explanada por HELPES (2014, p.42), “as mulheres ricas gozam dos privilégios de sua classe, enquanto as mulheres pertencentes às camadas populares dividem com seus companheiros de classe o ônus da exploração”. Nas palavras de Giovana Zaninelli (2015), o dogma existente entre direito, mulher e sociedade traz em si uma problemática que deve ser analisada dentro do contexto da Crise do direito e do Estado em face do dogma jurídico.

Isso porque o problema não se limita ao fato de uma mulher não ser tratada com igualdade na dogmática jurídica e social, pois essa questão envolve todos os setores sociais considerados vulneráveis como por exemplo a pessoa com transtorno mental, e, quando essa pessoa é uma mulher, existe uma dupla vulnerabilidade. Essa situação só piora quando se trata de mulheres com transtorno mental em cumprimento de medida de segurança e toda a normativa em torno dessa situação, conforme se passa a expor a seguir.

4.1 O que dizem (ou não) as normas em torno das mulheres em sofrimento mental e em conflito com a lei?

Quando se fala em proteção ao grupo vulnerável das mulheres, a primeira norma que se comenta é a Convenção Interamericana para Prevenir, punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher, conhecida como Convenção de Belém do Pará, por ter ocorrido no estado do Pará. Essa Convenção foi ratificada pelo Brasil em 1995 e passou a ter força de lei nacional através do Decreto nº 1973 de 1996.

Do Decreto nº 1973 de 1996, um artigo muito importante, que trata sobre as mulheres em sofrimento mental e em conflito com a lei, é o artigo 4º:

Artigo 4 Toda mulher tem direito ao reconhecimento, desfrute, exercício e proteção de todos os direitos humanos e liberdades consagrados em todos os instrumentos regionais e internacionais relativos aos direitos humanos. Estes direitos abrangem, entre outros:
a) direito a que se respeite sua vida;

- b) direitos a que se respeite sua integridade física, mental e moral;
- c) direito à liberdade e à segurança pessoais;
- d) direito a não ser submetida a tortura;
- e) direito a que se respeite a dignidade inerente à sua pessoa e a que se proteja sua família;
- f) direito a igual proteção perante a lei e da lei;
- g) direito a recesso simples e rápido perante tribunal competente que a proteja contra atos que violem seus direitos;
- h) direito de livre associação;
- i) direito à liberdade de professar a própria religião e as próprias crenças, de acordo com a lei; e
- j) direito a ter igualdade de acesso às funções públicas de seu país e a participar nos assuntos públicos, inclusive na tomada de decisões (BRASIL, 1996, art. 4º).

Do artigo acima citado, apesar de todas as alíneas serem importantes, há de se destacar as alíneas b, d e e, que tratam dos direitos a que se respeite sua integridade física, mental e moral; direito a não ser submetida à tortura; direito a igual proteção perante a lei e da lei. Isso porque uma mulher em cumprimento de medida de segurança está lá para cuidar de sua saúde mental, só que, se ela não receber o devido tratamento, acaba tendo a doença mental agravada (QUINAGLIA SILVA, a; SANTOS; CRUZ, 2018).

É sabido que o grupo de mulheres que cumprem medida de segurança é muito pequeno, mesmo assim, não se pode, em hipótese alguma, mantê-las nesses *status* de invisíveis dos invisíveis, pois, quando se trata de seres humanos, nenhum é invisível, e, quando se estende a eles legislações específicas, em hipótese alguma trata-se de privilégio. (MOURA; POPPERL, 2016).

Quando se afirma que, de forma alguma, as mulheres são privilegiadas com normas que trazem especificidades a elas relacionadas, é porque elas fazem parte do grupo de pessoas vulneráveis, que estão em situação de vulnerabilidade reconhecido internacionalmente pela Organização das Nações Unidas – ONU. Dentro deste grupo de pessoas vulneráveis, além das mulheres, encontram-se também as pessoas idosas, as crianças e pessoas com deficiência, dentre outras.

Ainda quanto às normas em torno das mulheres em sofrimento mental e em conflito com a lei, a primeira a ser citada é a Portaria Interministerial nº 210, de 16 de janeiro de 2014, que institui a Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional, e dá outras providências. Criada pelo Ministro De Estado Da Justiça e a Ministra De Estado-Chefe da Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República, no uso das atribuições previstas no art. 87, parágrafo único, inciso II, da Constituição, e

tendo em vista o disposto nos arts. 10, 14, § 3o, 19, parágrafo único, 77, § 2o, 82, § 1o, 83, §§ 2o e 3o, e 89 da Lei no 7.210, de 11 de julho de 1984 (BRASIL, 2014).

Em seu artigo 2º, a Portaria Interministerial traz as diretrizes da PNAME. Da análise do referido artigo, percebe-se uma normativa completamente voltado a dar um tratamento mais humanizado e dentro dos padrões dos direitos humanos. Percebe-se também que a referida normativa prega pela atuação mais firme da sociedade e do Estado nos programas voltados às mulheres com transtornos mentais em cumprimento da medida de segurança. Outro ponto que é possível observar também é que, de certa forma, a portaria estimula a desinstitucionalização, que é uma medida defendida dentro deste trabalho.

Após a leitura da Portaria Interministerial Nº 210, de 2014, é possível tirar algumas conclusões. A primeira delas é que, apesar de seus objetivos, diretrizes e metas serem voltadas a ofertar um tratamento digno às mulheres com transtorno mental em cumprimento de medida de segurança, ainda se observar uma ausência de normativa para tentar diminuir os privilégios ofertados aos homens em face de mulheres que se encontram em HCTP.

