

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA  
FACULDADE DE DIREITO PROF. JACY DE ASSIS

DANIEL HENRIQUE PEREIRA GOMES

**OS DESAFIOS NA IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA ANTIMANICOMIAL  
NO SISTEMA PRISIONAL BRASILEIRO E SEUS IMPACTOS NO  
PROCESSO DE RESSOCIALIZAÇÃO**

UBERLÂNDIA - MG

2024

DANIEL HENRIQUE PEREIRA GOMES

**OS DESAFIOS NA IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA ANTIMANICOMIAL  
NO SISTEMA PRISIONAL BRASILEIRO E SEUS IMPACTOS NO  
PROCESSO DE RESSOCIALIZAÇÃO**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado à Faculdade de Direito da  
Universidade Federal de Uberlândia.

Orientador: Prof. Dr. Karlos Alves

UBERLÂNDIA

2024

DANIEL HENRIQUE PEREIRA GOMES

OS DESAFIOS NA IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA ANTIMANICOMIAL NO  
SISTEMA PRISIONAL BRASILEIRO E SEUS IMPACTOS NO PROCESSO DE  
RESSOCIALIZAÇÃO

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado à Faculdade de Direito da  
Universidade Federal de Uberlândia.

Orientador: Prof. Dr. Karlos Alves

Uberlândia,

Banca Examinadora:

---

Nome – Titulação (sigla da instituição)

*Dedico este trabalho, fruto de minha jornada acadêmica a minha mãe, que sempre fez absoluta questão de sempre me educar, ensinar e lutar pela minha educação, fez o possível e o impossível para garantir que hoje, eu esteja me formando em uma das melhores universidades do país, sem você eu jamais estaria aqui. Dedico também a meus irmãos, avó Maria e à minha namorada, pela companhia e carinho durante os raros momentos livres que tive durante o processo acadêmico. Por fim, dedico a minha avó, Leide e a meu tio, Fernando, que não estão mais aqui, mas tenho certeza de que cada conquista é motivo de felicidade infinita para vocês, sinto muita saudade e daria tudo para que pudessem celebrar este momento ao meu lado.*

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Universidade Federal de Uberlândia por toda estrutura e possibilidade de estudar neste grandioso centro de produção científica do conhecimento público. Também ao Tribunal de Justiça de Minas Gerais e a Ordem dos Advogados do Brasil por todo conhecimento prático que consegui nos meus três anos de estágio, em especial a Janaína, Escrivã que me recebeu tão bem como estagiário e a toda equipe da 1ª Vara Cível Criminal e de Execução penal da comarca de Tupaciguara/MG, aprendi muito com todos vocês.

“Ninguém liberta ninguém. As pessoas se libertam em comunhão.”

## RESUMO

O histórico do direito brasileiro na tratativa de sujeitos com transtorno mental é extremamente cruel, neste cenário surgem movimentos sociais que reivindicam tratamentos mais humanos a estes indivíduos, um dos mais importantes é a luta antimanicomial que trouxe vários avanços, dentre eles a lei 10.216/2001 que objetiva a proteção dos direitos das pessoas portadoras de deficiência mental, porém, mesmo com a vigência desta lei, diversos casos de tratamentos cruéis continuaram e continuam sendo registrados, demonstrando que o descumprimento legal ocorre de forma sistemática, mas uma vez, a procura de se implantar tratamento legalmente adequado, o Conselho Nacional de Justiça publicou a resolução 487/2023 com diretrizes para o tratamento daqueles que estão sujeitos à medidas de segurança. Visando compreender os impactos das mudanças legais sobre o tema, assim como os frutos dos movimentos reivindicativos de direitos das pessoas com deficiência sob o regime da execução penal, o presente estudo utilizou abordagem exploratória, de modo a se aproximar e evidenciar as informações do tema, com análise a revisão histórica, teórica e normativa, de modo qualitativo com metodologia dedutiva, natureza aplicada ao utilizar-se da pesquisa como modo de iluminar a compreensão sobre o tema de modo a colaborar com a luta antimanicomial, visando tratamentos mais humanos que realmente cumpram sua função social que é trazer segurança e ressocialização a pessoa com transtorno mental sob medida de segurança.

**Palavras-chave:** Luta antimanicomial, medidas de segurança, manicômios judiciais, direitos das pessoas com deficiência, inimputáveis, semi-inimputáveis, ressocialização, incidente de insanidade mental.

## ABSTRACT

The historical trajectory of Brazilian law in dealing with individuals with mental disorders has been extremely cruel. In response, social movements advocating for more humane treatments have emerged, with one of the most significant being the anti-asylum movement, which has brought about various advancements. Among these is Law 10.216/2001, aimed at protecting the rights of individuals with mental disabilities. However, despite the existence of this law, numerous cases of cruel treatment persist, indicating systematic legal non-compliance. Seeking to establish legally appropriate treatment, the National Council of Justice recently issued Resolution 487/2023, providing guidelines for the treatment of those subjected to security measures. This study employs an exploratory approach to understand the impacts of legal changes on the subject, as well as the outcomes of advocacy movements for the rights of individuals with disabilities under the penal execution system. The research utilizes a qualitative and deductive methodology, incorporating historical, theoretical, and normative reviews to shed light on the subject. The aim is to contribute to the anti-asylum movement, advocating for more humane treatments that genuinely fulfill their social function of providing security and rehabilitation for individuals with mental disorders under security measures.

**Keywords:** Anti-asylum movement, security measures, judicial asylums, rights of individuals with disabilities, non-imputable, semi-imputable, rehabilitation, incident of mental insanity.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

CNJ	Conselho Nacional de Justiça
STF	Supremo Tribunal Federal
STJ	Superior Tribunal de Justiça
ART	Artigo
TJMG	Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais
TJSP	Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo
UFU	Universidade Federal de Uberlândia
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
OMS	Organização Mundial da Saúde
HCTP	Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico
SUS	Sistema Único de Saúde
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial

## SUMÁRIO

<b>1 - INTRODUÇÃO.....</b>	<b>11</b>
<b>CAPÍTULO 2 - MANICOMIOS JUDICIAIS.....</b>	<b>13</b>
2.1 O PRIMEIRO HOSPÍCIO DO BRASIL.....	13
2.2 TRAGÉDIA DE BARBACENA.....	15
2.3 HOSPITÁIS DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIATRICO NO SÉC. XX.....	19
2.4 O CASO XIMENES LOPES VS BRASIL.....	20
<b>CAPÍTULO 3 - A LUTA ANTIMANICOMIAL.....</b>	<b>23</b>
3.1 PROCESSO HISTÓRICO.....	23
3.2 LEI 10.216, A REFORMA PSIQUIATRICA BRASILEIRA.....	25
<b>CAPÍTULO 4 – MEDIDAS DE SEGURANÇA.....</b>	<b>28</b>
4.1 EVOLUÇÃO HISTÓRICA DAS MEDIDAS DE SEGURANÇA.....	28
4.2 INIMPUTÁVEL E INCIDENTE DE INSANIDADE MENTAL.....	30
4.3 MEDIDAS DE SEGURANÇA NA ATUALIDADE.....	32
4.4 LIMITE E CESSAÇÃO DAS MEDIDAS DE SEGURANÇA.....	35
4.4.1 A INDETERMINAÇÃO NO LIMITE DE DURAÇÃO DAS MEDIDAS.....	37
<b>CAPÍTULO 5 - RESSOCIALIZAÇÃO DE DEFICIENTES INTELECTUAIS.....</b>	<b>40</b>
5.1 VISÃO BASAGLIANA SOBRE AS INSTITUIÇÕES DA VIOLENCIA.....	40
5.2 ALTERNATIVAS À INSTITUCIONALIZAÇÃO DA PSIQUIATRIA.....	43
<b>CAPÍTULO 6 - RESOLUÇÃO 487 DO CNJ E PERSPECTIVAS FUTURAS.....</b>	<b>47</b>
<b>7 - CONCLUSÃO.....</b>	<b>50</b>

## 1- INTRODUÇÃO

O histórico brasileiro em processos de ressocialização carcerária se demonstra pouco eficiente, fator que se mantém até os dias atuais, mas quando se trata de pessoas com transtorno mental, a situação se torna muito pior, desbravando a história sobre é bem comum de se encontrar situações desumanas a níveis inacreditáveis, a escolha temática do presente estudo vem justamente da angustia gerada ao explorar o assunto, objetiva evidenciar os abusos sofridos por inimputáveis e semi-imputáveis ao longo dos anos em manicômios judiciais, em especial, no maior hospício do Brasil, o Hospital Colônia de Barbacena, que evidencia de forma mais extrema em como a tratativa nacional sobre o tema é cruel, mostrando como a desumanização, repulsa, necessidade de prender, deixar fora de vista, que em vários momentos acaba perdurando na sociedade sobre o deficiente intelectual faz com que estes sujeitos sejam colocados na cruel margem do esquecimento, que sejam tratados de formas absurdamente perversas, gerando resultados contrários a própria justificativa da existência de institutos que acolhem os sujeitos em medidas de segurança, onde seriam curados, tratados ou ao menos acolhidos de forma digna, acabam perdendo a própria humanidade ao serem tratados sob todo tipo de crueldade que se possa imaginar.

Objetiva mostrar como os movimentos sociais em defesa do deficiente intelectual, assim como a luta contra os manicômios judiciais tiveram efeitos, pressionando a criação de leis assim como maior fiscalização, melhores práticas resultando na redução de tratamentos inadequados e outros tipos abusos, que este tipo de movimento deve permanecer existindo pois é essencial na proteção na conscientização social e na proteção dos deficientes intelectuais, com devido destaque a Luta Antimanicomial por seu destaque no cenário de mudanças no Brasil, bem como no processo de exposição dos abusos que até então eram invisíveis aos olhos da população além de seu impacto na própria produção intelectual nos ramos de estudo sobre o tema.

Fará análise legal, mostrando processo historicamente evolutivo na forma de lidar juridicamente sobre as medidas de segurança e todo tipo de tratativa a restritos de liberdade com alguma enfermidade ou deficiência intelectual, evidenciando como já se teve melhorias mas ainda insuficientes para um tratamento que realmente ofereça inclusão social bem como processo curativo para estes indivíduos, ressaltando que o entendimento jurídico e a própria lei

devem continuar evoluindo para que jamais admita novamente que seres humanos sejam tratados da forma que já foram no passado, utilizará da correlação entre lei vigente e resultados práticos para evidenciar a necessidade não só de lei protetiva ao deficiente intelectual submetido ao regime penal, como também de práticas adequadas visando tratativa humana, que verdadeiramente ressocialize e cuide do indivíduo, destacando a lei 11.216/01 que dispõem sobre a proteção de indivíduos portadores de transtorno mentais bem como a resolução 487 do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) que trata sobre disposições da política antimanicomial, assim como cria instruções para o regular cumprimento da lei 11.216/01 e reforça necessidade de proteção ao deficiente intelectual em regime de restrição penal.

Com toda análise, histórica, jurídica, científica e factual do tema e a quantidade absurda de violações a própria dignidade humana, encontradas no processo intelectual de formação deste estudo, evidencia-se que mudanças precisam ser tomadas, primeiramente para que o passado cruel nunca mais se repita, como também que todo disposto atualmente em lei seja cumprido de forma integralmente benéfica a proteger o deficiente intelectual, este trabalho se dedica plenamente a continuação de toda luta e conscientização social sobre o tema e que mesmo de forma mínima, colabore com avanços na proteção daqueles que por anos, foram esquecidos.