Afinal, esses locais foram construídos por homens e para homens, em uma época em que uma mulher não cometia delitos em sofrimento mental, ou não se tinha notícias sobre essa situação (WEIGERT, 2017). No ano em que a portaria foi publicada, Elza Ibrahim (2014, p.27), psicóloga no extinto HCTP-Heitor Carrilho, fez o seguinte comentário:

O tratamento dispensado às pacientes femininas do Manicômio Judiciário é claramente diferenciado daquele oferecido aos pacientes masculinos. É possível constatar esta afirmação quando se caminha pela parte externa do hospital: os pacientes masculinos circulam à vontade pelo pátio e têm livre acesso aos setores técnicos, sendo-lhes possível manter contato direto com os profissionais. Já as mulheres passam o tempo inteiro isoladas em suas celas individuais ou apenas caminhando, de um lado para o outro, ao longo das galerias. A elas tampouco é permitido integrar o grupo dos `faxinas` enfrentando, na maior parte das vezes, grande resistência por parte da administração. Sendo assim, o setor feminino, além de estar localizado em um prédio isolado dos demais, mantém as pacientes femininas em total ociosidade entregues, tão somente, a suas divagações e delírios.

Da citação acima, é possível perceber que existe uma diferença latente e covarde entre homens e mulheres com transtorno mental cumprindo uma medida de segurança. Isso porque tem-se um preconceito construído pelas questões de gênero, fruto do patriarcado, que é um modelo social no qual o homem, por ser o provedor do lar, pode e deve controlar a mulher. Um fato atrelado a esta ideia e que

é muito bem explicado por Valeska Zanello 2020 é que os primeiros estudos sobre a loucura se deram por conta da mulher, de forma que o transtorno mental sempre foi associado direta e indiretamente a mulheres (ZANELLO, 2020).

Portanto, é possível concluir que a Portaria Interministerial nº 210, de 16 DE JANEIRO DE 2014, não trouxe nada para acabar com o preconceito e a segregação de gênero que se arrasta pelo tempo e prejudica a mulher em cumprimento de medida de segurança.

Ainda é importante mencionar que, de acordo com o Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias - INFOPEN², em seu último Relatório Temático sobre as Mulheres Privadas de Liberdade (2017), constatou que a grande maioria das mulheres em cumprimento de medida de segurança são negras e de baixa escolaridade, e essas circunstâncias só agravam mais ainda o preconceito em torno dessas mulheres (DEPEN, 2020).

Uma segunda análise que se faz é a partir do estudo do DECRETO Nº 8.940 de 2016. O referido decreto foi editado pelo CNPCP, e diz que as mulheres em cumprimento de medida de segurança são passíveis de receber indulto de mães independentemente de terem concluído o tratamento ou não, por meio de laudo, apresentando o progresso do transtorno mental.

A segunda normativa a ser analisada é o Decreto 12 de 2017, também conhecido como “indulto do dia das mães”. Segue abaixo seu artigo 1º, que traz a quem se destina o indulto do dia das mães. Comparando o Decreto Nº 8.940, de 2016, e o Decreto 12, de 2017, percebe-se que existe um retrocesso normativo, pois, no primeiro, a mulher com transtorno mental tem direito ao indulto de dia das mães e no segundo ela perde este direito. Eis aqui uma dinâmica retrógrada, a qual, mais uma vez, põe a mulher em cumprimento de medida de segurança na posição de “invisível da invisível”.

Na tentativa de entender o motivo de tal normativa retrocedente quanto às mulheres em cumprimento de medida de segurança, novamente se traz a pesquisa de Patrícia Fonseca Carlos Magno de Oliveira (2017), na qual ela observa e conclui que a mulher com transtorno mental em cumprimento de medida de segurança não é considerada mãe.

² O INFOPEN é um sistema do Ministério da Justiça e Segurança Pública, criado em 2004 com o objetivo de sistematizar informações estatísticas do sistema penitenciário brasileiro. É atualizado pelos gestores dos estabelecimentos prisionais para sintetizar informações (INFOPEN, online).

A autora relata que, no trabalho como defensora pública, é comum ver, em HCTP, mulheres que, ao parir, têm surtos e acabam indo parar nessas instituições e por conta desse ‘surto no puerpério’. Nesse passo, ela mostra que, se uma mulher mãe é apenas classificada como criminosa, ela ainda pode ficar com seu bebê, agora, quando é uma criminosa e pessoa com transtorno mental, aí a história muda e esta tem seu filho arrancado. Tal contexto traz à tona o estigma da mulher em sofrimento mental como a “invisível da invisível” (MAGNO, 2017).

Diante do exposto neste tópico, restou demonstrado que existe uma pequena normativa em torno das mulheres em sofrimento mental e em conflito com a lei, desde o ano de 1996 até a atualidade, e isso prova o porquê Patrícia Magno (2017) se refere a essas mulheres como sendo as “invisíveis das invisíveis”. Entretanto, como uma visão geral, percebe-se novas perspectivas de inclusão das mulheres submetidas à medida de segurança, como será feito alguns apontamentos a seguir.

4.2 Novas perspectivas de inclusão das mulheres submetidas à medida de segurança: alguns apontamentos

O primeiro apontamento quanto às novas perspectivas de inclusão das mulheres submetidas à medida de segurança parte de Patrícia Magno (2017), que cita que essas mulheres podem ser tratadas de forma mais digna por meio das defensorias públicas atuando mais firmemente para a promoção dos direitos humanos dessas mulheres, para que elas tenham mais dignidade e emancipação. Desta forma, estar-se-ia cumprindo a normativa do artigo 134 da Constituição Federal, que traz a tarefa democrática das defensorias.

Uma segunda alternativa apresentada por Magno (2017) como inclusão das mulheres submetidas à medida de segurança é por meio da promoção de diálogo entre operadores do direito, assistentes sociais e médicos do HCTP e tendo como alvo principal as mulheres com transtorno mental, no intuito de ouvi-las e saber a sua opinião quanto ao tratamento social e hospitalar dado a elas. Com isso, poderiam ser criadas alternativas para amenizar ou solucionar os anseios delas postos em pautas de diálogo.

Falando em dignidade da mulher com transtorno mental em conflito com a lei, é importante mencionar o Grupo de Pesquisa e Extensão Loucura e Cidadania da Universidade Federal da Paraíba (LouCid/UFPB). Este presta assessoria jurídica

popular junto aos coletivos de luta antimanicomial, na tentativa de promover o acesso ao direito e à justiça das pessoas com transtornos mentais. Em 2012, tal grupo conseguiu entrar em contato com mulheres que cumprem medida de segurança, que se encontram em tratamento no Complexo Psiquiátrico Juliano Moreira (CPJM), maior hospital psiquiátrico da Paraíba, por meio de oficinas de direitos humanos.

Nessas visitas do LouCid/UFPB, seus integrantes descobriram que essas mulheres vivem em flagrante violação dos direitos humanos básicos e que existia uma grande omissão da Defensoria Pública do Estado. De acordo com Larissa Rodrigues Moreira, Ludmila Cerqueira Correia e Milena de Araújo Barros Tavares (2020), o descumprimento dos direitos humanos dessas mulheres é o que contribui para a sua invisibilidade. Invisibilidade essa tão relatada e explicada por Patrícia Magno (2017), já abordada neste trabalho.

Destarte, o LouCid/UFPB compreendeu que não estava ali apenas para identificar as violações dos direitos humanos dessas mulheres, já que era algo tão latente e evidente, mas sim era necessário criar estratégias para reverter essas violações e para reivindicar os direitos humanos da mulher em cumprimento de medida de segurança.

É importante mencionar que o LouCid/UFPB teve um papel determinante na busca de cumprimento dos direitos humanos das mulheres com transtorno mental em conflito com a lei. Um exemplo é que, em junho de 2018, esse grupo tomou ciência de que duas Secretarias de Estado da Paraíba tomaram decisões em confronto com os direitos humanos, as quais versavam sobre pôr em disponibilidade alas específicas no referido Complexo Psiquiátrico Juliano Moreira para as mulheres com transtornos mentais em conflito com a lei, com segurança máxima realizada por agentes penitenciários.

Logo, o grupo da LouCid tratou de preparar e emitir parecer jurídico para expor essa situação junto ao Comitê Estadual de Prevenção e Combate à Tortura da Paraíba e ao Ministério Público Federal, para que estes tomassem as medidas cabíveis para reverter esta situação. Felizmente o parecer do grupo foi acolhido e as medidas cabíveis foram tomadas. Tais medidas consistiram em inspeções no local e foi feita a produção de relatório e exposição das razões para não haver tal ala; no lugar, deveriam ser adotadas outras medidas terapêuticas, de acordo com a situação de cada mulher com transtorno mental.

Por fim, desse relato da Paraíba, é possível perceber que os órgãos de fiscalização e de operação do direito não tem nem conhecimento do grau de desrespeito dos direitos humanos e garantias fundamentais das mulheres com transtornos mentais em conflito com a lei. Assim se considera que esses grupos, como é o caso do LouCid/UFPB, acabam se tornando atores importantes na luta pelos direitos humanos, já que os órgãos brasileiros não estão atentos à realidade de grupos vulneráveis, como o das mulheres em sofrimento mental.

Um segundo apontamento quanto às perspectivas de inclusão das mulheres com transtorno mental submetidas à medida de segurança é a retirada do caráter perpétuo da medida de segurança que ainda existe quanto à aplicação da referida medida. Esse caráter perpétuo da medida de segurança é algo tão atual e ilegalmente recorrente que Érica Quinaglia Silva, Beatriz Figueiredo Levy e Flávia Siqueira Corrêa Zell (2020) explicam que algumas pessoas com transtornos mentais, que ainda cumprem medida de segurança, acabam morrendo nos HCTPs e a medida de segurança ganha o caráter perpétuo e não de tratamento.

Aqui abre-se um parágrafo para explicar que o caráter perpétuo da medida de segurança acontece com homens e mulheres. Ocorre que esse caráter perpétuo é muito pior para a mulher por vários motivos. O primeiro deles é porque algumas mulheres, antes da medida de segurança, têm filhos e, quando entram no tratamento em HCTPs, perdem o total contato com os filhos. Nesse passo, há dois pontos ruins. O primeiro é que não existe sofrimento pior para uma mãe do que ser retirada do convívio com o filho, e o segundo ponto é que essas mulheres, justamente pelo sofrimento de não poder mais ser mãe, têm o seu quadro de transtorno mental piorado.

A Constituição Federal, em seu artigo 5º, inciso XLVII, alínea b, diz que é vedado o caráter perpétuo da pena. Ainda o próprio STF e o STJ têm o entendimento uniforme e consolidado de que o prazo máximo da medida de segurança jamais deverá ultrapassar o período de 30 anos, em conformidade com o artigo 75 do CP, que diz que as penas privativas de liberdade têm esse prazo (POPPERL, 2016).

A súmula 517 do STJ fala que: "O tempo de duração da medida de segurança não deve ultrapassar o limite máximo da pena abstratamente cominada ao delito praticado." (BRASIL, 2015). Conforme já narrado anteriormente, medida de segurança não é pena, transtorno mental não deve ser punido e tratamento de

transtorno mental não tem prazo de cura. Entretanto, o Poder Legislativo e o Poder Judiciário ainda insistem em dar prazo de validade para tratamento em HCTPs, que são instituições que nem deveriam mais existir.