## CAPÍTULO 2 - MANICOMIOS JUDICIAIS

### 2.1 O PRIMEIRO HOSPÍCIO DO BRASIL

Na história do Brasil, antes de existir lei que definia a tratativa daqueles com deficiência intelectual, se existia uma visão social de que a convivência com loucos pelas ruas trazia uma visão contraditória, existir loucos era visto como aspecto de modernidade, como se a loucura fosse resultado da evolução tecnológica e social de um país mas por outro lado era visto como pouco civilizado mantê-los vagando pelas ruas, com isso o projeto de tira-los das ruas, e tratá-los, independentemente de como e de sua eficácia, era visto como aspecto moderno, de uma nação cientificamente desenvolvida, foi neste sentido que o país inaugurou seu primeiro hospício em 1852, no Rio de Janeiro/RJ, uma construção retangular, extensa, dividia em dois setores de blocos unidos por um corredor e uma capela, a arquitetura neoclássica com estátuas em sua faixada representando a ciência e a religião, foi nomeado como “Hospício de Pedro II” sendo sua construção determinada pela assinatura do primeiro decreto do imperador no dia de sua coroação, o hospício foi o primeiro construído ao sul da linha do Equador, sendo importante para destacar a visão do Brasil como um país moderno, civilizado, como muito bem descrito por RAMOS e TEIXEIRA (2012):<sup>1</sup>

O Hospício de Pedro II, engastado como joia rara na entrada da Baía de Guanabara, isto é, na entrada da capital do Império, representa a fortaleza simbólica que garante ao país a estabilidade e coesão necessárias ao enfrentamento das forças desagregadoras presentes tanto na irracionalidade do jogo político quanto na loucura dos governantes. Na sua missão simbólica de afirmar o valor cultural da nação brasileira, o hospício de Pedro II desempenha dois papéis convergentes. De um lado, de forma óbvia e explícita, o hospício oferece uma demonstração clara de que no Brasil se cultiva a ciência. De outro, de forma implícita e aparentemente paradoxal, comprova que o Brasil é capaz de produzir loucos.

A tendência mundial ocidental a construção deste tipo de local e de seu peso como símbolo de avanço científico tem origem na revolução Francesa, na qual a predominância do iluminismo finalmente trás o tratamento mental para o meio medicinal, o retirando do domínio religioso, surgindo assim o denominado alienismo, sendo o primeiro ramo médico de tratamento mental, mas no Brasil, de modo bem contraditório, o Hospício de Pedro II, era administrado pela Santa Casa de Misericórdia, subordinado a religião oficial do país que era católica, indo contra os preceitos de sua própria criação, se afastava dos tratamentos médicos e

---

<sup>1</sup> Revista Latino-americana de psicologia fundamental, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 364-381, junho 2012, p. 366

mantinha-se enraizado aos preceitos e tratamentos religiosos, fato que gerou conflitos entre médicos e autoridades religiosas locais durante todo o fim do século XIX, conflito este que somente foi resolvido em 1890 com a proclamação da república, sendo a Santa Casa de Misericórdia totalmente desvinculada do Hospício de Pedro II.

O Sinuoso hospício foi atração turística e destino regular de visitantes estrangeiros que à época não possuía verdadeira efetividade científica, acabava sendo tudo: um símbolo, uma atração, um local religioso, mas nunca o que deveria realmente ser, um local para tratamento dos deficientes intelectuais, e não há ato mais simbólico de sua disfuncionalidade que um momento narrado por François Jouin, ao visitar o hospício (1880):<sup>2</sup>

Além disso, o Hospício D. Pedro é muito rico, pois ele é visitado com frequência pelo soberano e recebe muitos dos seus favores. Nenhum esforço é poupado para tornar a vida dos pobres pacientes mais agradável.

Assim, no caso de uma mulher afetada de megalomania simples que dizia ser a Imperatriz do Brasil, em lugar de contrariar seus delírios, improvisaram um trono com baldaquins decorados com bandeiras com as cores nacionais, onde ela recebia com muita dignidade as homenagens dos seus infelizes companheiros e dos visitantes do asilo. Essas medidas certamente não são nenhum meio de tratamento, nem mesmo moral, mas comprovam melhor do que qualquer discurso a simpatia e a doçura humana com as quais o Dr. Moura e Câmara trata seus pacientes.

Ao longo das primeiras décadas do século XX, o hospício seguiu funcionando e foi vinculado a institutos da medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), sendo posteriormente também vinculado ao tratamento de Sífilis, onde destinou um de seus pavilhões ao Instituto de Neurosífilis (1927) seguindo o padrão da maioria dos hospitais psiquiátricos da época, passou por superlotação e falta de condições para o tratamento dos internos, sendo por fim fechado em 1944.

De toda a história narrada, do nomeado primeiro e um dos mais luxuosos manicômios do país, fica explícito como nosso país tem tratado esta parcela tão vulnerável da sociedade, nota-se aspecto oportunista ao se investir na área de cuidado com os deficientes intelectuais, como neste caso em que o objetivo era o prestígio social frente aos demais países acima de propriamente curar quem precisa, este aspecto infelizmente pode ser notado diversas vezes ao longo do histórico nacional, como em Barbacena,<sup>3</sup> onde a ambição superou o desejo de tratar e curar.

---

<sup>2</sup> François Jouin foi um médico de Paris, defensor do alienismo que fazia relatos de suas viagens, dentre elas esta realizada em 1880 no Hospício de Pedro II, Rio de Janeiro/RJ

<sup>3</sup> Referindo ao Hospital Colônia de Barbacena, melhor descrito no tópico “2.2. Tragédia de Barbacena” do presente estudo

## 2.2 TRAGÉDIA DE BARBACENA

Em 1903 foi inaugurado o Hospital Colônia de Barbacena, fazia parte de um grupo que reunia sete instituições psiquiátricas que durante suas três primeiras décadas se demonstrava funcional no objetivo de sua criação, internar e oferecer tratamento para os indivíduos com deficiência intelectual, sendo neste período privada, destinada ao tratamento de tuberculose e condições mentais, respeitava o baixo limite de lotação de seus leitos, que eram inicialmente 200 e desenvolvia tratamentos adequados à época, fato que, ao longo dos anos, infelizmente não se manteve.