Para Quinaglia Silva; Calegari (2019), em 2019, ocorreu um retrocesso, pois o presidente do Brasil sancionou a Lei no 13.964, ampliando a pena privativa de liberdade para 40 anos, só que o STJ se posicionou contra a aplicação desse prazo de validade estendido aos que cumprem medida de segurança (FERREIRA, 2021). Esse caráter perpétuo que a medida de segurança ainda não perdeu é muito mais prejudicial quando aplicado às mulheres com transtornos mentais em cumprimento de medida de segurança.

Isso se deve ao fato de que as mulheres fazem parte do grupo de vulnerabilidade, por serem fisicamente mais fracas que os homens, e têm a questão da menstruação, que é um período que requer mais cuidados, e também porque muitas dessas mulheres são mães e correm o risco de perder o contato afetivo com os filhos.

Um terceiro apontamento quanto às perspectivas de inclusão das mulheres com transtorno mental submetidas à medida de segurança, mas que não é tão nova assim, é a humanização dos tratamentos ofertados às mulheres com transtornos mentais em cumprimento de medida de segurança.

Quando se diz que a proposta de humanização não é tão nova, é porque desde o ano de 2003 se menciona, na Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão em Saúde no SUS (HumanizaSUS), o tratamento humanizado da pessoa com transtorno mental. Nesse ano foi proposto também o tratamento humanizado dispensado à população penitenciária feminina e em cumprimento de medida de segurança como uma forma de romper os paradigmas do cárcere e o combate contra a negação dos direitos humanos.

A humanização do tratamento da pessoa com transtorno mental em cumprimento de medida de segurança encontra-se também disposta na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas De Liberdade no Sistema Prisional, publicada em 2014. Essa perspectiva de humanização trata do atendimento à saúde da população privada de liberdade norteada pela garantia de aplicação dos direitos humanos e por meio de algumas ações. A primeira é a valorização dos sujeitos envolvidos no tratamento e no processo de oferta de saúde.

A segunda ação é a oferta de protagonismo aos sujeitos envolvidos, assim, acaba-se com o preconceito com os profissionais da saúde que trabalham com pessoas com transtornos mentais, bem como com os pacientes. A terceira ação é o aumento da responsabilidade na oferta de saúde mental (SILVA; LEVY; ZELL, 2020).

A quarta ação é a participação da coletividade para que seja criado um vínculo solidário. A quinta ação é identificar as necessidades objetivas e subjetivas das pessoas com transtornos mentais. A sexta ação é a mudança na gestão da saúde mental para que o protagonista sejam as pessoas com transtorno mental. Por fim, a sétima ação é o compromisso com as pessoas com transtorno mental (BRASIL, 2014).

A promoção à saúde humanizada corresponde a um dos princípios da PNAISP (BRASIL, 2014), disposto em seu art. 3º, inciso IV, que diz que “promoção de iniciativas de ambiência humanizada e saudável com vistas à garantia da proteção dos direitos das pessoas privadas de liberdade, no ambiente prisional.” (BRASIL, 2014, art.; 3º). É necessário frisar bem a humanização, pois é um processo que tem como base a dignidade da pessoa humana, segundo a qual cada indivíduo com transtorno no mental deve ser visto de forma singular para que se possa fornecer o atendimento adequado e melhorar as suas necessidades, sem nenhum tipo de discriminação.

Só que a humanização da mulher com transtorno mental em cumprimento da medida de segurança é algo complexo não por ser difícil, mas por necessitar de múltiplas circunstâncias, sendo elas: sociais, psíquicas, culturais, dentre outras. Isso porque saúde mental vai muito além da questão biológica (PIAUILINO; ROSA, 2019). Nesse passo, mulher com transtorno mental em cumprimento da medida de segurança é compreendida em toda a sua totalidade. É importante explicar que o processo de humanização envolve uma articulação de vários tipos de profissionais especializados em diversas áreas para que assim possa ser ofertado um atendimento integral e completo.

Shirleny de Souza (2016) menciona que só a normativa em torno da humanização do tratamento da pessoa com transtorno mental não é suficiente para tentar dar um tratamento mais digno às mulheres em cumprimento de medida de segurança, pois depende do esforço pessoal e interesse de cada profissional da saúde que atuam como atores principais nessa jornada. Ainda é necessário haver o

investimento do Poder Executivo por estar relacionado à política de gestão nacional. Assim, percebe-se a que a implementação da humanização tem vários entraves. Um desses entraves seria a falta de recursos tecnológicos, o que dificulta o trabalho dos poucos profissionais que tem especialização m tratamento humanizado (PIAUILINO; ROSA, 2019).

Na pesquisa feita por Shirleny de Souza (2016), ela ainda menciona que a pouca tecnologia ofertada é oriunda de campanhas feitas pelos próprios profissionais de saúde, que pedem doações de terceiros ou se juntam para comprar as tecnologias que deveriam ser compradas pelo Governo do Brasil e distribuída em todo os estados.

Por fim, diante de todo o exposto neste capítulo, é possível concluir que existem novas perspectivas de inclusão das mulheres submetidas à medida de segurança. Entretanto, a mais acentuada dessas perspectivas, sem sobra de dúvidas, é tentar acabar com o caráter perpétuo das medidas de segurança. Desse modo, a melhor forma de se atingir este ideal é acabar com a instituições, como o HCTP, e em troca ofertar um tratamento adequado, de preferência na residência da mulher e no território no qual ela vive de forma mais digna e humanizada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante de todo o exposto neste trabalho, chegou-se a algumas conclusões. A primeira é que o manicômio judiciário, hoje HCTP, foi a forma que as autoridades acharam para promover a exclusão da pessoa com transtorno mental do convívio da sociedade. Entretanto, para o devido funcionamento desses locais, existe toda uma normativa disposta no Código Penal, Código de Processo Penal e Lei de Execução Penal.