Progressivamente a demanda de pacientes foi aumentando, pois tinha boa fama no meio social e com isso, movidos pela ambição, a instituição passou a aceitar internos de diversas fontes, acumulando cada vez mais o número de indivíduos, se construía mais pavilhões, e a tratativa com os internados se tornava mais desumana, o pequeno limite de leitos foi sendo mais e mais extrapolada e a dedicação curativa foi desaparecendo se tornando aos poucos um depósito de doentes e indesejáveis.

Com a lotação, falta de funcionários e total desleixo com a vida, o Colônia se tornou cenário de todo tipo de atrocidades, tendo registros de envio de alcoólatras, moradores de rua, pessoas do meio da prostituição, homossexuais, inimigos políticos e até familiares indesejáveis, para aqueles que por qualquer motivo obscuro que seja, passou a existir uma forma fácil de se livrar de alguém, principalmente pós decreto 24.559/1934 promulgado por Getúlio Vargas que permitia a internação compulsória com mero atestado médico seguido de requisição de familiar, conforme disposto no artigo 12º do referido decreto:

Art. 12. Serão documentos exigidos para toda, internação, salvo nos casos previstos neste decreto: atestado médico, que será dispensado sómente quando se tratar de ordem judicial, o certificado de idoneidade de internando.

§ 1º O atestado médico poderá ser substituído por guia do médico da Secção da Admissão do Serviço de Profilaxia Mental, do chefe de qualquer dispensário da assistência a Psicopatas e Profilaxia Mental ou do médico do respectivo hospital.

Mesmo com este frágil requisito, o Hospital Colônia não tinha rígida fiscalização e controle de critérios para receber novos membros, afinal, muitos ali entravam sem nem mesmo ter documentos em mãos, logo, verificação sobre a oficialidade ou mesmo existência de atestado era algo bastante relativo, fortalecendo ainda mais a facilidade que se existia de limpeza social, de abandonar dentro do hospital aqueles que se desejassem fora de vista.

O hospital, localizado bem próximo a uma linha de trem, recebia na estação Bias Fortes, vagões de pacientes, semelhança bizarra ao campo de concentração de Auschwitz na Polônia ocupada pela Alemanha nazista, em seu maior pico de lotação, por volta da sexta década do século XX chegava a receber vagões semanais de sujeitos para a internação além de comumente receber internos também de ônibus e outros que eram entregues pela polícia.

O processo de perda de humanidade, se iniciava logo no entrar no Colônia, como relatado no livro de Arbex (2013)<sup>4</sup>, faziam a triagem entre homens, mulheres e seus estados físicos e mentais, para pode-los separar por pavilhões, tomavam os poucos bens que carregavam, e encaminhavam os internos para o banho coletivo, neste processo, muitos deles não carregavam nem mesmo documentos, recebendo um novo nome ali mesmo, deixavam de ser naquele momento, quem quer que eles eram antes de descer dos vagões denominados localmente como “trem de doido”, passavam a ser considerados coisas, abandonados, largados em pátios lotados como objetos indesejáveis, sem nenhum valor.

A partir deste trágico processo, do abandono total não só por parte da instituição como também de suas famílias e da sociedade como um todo, que nascia o cenário ideal para todo tipo de mazela, lá surgiram lastimáveis histórias como de Geralda Siqueira, relatada no documentário “Holocausto Brasileiro”<sup>5</sup> que durante sua infância morava e trabalhava como doméstica na casa de um advogado, foi abusada sexualmente por ele e engravidou e mesmo sem nunca ter tido nenhuma deficiência ou qualquer condição para ser tratada em hospital psiquiátrico, em 1966 foi levada por seu abusador para o Hospital Colônia de Barbacena, ficando lá internada por quatro anos, relata que neste período envelheceu com se tivesse passado décadas, lá recebeu eletrochoque como forma de coerção, sofreu com as péssimas condições do local e teve seu filho João Bosco, retirado de seus braços, o reencontrando somente após 40 anos, graças a ação do corpo de bombeiros de Minas Gerais, que promoveu o reencontro.

Alcançando o lamentável marco de 60 mil mortos no interior da instituição ao longo do século XX, o absurdo era tamanho, que uma instituição criada para a cura, para tratamento, manteve convênio com um cemitério próprio de tantos corpos que de lá saiam, no auge de lotação, cerca de 16 internos morriam por dia, a maioria por frio pois a instituição não possuía

---

<sup>4</sup> ARBEX, Daniela. Holocausto Brasileiro: vida, genocídio e 60 mil mortes no maior hospício do Brasil. São Paulo: Geração, 2013. P.26

<sup>5</sup> HOLOCAUSTO brasileiro. Direção de Daniela Arbex e Armando Mendz, produção Daniela Arbex, Paula Belchior, Alessandro Arbex, 2016, Netflix

roupas suficientes para todos, mantendo muitos sem nenhuma veste, além de ter substituído camas por colchões de palha, como relatado pela escritora Daniela Arbex, em seu livro “Holocausto Brasileiro”:<sup>6</sup>

Ao seguirem pelados para o pátio, os considerados loucos iniciavam o mesmo ritual da madrugada anterior. Em movimentos ritmados, agrupavam-se tão próximos, que formavam uma massa humana. Vagavam juntos, com os braços unidos, para que o movimento e a proximidade ajudassem a aquecer. Os de dentro da roda, mais protegidos do vento, trocavam de lugar com os de fora. Assim, todos e conseguiam receber calor, pelo menos por algum tempo.

A causa das diversas mortes variavam entre fome, sufocamento resultante do agrupamento de pessoas no frio, doenças, eletrochoques que eram utilizados em forma de lobotomia, tratamentos considerados controversos e desumanos no meio psiquiátrico, em voltagens totalmente descontroladas, ministrados sem nenhum acompanhamento ou mesmo prescrição médica, muitas vezes realizados de formas coletivas, dispondo pacientes enfileirados e aplicando o choque de um em um, como é evidenciado por Coelho, Rodrigues e Silva (2021)<sup>7</sup>.

O cenário do Hospital Colônia de Barbacena se tornou ainda mais mórbido, com a venda de corpos, como expõem ARBEX (2013)<sup>8</sup> a morte, sendo algo tão comum naquele ambiente, fez surgir na ambição desumana da direção do hospital uma possibilidade de lucro, passaram a vender corpos a instituições de medicina dedicadas a estudos, com registros de 1969 a 1980 indicando a venda de pelo menos 1853 cadáveres a diversas universidades distribuídas pelo país, este lamentável trecho do registro histórico do hospital Colônia torna escancarado como que o abandono e a desumanização daquele ambiente criava situações bizarras.

Morriam tantas pessoas que o diretor do nomeado Cemitério da Paz, construído na mesma época do Hospital Colônia onde se enterravam as vítimas daquele hospital psiquiátrico, encerrasse a recepção de corpos, pois eram tantos, e como já se estava enterrando até em valas coletivas, que a terra daquele local se saturou de corpos, gerando odores pútridos da decomposição, levando a diversas queixas dos vizinhos próximos ao terreno.

---

<sup>6</sup> ARBEX, Daniela. **Holocausto Brasileiro: vida, genocídio e 60 mil mortes no maior hospício do Brasil**. São Paulo: Geração, 2013. 280 p.

<sup>7</sup> COELHO, G.; RODRIGUES I.; SILVA K. **HOLOCAUSTO BRASILEIRO: DA VIOLAÇÃO DE DIREITOS À CONSTRUÇÃO DE UMA SOCIEDADE SEM MANICÔMIOS**, Composição, Revista de Ciências Sociais da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, v. 2 n. 24 2021. P 6-7

<sup>8</sup> ARBEX, Daniela. Holocausto Brasileiro: vida, genocídio e 60 mil mortes no maior hospício do Brasil. São Paulo: Geração, 2013. Capítulo IV

Os absurdos cometidos em Barbacena eram tamanhos que um importante nome da luta antimanicomial mundial, o Italiano Franco Basaglia<sup>9</sup>, veio ao Brasil em 1979<sup>10</sup> para realizar várias conferências sobre o tema quando decidiu visitar o Hospital Colônia, e mesmo já tendo presenciado diversos manicômios em vários países pelo mundo, presenciando todo tipo de horror, expressou seu sentimento com relação ao terror presenciado naquele local o comparando à um campo de concentração nazista, sua visita influenciou na conscientização nacional sobre o tema e na fortificação da luta antimanicomial.

Importante destacar que, o cenário descrito, do Hospital Colônia de Barbacena não era um caso único no Brasil, era a maior e por isso se tem mais registros, vítimas e por consequência investigação, mas representa bem como os denominados loucos eram tratados por todo o sistema psiquiátrico nacional, demonstra como a prática, que é resposta não só a previsão legal, mas também a execução do descrito em lei, é refletida e reflete na sociedade, evidencia, como um povo que prefere não ver, conviver e tratar parte da sociedade devido a seu estado intelectual, criam leis pouco abrangentes que possibilitam tratamentos cruéis, além de que mesmo em caso de previsão legal humanizadora, aplicam suas práticas em descaso, deixando pessoas que deveriam ser acolhidas pelo Estado em ambientes totalmente contrários aos seus objetivos, não se ressocializa ninguém deixando-os em verdadeiros campos de extermínio.

## **2.3 HOSPITÁIS DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIATRICO NO SÉCULO XXI**

Em 2000, foi realizada a primeira Caravana Nacional de Direitos Humanos<sup>11</sup> promovida pela câmara dos deputados federais que objetivava levar ao conhecimento do poder legislativo informação com grau de proximidade e precisão sobre os locais onde os direitos humanos estavam sendo descumpridos, para que com estas informações legislem de forma mais consciente sobre o tema, a caravana em questão foi destinada em especial a visitar os nomeados manicômios judiciais destacando no próprio relatório que não foram visitados todos existentes

---

<sup>9</sup> A filosofia de Franco Basaglia aplicada a solucionar a situação manicomial, é melhor trabalhada no capítulo 5 deste estudo “RESSOCIALIZAÇÃO DE DEFICIENTES INTELECTUAIS” 5.1 Visão Basagliana sobre as instituições de violência”

<sup>10</sup> Informações sobre esta visita retiradas da linha do tempo, FIOCRUZ, LAPS Memória da Reforma Psiquiátrica do Brasil disponível em: <https://laps.ensp.fiocruz.br/linha-do-tempo/46>

<sup>11</sup> CÂMARA DOS DEPUTADOS. Relatório da I Caravana Nacional de Direitos Humanos: uma amostra da realidade manicomial brasileira. 2000.

no país mas que certamente teriam situações tão ruins quanto, ou até bem piores que as relatadas e destacou que para resguardar direitos fundamentais dos internos, medidas urgentes deveriam ser tomadas.

O relatório da caravana demonstra que mesmo no ano de 2000, situações desumanas como as do Hospital Colônia da Barbacena, continuaram acontecendo, como ao relatar a visita à Clínica São Paulo, em Salvador/BA, uma clínica privada repleta de portas com grades, sendo semelhante a uma prisão, o médico responsável não sabia especificar o número exato de internos, respondendo que era “de uns 200 a 300”, o local era sujo e emanava odor terrível, os pacientes, imploravam para os membros da caravana para que os tirassem daquele local, houve também relatos de que se fazia abuso de medicamentos sem devida prescrição.