A medida de segurança tem regras diferentes da pena privativa de liberdade, inclusive quanto ao prazo de cumprimento³, e a súmula 517 do STJ fala que: "O tempo de duração da medida de segurança não deve ultrapassar o limite máximo da pena abstratamente cominada ao delito praticado." (BRASIL, 2015).

A reforma psiquiátrica é um movimento tão certo e necessário que o próprio Conselho Nacional de Justiça, em 2010, por meio da Resolução n. 113/2010, tratou do procedimento de execução da medida de segurança, trazendo, em seu artigo 17, que o juiz da execução deve determinar medidas adequadas para o tratamento da pessoa com transtorno mental, principalmente tentando trazer políticas antimanicomiais, nos moldes da Lei n. 10.216/2001.

Em 2011, o Ministério Público Federal – MPF e a Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão publicam o “PARECER SOBRE MEDIDAS DE SEGURANÇA E HCTP E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO SOB A PERSPECTIVA DA LEI N. 10.216/2001”.

Neste parecer, o que chama atenção é a menção de participação da sociedade. Entretanto, é sabido que a criação dos “manicômios judiciários” foi para deixar a cidade mais bonita para a chegada da Família Real no Brasil. A pergunta que fica é: o que mudou de lá para cá? A resposta é muito simples: até hoje a sociedade brasileira tem uma postura preconceituosa com as pessoas com transtornos mentais, sejam elas autoras ou não de delitos. Encontrar voluntários para essa missão, talvez, seja só uma triste ilusão vinda do parecer do Ministério Público Federal.

³ Não existe, de forma expressa, um prazo máximo de duração para a medida de segurança, sendo que o texto que regula esta matéria diz, no artigo 97, § 1º do Código Penal, que as medidas de segurança terão prazo indeterminado, até que se determine, através de perícia médica, a cessação da periculosidade da pessoa com transtorno mental.

O parecer propõe a elaboração de minuta conjunta de um ato normativo entre Conselho Nacional do Ministério Público e CNJ para fixar a periodicidade de fiscalização e padronização dos mecanismos das medidas de segurança. Nas considerações da comissão do MPF, responsável pela publicação do parecer, é que curiosamente é relatada, como proposta de intervenção para melhoria e promoção da dignidade da pessoa com transtorno mental que se encontra em um HCTP, a revisão da legislação codificada penal e processual penal e da LEP, para adequá-las à Lei n. 10.216/2001, no que concerne à medida de segurança.

Alguns HCTPs foram fechados, mas muitos ainda funcionam pelo Brasil. Enquanto todas as mudanças recomendadas pelas portarias, resoluções e recomendações editadas pelo CNJ e CNPCP não se concretizam e são implementadas, essas pessoas padecem, e essa realidade é ainda pior quando se trata de mulheres.

Quando se fala em proteção ao grupo vulnerável das mulheres, a primeira norma que se comenta é a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher, conhecida como Convenção de Belém do Pará. Essa Convenção foi ratificada pelo Brasil em 1995 e passou a ter força de lei nacional através do Decreto nº 1973 de 1996.

Do Decreto nº 1973 de 1996, um artigo muito importante que atua sobre as mulheres em sofrimento mental e em conflito com a lei é o artigo 4º. Do artigo, apesar de todas as alíneas serem importantes, há de se destacar as alíneas b, d e e, que tratam dos direitos a que se respeite sua integridade física, mental e moral; direito a não ser submetida à tortura; direito à igual proteção perante a lei. Isso porque uma mulher em cumprimento de medida de segurança está lá para cuidar de sua saúde mental, só que, se ela não receber o devido tratamento, acaba tendo a doença mental agravada.

A Portaria Interministerial nº 210, de 16 de janeiro de 2014, institui a Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional. Em seu artigo 2º, percebe-se uma normativa completamente voltado a dar um tratamento mais humanizado e dentro dos padrões dos direitos humanos.

Percebe-se também que a referida normativa prega pela atuação mais firme da sociedade e do Estado nos programas voltados às mulheres com transtornos mentais em cumprimento da medida e segurança.

De acordo com o INFOPEN, em seu último Relatório Temático sobre as Mulheres Privadas de Liberdade publicado em 2019, a grande maioria das mulheres em cumprimento de medida de segurança são negras e de baixa escolaridade, e essas circunstâncias só agravam mais ainda o preconceito em torno dessas mulheres.

Quanto às novas perspectivas de inclusão das mulheres submetidas à medida de segurança, alguns apontamentos foram abordados no capítulo anterior, e o primeiro a ser comentado é o preconceito com as mulheres em cumprimento de medida de segurança. Essas mulheres com transtornos mentais acabam se tornando invisíveis das invisíveis, ou sejam, um duplo preconceito.

É necessário haver a humanização do tratamento da pessoa com transtorno mental em cumprimento de medida de segurança, que se encontra também disposta na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas De Liberdade no Sistema Prisional, publicada em 2014.

A normativa em torno da humanização do tratamento da pessoa com transtorno mental não é suficiente, pois depende do esforço pessoal de cada profissional, investimento do Poder Executivo por estar relacionado à política de gestão nacional. Assim, percebe-se que a implementação da humanização tem vários entraves. É preciso fazer a inclusão social e digna das mulheres submetidas à medida de segurança, que poderá ser por meio da promoção de diálogo entre operadores do direito, assistentes sociais e médicos do HCTP.

Por fim, conclui-se que existem novas perspectivas de inclusão das mulheres submetidas à medida de segurança, entretanto, tais perspectivas encontram empecilhos, já que, embora estejam previstas no plano normativo, quase não existem políticas públicas para concretizá-las, o que gera um grande problema que é que “as invisíveis das invisíveis” têm pressa e não podem esperar por tratamento digno.

REFERÊNCIAS

ALENCAR, Osmar Rodrigues; TÁVORA, Nestor. **Curso de Direito processual penal**. 12. ed. Salvador: Editora Juspodivm, 2020.