A situação degradante não se limita ao exemplo único, ficando durante todo o relatório evidente que os maus tratos e as condições desumanas possuem repercussão reiterada, como no relatório da visita da caravana ao Hospital de tratamento e custódia de Itamaracá/PE:

Superlotado, o HCTP é uma casa de abandono e violência. Os pacientes não são tratados. Aliás, não são sequer concebidos como pacientes. Estão trancafiados em celas imundas e fétidas. Alguns deles, isolados e completamente nus. Segundo a médica plantonista, ficam nus por prescrição médica (!) pois são pacientes com risco de suicídio. Neste caso, como não há outro recurso técnico, nem pessoal para garantir que esses pacientes sejam observados, providencia-se no seu isolamento e se lhes retiram as roupas. (sic) Os pavilhões onde estão amontoados os internos são prédios inabitáveis, lúgubres e pestilentes. Em muitas celas, os internos convivem com seus próprios dejetos. A maioria é obrigada a dormir no chão. Os banheiros são imundos e em alguns não há sequer água. Quando de nossa visita, fazia um mês que o hospital estava sem qualquer medicação para fornecer aos internos. Tudo aqui não funciona. O HCTP é uma instituição de reclusão sem qualquer segurança que oferece aos internos a perspectiva de pena cruel e degradante. Em síntese, nem custódia, nem trata. Caso de interdição imediata e denúncia pública.

O reiterado traço de abandono é um dos mais notáveis ao longo das instituições abordadas, fato que diz muito sobre a própria ineficácia curativa, afinal, não se pode esperar ressocialização ou mesmo melhora psiquiátrica sem integração social, o indivíduo não vai alcançar estado de bom convívio com a sociedade estando trancado, isolado dela própria.

Outra característica bastante comum é a priorização da aplicação desordenada de medicamentos, da eletroconvulsoterapia e coerção agressiva com o objetivo de acalmar o interno, na busca de torná-lo um ser sem reação, obediente, dopado, motivado pelo fato de ser mais fácil cuidar de alguém que não possui traços de vida, que somente comtemple uma existência vazia, sem desejos, sem sentimentos, semelhante a um objeto, um estado de vida que ninguém desejaria estar mas de forma hipócrita se aceita que assim seja para os deficientes intelectuais internados, o problema não está no uso de meditações, ou mesmo na

eletroconvulsoterapia mas sim no uso como forma de controle e opressão e não como um real tratamento visando a melhora do paciente, como evidenciado no relatório da visita a Clínica Pinel, Belo Horizonte/MG, onde internos relataram que como forma de intimidação, os funcionários utilizam da violência de modo cotidiano, um dos pacientes inclusive diz: “dão gravata atoa atoa” <sup>12</sup>.

## 2.4 O CASO XIMENES LOPES VS BRASIL

Damião Ximenes Lopes nasceu em 25 de junho de 1969, em uma família humilde que residia no interior do Ceará, era gêmeo de Cosme e tinham mais cinco irmãos, apesar das dificuldades, a unida família sobrevivia como era possível, onde cada um conseguia formas de se obter algum dinheiro, os gêmeos eram muito próximos, conforme relatado por Irene, uma de suas irmãs: “Na adolescência, o mais amigo e companheiro de Damião continuava sendo o Cosme. Eles brigavam como todo irmão briga, mas não havia maiores desentendimentos porque os dois estavam sempre juntos”.

Ao longo da adolescência, ele e seu irmão gêmeo passam a ter crises de ordem psicológicas, segundo relatos<sup>13</sup>, Damião se tornava totalmente alheio ao mundo a seu redor como se estivesse muito distraído, mas as vezes olhava para um ponto fixo e passava a rir de modo que seu corpo chegava a tremer, como a recorrência das crises ia piorando, a solução encontrada pela família, visando seu tratamento, foi levá-lo Casa de Repouso Guararapes, na cidade de Sobral – CE, uma clínica privada, destinada a tratamentos mentais, vinculada ao Sistema Único de Saúde, ele ficou lá internado por dois meses e ao retornar, relata a família sobre a violência presente no interior daquele local.

Em 1998, passados três anos da última internação, Damião realizava uma viagem para o acompanhamento médico, teve uma crise, o que levou ao motorista sofrer um acidente com ele, como após o ocorrido ele saiu vagando pela estrada, a família acionou a polícia para encontrá-lo e descobriu que ele estava novamente internado na Casa de Repouso Guararapes, durante esta segunda internação, Damião surgiu com feridas e ao seu fim nem mesmo demonstrava ser a mesma pessoa, como descrito novamente por Irene, irmã de Damião:

---

<sup>12</sup> CÂMARA DOS DEPUTADOS. Relatório da I Caravana Nacional de Direitos Humanos: uma amostra da realidade manicomial brasileira. Brasília, DF, 2000.

<sup>13</sup> Os relatos aqui citados foram retirados do depoimento da irmã de Damião, Irene, descritos na publicação da denúncia do Conselho Federal de Psicologia SILVA, M. V. O. (Org). A Instituição Sinistra. Mortes Violentas em Hospitais Psiquiátricos no Brasil

Neste último ano, Damião não era mais o mesmo, estava mais distante, mais desligado, sem ânimo. Não falava mais em trabalhar, nem saia para se divertir. Deixou de tomar os remédios porque provocavam náuseas. Esta decisão foi ruim, porque ele não estava mais dormindo e já estava rejeitando alimentação. Nessas circunstâncias, mamãe ficou receosa que ele entrasse numa crise e sofresse mais, no dia 1º de outubro de 1999, ela o levou para uma consulta no Hospital de Guararapes; chegando por volta das 6h, ela não encontrou médico para lhe atender. Ela pensou que voltando para casa com ele, seu estado de saúde se agravasse. Ela não tinha como contornar a situação. Então resolveu interná-lo [...]

Após este relato, a mãe de Damião volta a Casa de repouso, três dias depois para visitá-lo, ao chegar lá dizem a ela que não poderá receber visitas, mas em desespero, grita pelo nome dele e o vê com vida pela última vez, conforme relato:

No pátio ele vinha em sua direção, cambaleando, com as mãos amarradas para trás, roupa toda estragada, a mostrar a cueca, corpo sujo de sangue, fedia a urina, fezes e sangue podre nas fossas nasais bolões de sangue coagulado. Rosto e corpo apresentavam sinais de ter sido impiedosamente espancado. Caiu nos pés de mamãe. Ele ainda conseguiu falar, numa expressão de pedido de socorro, dizia: polícia, polícia, polícia... [...]

No dia seguinte, recebe uma ligação informando que Damião havia morrido na internação por causas naturais, não aceitando a veracidade dos motivos de sua morte, visto que no dia anterior percebeu o claro estado de espancamento, juntamente com a informação de uma enfermeira do local, que havia relatado o espancamento por parte da equipe de auxiliares dos enfermeiros e seguranças do pátio, procurou a delegacia de polícia, mas notou que o médico responsável pelas perícias seria o mesmo que realizou o atestado de óbito anteriormente.

Comovida pela vida de seu filho abruptamente retirada por uma instituição que prometia, que existia para curá-lo, passa a buscar todos os órgãos que pudessem ajudá-la, chegando ao ponto em que a irmã de Damião, Irene, apresentou a Comissão Interamericana de Direitos Humanos uma denúncia contra o Estado brasileiro.

A comissão seguiu o procedimento de admissibilidade, intimando o Estado brasileiro para se manifestar, que não se manifestou, sendo então aprovado o relatório de admissibilidade que trouxe a visão da comissão sobre o tema, concluindo que houve violações de direitos humanos contra Damião, que resultaram em sua morte além de descumprimento de dever investigativo por parte do Estado, definindo medidas reparatórias a serem cumpridas pelo Estado brasileiro.

O Estado não as cumpriu de modo integral, levando a posteriormente, em 2004, a Comissão Interamericana de Direitos Humanos a remeter o caso a Corte Interamericana de

Direitos Humanos, sendo requerida a imposição ao Estado brasileiro em investigar o caso de forma profissional, indenizações a serem pagas e que informasse medidas a serem tomadas para que situações como a de Damião não se repitam no país, o Brasil contestou e ofereceu recurso, argumentando falta de requisitos para julgamento perante a corte, foi realizada audiência pública na qual o Estado Brasileiro reconheceu os maus-tratos, e a Corte rejeitou as alegações do recurso oferecido pelo Estado, oferecendo enfim a sentença ao caso.<sup>14</sup>

No dia 6 de julho de 2006 o Estado brasileiro recebe a primeira condenação de sua história na Corte Interamericana de Direitos Humanos, responsabilizando o Estado pela morte e残酷de sofrida por Damião Ximenes Lopes em uma instituição de tratamento psiquiátrico que mesmo sendo privada, possuía autorização do Estado para exercer função pública, na sentença a corte destacou que a união falhou na fiscalização e constituição de proteção a vida, integridade, tratamento e defesa de deficientes intelectuais submetidos a hospitais psiquiátricos, considerou também a violação a integridade dos familiares de Damião e que o Estado brasileiro falhou ao não fornecer adequado acesso à justiça e ao não respeitar o devido processo de investigação do caso.

Constatada responsabilidade do Estado, a sentença o condenou ao pagamento de danos imateriais aos familiares de Damião, as custas processuais e a todo custeio dos indivíduos e órgãos que não foram atendidos pela prestação jurisdicional nacional e precisaram despender gastos para recorrer a corte, impôs obrigações ao Estado brasileiro de dar devido andamento ao procedimento investigatório e sancionatório dos responsáveis pelos crimes cometidos, a publicação em jornal de ampla circulação do item da sentença que contém os fatos provados e a garantia de não repetição dos fatos, tendo que criar programa de capacitação e formação para profissionais do meio psiquiátrico, psicológico, médico e para todos os profissionais da área de atuação vinculadas ao tratamento mental, neste diapasão, para definir os efeitos sociais e impactos no meio da psiquiatria brasileira e da luta antimanicomial trago das palavras de Paixão (2007) :<sup>15</sup>

A sentença da Corte ora analisada inicia um novo momento para os significados e para força dos direitos humanos. O fato de o Brasil ter sido condenado por violar os direitos de um portador de sofrimento mental lança luz para a necessidade cada vez mais urgente de se repensar as formas como o Direito lida com o sofrimento mental. Institutos como a interdição, as medidas de segurança etc., precisam ser repensadas para que o princípio de proteção desses sujeitos- fortalecido pela condenação – seja respeitado em cada dimensão da vida desses sujeitos.

<sup>14</sup> Sentença em total teor disponível em: [https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec\\_149\\_por.pdf](https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_149_por.pdf)

<sup>15</sup> PAIXÃO, Cristiano, Caso Ximenes Lopes versus Brasil - Corte Interamericana de Direitos Humanos Relato e Reconstrução Jurisprudencial 2007, Casoteca Latino-americana de Direito e Política Pública P. 20

Conforme exposto, o Brasil enfrenta lamentável histórico de desrespeito aos direitos dos portadores com deficiência intelectual, o caso de Damião Ximenes evidência um entre diversos absurdos cometidos em nosso país, crimes tão bárbaros ocorrendo em um período tão recente da história, ao menos neste caso, houve efeitos abrangentes que fortaleceram todo o movimento de busca abraçar esta parte tão vulnerável da sociedade, garantindo que seus direitos mais básicos sejam respeitados.

## **CAPÍTULO 3 – A LUTA ANTIMANICOMIAL**

### **3.1 PROCESSO HISTÓRICO**

No contexto mundial, a luta antimanicomial surge da chamada “negação psiquiátrica”, ocorrida inicialmente na Itália, movimentada por Franco Basaglia, um psiquiatra que foi diretor de uma instituição para tratamento de deficientes intelectuais durante a sexta década do século XX, Basaglia notou que a tratativa restritiva, opressiva realizada em hospitais psiquiátricos não oferecia cura ou mesmo melhora aos pacientes, se demonstrando em muitos casos, nociva a condição intelectual do sujeito, por isso, fez revolução na forma de funcionamento Hospital Psiquiátrico de Trieste, que passou a objetivar a desinternação progressiva de seus internos, que passariam a viver em sociedade, se desvinculando ao regime opressivo e restritivo manicomial.