AMARANTE, P. **Portador de deficiência intelectual pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no democrático de direito**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2001.

ARBEX, Da. **Holocausto Brasileiro**. 1ª ed. São Paulo: Geração Editorial, 2019.

AVENA, N. **Execução penal**. 5 ed. Rio de Janeiro: Forense; São Paulo: Método, 2019.

ARAÚJO FILHO, G. M. de; CASTIGLIONI, L. **Manicômios judiciários no brasil: perspectiva histórica e evolução em busca de uma reforma psiquiátrica**. *Psychiatry on line Brasil*, n. 09, v. 21, set. 2016. Disponível em: <<http://www.polbr.med.br/ano16/wal0916-2.php>>. Acesso em: 23 jun. 2022.

BASAGLIA, F. **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. Organização Paulo Amarante. Rio de Janeiro: Garamond, 2010.

BARBOSA, C. G. **A efetividade da lei na Execução Penal à luz das atribuições do Ministério Público: a experiência do Ministério Público do Estado do Ceará**. 119f. 2016. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Direito da Universidade de Fortaleza como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Direito Constitucional, Fortaleza – CE. 2016.

BITENCOURT, C. R. **Tratado de direito penal: parte geral v. 1**. 25.ed. São Paulo: Saraiva Educação, 2020.

BRASIL. (1940). **Código Penal Brasileiro (Decreto-Lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940)**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848coMinistérioPúblicoilado.htm. Acesso em: 29 abr. 2022.

BRASIL. (1984). **Lei de Execução Penal (Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984)**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L7210.htm>. Acesso em: 7 nov. de 2021.

BRASIL. (2001). **Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei no 10.216, de 6 de abril de 2001)**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/LEIS_2001/L10216.htm. Acesso em: 7 nov. de 2021.

BRASIL. (2014). Ministério da Saúde (MS). **Portaria nº 94, de 1º de abril de 2014, que institui o serviço de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Diário Oficial da União. Brasil. 2ª ed. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1998.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil. 1988.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 29 abr. 2022.

BRASIL. **DECRETO Nº 1.973, DE 1º DE AGOSTO DE 1996.** Promulga a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, concluída em Belém do Pará, em 9 de junho de 1994.

BRASIL. **Decreto nº 847, de 11 de outubro de 1890.** Promulga o Código Penal. Disponível em: <https://goo.gl/f2Dbgh>. Acesso em: 1 maio 2018. BRASIL. Decreto nº 1.132, de 22 de dezembro de 1903. Reorganiza a Assistência a Alienados. Disponível em: <https://goo.gl/VPrCyt>. Acesso em: 23 abr. 2018.

BRASIL. **Decreto nº 14.831, de 25 de maio de 1921.** Aprova o Regulamento do Manicômio Judiciário. Disponível em: <https://goo.gl/ESGwbo>. Acesso em: 29 abr. 2022.

BRASIL. **Lei n.º 10.216, de 06 de abril de 2001.** Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de deficiência intelectual e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

BRASIL. **Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil. Diário Oficial da União:** seção 1, Brasília, DF, ano 139, n. 8, p. 1-74, 11 jan. 2002. PL 634/1975.

BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública, Departamento Penitenciário Nacional. **DOSSIÊ – MULHERES E GRUPOS ESPECÍFICOS NO SISTEMA PENITENCIÁRIO.** RBEP - Revista Brasileira de Execução Penal / Ministério da Justiça e Segurança Pública, Departamento Penitenciário Nacional. – v. 2, n. 2 (jul./dez. 2021) -. Brasília: Ministério da Justiça e Segurança Pública, 2021-v.2.

BRASIL. Ministério Da Justiça. Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN). Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional:** documento basilar para a elaboração da Portaria Interministerial MJ/SPM n. 210/2014. Disponível em: <http://www.justica.gov.br/seus-direitos/politica-penal/politicas-2/mulheres-1/anexos-projeto-mulheres/doc-basilar-politica-nacional-versao-final.pdf>. Acesso 15 mai. 2022.

BRASIL.CNJ – Conselho Nacional de Justiça. **Resolução nº 113, de 20 de abril de 2010.** Disponível em: <https://goo.gl/RNx1RP>. Acesso em: 29 abr. 2022.

BRASIL. **Ministério da saúde, (2002) III Conferência Nacional de Saúde Mental 2001.** Relatório Final. Brasília: Editora MS. Disponível em www.saude.gov.br/saudemental. Acesso em: 7 nov. de 2021.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília, OPAS, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de BRASIL. Ministério da Saúde. Programa De Volta Para Casa. Liberdade e cidadania para quem precisa de cuidados em saúde mental**. 1ª ed. Brasília, 2004.

BRASIL. MPF – Ministério Público Federal. **Parecer sobre Medidas de Segurança e HCTP e Tratamento Psiquiátrico sob a perspectiva da Lei nº 10.216/2001**. Brasília-DF: Ministério Público Federal, 2011. Disponível em: <https://goo.gl/P4337J>. Acesso em: 11 maio 2022.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação de Saúde no Sistema Prisional. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Coordenação de Saúde no Sistema Prisional** – 1. Ed – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério de Justiça e Segurança Público. **Relatório Temático sobre as Mulheres Privadas de Liberdade**. Brasília: 2019.

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA - Decreto 24.559, de 3 de julho de 1934. BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **Súmula 527**. Disponível em: <em <http://www.stj.jus.br/SCON/sumanot/toc.jsp>>. Acesso 7 nov. de 2021.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Súmula nº 333. Cabe mandado de segurança contra ato praticado em licitação promovida por sociedade de economia mista ou empresa pública. **Diário da Justiça**: seção 1, Brasília, DF, ano 82, n. 32, p. 246, 14 fev. 2007.

BRASIL, DECRETO-LEI nº 10.406, 10 de janeiro de 2002. **Código Civil Brasileiro**. Brasília, DF, Senado, 2002. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10406.htm. Acesso em: 7 nov. de 2021.

BRASIL, DECRETO-LEI nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. **Código Penal Brasileiro**. Brasília, DF, Senado, 1940. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil/Decreto-Lei/Del2848.htm>>. Acesso em: 7 nov. de 2021.

BRASIL. **Portaria interministerial no 1777 de 2003**. Ministério da Justiça. instituiu o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_pnssp.pdf. Acesso em: 15 mai. 2022.

BRASILEIRO, Renato. **Manual de processo penal**. 8. ed. Salvador: Editora Juspodivm, 2020.

CABRAL, Danilo Cezar. O sombrio mundo das pessoas com deficiência intelectuais. **Revista Mundo estranhos.Abril**. São Paulo, v. 103, (ISSN: 1676-9554), n. 9, p. 24 - 33, set. 2018.

CABRAL, Hildeniza Lacerda Tinoco Boechat *et al.* O direito à saúde mental dentro do sistema jurídico-penal brasileiro e a manutenção da dignidade da pessoa com transtorno mental em conflito com a lei. **Interdisciplinary Link Science Place Scientific Journal**. Nº 5, vol. 6, artigo nº 13, maio, 2019.

CARRARA, Sérgio. **Crime e loucura: o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século** / Sérgio Carrara. – Rio de Janeiro: EdUERJ; São Paulo: EdUSP, 1998.

CARRARA, Sérgio Luis. Os manicômios judiciários no Brasil. **Rev Bras Crescimento Desenvolvimento Hum.** 2010.

CARVALHO, Salo de. **Penas e medidas de segurança no direito penal brasileiro: CONSELHO NACIONAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO**. A visão do Ministério Público sobre o sistema prisional brasileiro. Conselho Nacional do Ministério Público. – Brasília: CNMINISTÉRIO PÚBLICO, 2016.

CASTRO Cássia Valéria de. **ANÁLISE DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DISPENSADA ÀS MULHERES COM DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA INTERNADAS NOS HCTP E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO NO BRASIL**. Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília. 2014.

CHESKYS, Débora. **Mulheres Invisíveis: uma análise da influência dos estereótipos de gênero na vida de mulheres encarceradas**. 2014. 134 f. Dissertação (Mestrado em Direito) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

CORREIA, L. C. **Avanços e Impasses na garantia dos direitos humanos das pessoas com deficiência intelectual autoras de delito**. Dissertação (Mestrado em Ciências Jurídicas) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2007.

CORREIA, L. C. **Por uma pedagogia da loucura: experiências de assessoria jurídica popular universitária no contexto da Reforma Psiquiátrica brasileira**. 2018. 383 p. Tese (Doutorado em Direito) – Faculdade de Direito, Universidade de Brasília, Brasília, 2018.

COSTA, A. R. Da. **Tratamento do paciente judiciário: avanços e limitações após a reforma psiquiátrica**. 63f. 2020. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Psicologia da Universidade Federal do Maranhão para obtenção do grau de Bacharel em Psicologia. 2020.

DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Saúde Mental e Direitos Humanos: 10 Anos da Lei 10.216/2001. **Arq. bras. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 63, n. 2, p. 114-121, 2011.

DEPEN (2019). **Relatório Temático sobre Mulheres Privadas de Liberdade – junho de 2017**. Brasília: Ministério da Justiça e Segurança Pública, Departamento Penitenciário Nacional. Disponível em: http://depen.gov.br/DEPEN/depen/sisdepen/infopen-mulheres/copy_of_Infopenmulheresjunho2017.pdf.

FERRARI, Ilka Franco. Mulheres encarceradas: elas, seus filhos e nossas políticas. **Revista Mal-estar E Subjetividade**, Fortaleza, v. 10, n. 4, p. 1325-1352, dez.2013. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=27118632012>. Acesso em 15 mai. 2022.

FERREIRA, Monique Torres. **Sobre os "nós" dos HCTP e Tratamento Psiquiátrico: entre a lógica da periculosidade e procedimentos de avaliação psicossocial para desinstitucionalização de pessoas internadas nos HCTP do Rio de Janeiro**. Revista Campo Minado •no 1 • Niterói • p. 53-73 • 1o semest.2021.

FOULCAULT, Michel. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. Tradução: Raquel Ramalhe. 38.ed. Petrópolis, Vozes, 2010.

FREITAS, Sérgio Henriques Zandona; OLIVEIRA, Marcelo Matos de. A medida de segurança e os direitos humanos: a periculosidade à luz da lei 10.216/2001 e da necessidade de limitação do poder punitivo do estado. **Revista de Criminologias e Políticas Criminais**. Vol. 5, n. 1, 2019.

GENTIL, Carolina Guidi. **Crime e loucura: problematizações sobre o louco infrator na realidade do Distrito Federal**. 102f. 2012. Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de MESTRE em Psicologia Social. São Paulo – SP. 2012.

GIACOMELLO, Corina. **Mujeres, delitos de drogas y sistemas penitenciarios en AmericaLatina**. In:IDPC. Londres, 2013. Disponível em https://www.unodc.org/documents/congress/backgroundinformation/NGO/IDPC/IDPC-Briefing-Paper_Women-in-Latin-America_SPANISH.pdf.

HELPES, Sintia Soares. **Vidas em jogo: um estudo sobre mulheres envolvidas com o tráfico de drogas**. São Paulo: IBCCRIM, 2014.

IBRAHIM, Elza. **Manicômio Judiciário: da memória interrompida ao silêncio da loucura**. Paraná: Editora Appris, 2014.

JACOBINA, P. V. **Direito penal da loucura e reforma psiquiátrica**. – Brasília: ESMINISTÉRIO PÚBLICOU, 2008.

MAGALHAES, Rayanne Pinto; ALTOE, Sonia Elisabete. **Dentro e fora: tecendo reflexões sobre um hospital de custódia**. Pesqui. prá. psicossociais, São João

del-Rei, v. 15, n. 1, p. 1-13, mar. 2020. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082020000100005&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 24 jun. 2022.

MAGNO, Patrícia Carlos. **ENCARCERAMENTO FEMININO: UM OLHAR SOBRE MULHERES E MEDIDAS DE SEGURANÇA.** | Revista da Defensoria Pública RS, 2016.

MANACORDA, Alberto. *Il manicomio giudiziario: cultura psichiatrica e scienza giuridica nella storia di un'istituzione totale.* Bari: De Donato, 1982.

MEDEIROS, M.; ZANELLO, V. **Relação entre a violência e a saúde mental das mulheres no Brasil: análise das políticas públicas.** Estudos e Pesquisas em Psicologia, RJ. v. 18, n. 1, p. 384-403, jan./abr., 2018.

MELO, C. **Quem são as "Pessoa com deficiência intelectuais do Cotidiano?" Você pode estar entre eles.** *Veja.* São Paulo: 23 agosto. 2015. Disponível em: <http://veja.abril.com.br/noticia/saude/quem-sao-os-pessoa-com-deficiencia-intelectuais-do-cotidiano-voce-pode-estar-entre-eles/>

MOURA, B. H.; POPPERL, M. S. Belas, recatadas e loucas: mulheres no manicômio judiciário de São Paulo. **Revista Humanidades em Diálogos.** v. 9, n. 1, p. 53-65, 2019. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/humanidades/article/view/154263>. Acesso em: 04 mai. 2021.

OLIVEIRA, Mariana Vasconcelos. **O tratamento dispensado ao criminoso pessoa com deficiência intelectual pela legislação penal brasileira.** Jus Navigandi, Teresina, ano 16, nº 2843, 14 abr. 2011. Disponível em: <jus.uol.com.br/revista/texto/18906 > Acesso em: 7 nov. de 2021.

OLIVEIRA, P. F. C.M. de. **Loucura, crime e gênero no encarceramento feminino: o papel das defensorias públicas.** Seminário Internacional Fazendo Gênero (Anais Eletrônicos), Florianópolis, 2017. Disponível em: http://www.wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/1498700716_ARQUIVO_Loucura_crime_genero-no-encarceramentofeminino_papelDasDPs_v.final.pdf. Acesso em: 7 nov. de 2021.

OLIVEIRA, Shirleny de Souza. **A saúde no âmbito prisional feminino: análise acerca da implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Pessoa Privada de Liberdade no contexto de João Pessoa/PB. 130 f. Dissertação (Mestrado em Direitos Humanos, Cidadania e Políticas Públicas).** Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2016.

PALUDO, C. **Mulheres no manicômio judiciário de Santa Catarina: relações de violência e de gênero no presente.** III Seminário Internacional de História do Ministério Público. Florianópolis – SC. p. 1-13, out., 2017. Disponível em: <http://eventos.udesc.br/ocs/index.php/STPII/IIISIHTP/paper/viewFile/671/376>. Acesso em: 7 nov. de 2021.

PEREIRA, Melissa de Oliveira et al. **Luta antimanicomial e feminismos: Inquietações e resistências.** Rio de Janeiro Autografia Editora, 2020.

PIAUILINO, Leopoldo, Anne; ROSA Lucia Cristina dos Santos. **QUEM SÃO AS LOUCAS INFRATORAS? UMA REFLEXÃO SOBRE AS MULHERES QUE CUMPREM MEDIDA DE SEGURANÇA E A GESTÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS NA SAÚDE MENTAL.** 2019.

PIROLA, Diana Joaquim. **Medida de segurança e a lei de reforma psiquiátrica: um estudo sob à ótica da política pública para atendimento de pessoas com deficiência intelectual.** 83f. 2014. Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado para obtenção do grau de Bacharel no curso de Direito da Universidade do Extremo Sul Catarinense. 2014.

POMPEU, Mariah de Sá; OLIVEIRA, Samuel Cardoso; QUERINO, Rosimár Alves. **Direitos humanos e saúde mental: mediações do Ministério Público na criação de residências terapêuticas.** *In: Anais do III Congresso de Saúde Mental da UFSCar: artigos do Ministério Público completos.* Orgs.: Taís Bleicher; [et al]. – São Carlos: Universidade Federal de São Carlos, 2021.

SILVA, Érica Quinaglia; LEVY, Beatriz Figueiredo; ZELL, Flávia Siqueira Vieira. **Mulheres perigosas: a dualidade desviante das loucas infratoras.** Anuário Antropológico, v. 45, n. 2, p. 28-53, 2020. <https://journals.openedition.org/aa/5816>.

SIQUEIRA, Rose Marie Reis. A discordância da aplicação de medida de segurança para os pessoa com deficiências intelectuais. **Revista Científica A Palavra,** Fortaleza – CE. Ano 3, n. 3, p. 50-57, mar., 2012.

VECHI, Luís Gustavo. Latrogenia e exclusão social: a loucura como objeto do discurso científico no Brasil. **Estudos de Psicologia,** vol. 9, n. 3, 2004.

ZANELLO Valeska. **Saúde mental, gênero e dispositivos:** cultura e processos de subjetivação. Parana Appris 2020.

ZANINELLI, Giovana. **MULHERES ENCARCERADAS:** Dignidade da pessoa humana, gênero, legislação e políticas públicas. Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Ciência Jurídica do Centro de Ciências Sociais Aplicadas do Campus de Jacarezinho da Universidade Estadual do Norte do Paraná, como exigência parcial para a obtenção do título de Mestre em Direito.2015.