Os ideais revolucionários de Basaglia, indo contra os pensamentos majoritários do meio psiquiátrico da época fizeram com que, mais tarde, no ano de 1978 fosse promulgada a lei 180/1978 (Itália) conhecida como a lei da reforma italiana ou lei Basaglia, que trouxe mudanças no ramo psiquiátrico do país o direcionando a tratativas mais humanizadas, reduzindo ao possível a obrigatoriedade, instruindo a tratamentos sociais de forma voluntária e protegendo os direitos de escolha, liberdade, saúde social e mental dos deficientes intelectuais, como se evidencia no artigo 1, §1º e 2º da referida lei:<sup>16</sup>

#### **ARTIGO 1**

Controles e tratamentos sanitários voluntários e obrigatórios

§1 Os controles e os tratamentos sanitários são voluntários.

§2 Nos casos desta lei e naqueles expressamente previstos por leis do Estado, podem ser dispostos pela autoridade sanitária controles e tratamentos sanitários obrigatórios (TSO's), respeitando-se a dignidade da pessoa e os direitos civis e políticos garantidos

---

<sup>16</sup> ITÁLIA, LEI Nº 180 de 13 DE MAIO DE 1978, disponível em: <https://laps.ensp.fiocruz.br/arquivos/documentos/21> Acesso em: 19/03/2024. P 1

pela constituição, compreendido na medida do possível o direito à livre escolha do médico e do local de tratamento. [...]

A nova visão ali desenvolvida e colocada em prática sobre como o Estado deve lidar com internações e hospitais psiquiátricos gerou influência em outros países do mundo, pois a quebra de paradigma sobre o modo de se tratar foi revolucionária, levando intelectuais da área tecerem críticas aos abusos cometidos, esta quebra chegou também a OMS que em 1973 passou a recomendar o método desenvolvido por Basaglia como abordagem para os tratamentos.

Este movimento chegou ao Brasil, e em 1978 a Divisão Nacional de Saúde Mental (Dinsam), realizou denúncia sobre os abusos cometidos no âmbito do tratamento psiquiátrico nacional, mas como o país se encontrava sob a sobra da ditadura militar, o único resultado deste movimento foi a perda dos cargos por parte dos denunciantes, mas felizmente, mesmo neste período nebuloso da história nacional, em 1979 Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) foi formada, pelos trabalhadores do ramo, que presenciavam os horrores em seu cotidiano trabalhista, apoiados por familiares de pacientes que visavam tratamento digno de seus entes e assim foi mantendo viva a luta pelos direitos das pessoas submetidas as mazelas do sistema manicomial.

Outros honrosos grupos como o movimento sanitário, existente desde 1970, pela reivindicação dos direitos à saúde durante a ditadura militar, também apoiaram a causa, resultando em várias fontes que lutavam pelos direitos daqueles que antes eram esquecidos, como fruto de todo este conjunto, no dia 18 de maio de 1987 se reuniram para um encontro de grupos favoráveis ao fim da política antimanicomial surgindo deste encontro a demanda de uma reforma psiquiátrica no Brasil frente ao rotineiro tratamento hostil e nada eficaz aplicado até então.

Sendo assim, apresentada a proposta legislativa da reforma psiquiátrica, no ano de 1989 que somente foi promulgada em 2001 mas todo o esforço dos grupos reivindicadores do tema chegou a outros resultados no meio, com a promulgação de leis como a 8080/90 que instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS) e 8142/90 que trouxe mais participação social ao desenvolvimento do SUS, os avanços da luta antimanicomial foram se tornando mais sólidos, caminhando ao tratamento mais social, que evite fechar totalmente o interno e que este, possa ser tratado em liberdade, a opção de tratamento ambulatorial passou a ser mais amplamente utilizada, passou a se desenvolver de programas sociais e psiquiátricos nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), as internações passaram a evitar longos períodos contínuos e o tratamento

passou a objetivar condições mais individualizadas de acompanhamento, o problema é que este era o quadro geral, integrante dos objetivos e do estipulado a se fazer mas a aplicação não foi generalizada, diversos hospitais, abrigos e clínicas destinadas ao tratamento continuaram adotando práticas abusivas por todo o país, como fica claro no relatório<sup>17</sup> realizado pela caravana da comissão dos direitos humanos<sup>18</sup>, no ano de 2000, ainda existiam locais semelhantes ao Hospital Colônia de Barbacena.<sup>19</sup>

### **3.2 LEI 10.216, A REFORMA PSIQUIATRICA BRASILEIRA**

Com isso, a luta antimanicomial seguiu, juntamente com os diversos movimentos que vão em defesa de seus ideais, lutando pela desinstitucionalização das internações dos deficientes intelectuais pois o cenário a época estava distante de ser o ideal, como fruto do movimento e da conscientização que se passava a ser cada vez mais abrangente sobre o tema, foi promulgada em 2001, a lei 11.216/01, que como descrito na própria lei “Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”, no que se refere ao redirecionamento da saúde mental, fica bastante evidente nos artigos 3º e 4º ao se referirem a tratamento integrado a sociedade, visando evitar ao máximo regimes que restrinjam a liberdade do sujeito, pautando seus direitos à liberdade, autonomia como parte fundamental do próprio tratamento, características que foram inspiradas das práticas Basaglianais<sup>20</sup> e finalmente descritas no ordenamento brasileiro, conforme letra da lei 10.216/01 (2001):

Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

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, a reinserção social do paciente em seu meio.

---

<sup>17</sup> Relatório da comissão de direitos humanos, minorias e igualdade racial, 1ª caravana - uma amostra da realidade manicomial brasileira, ano de 2000

<sup>18</sup> Mencionado de modo mais detalhado no capítulo 2, subcapítulo 2 "HOSPITÁIS DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIATRICO"

<sup>19</sup> Melhor detalhado no capítulo 2 em seu subcapítulo 1, "TRAGÉDIA DE BARBACENA"

<sup>20</sup> Desenvolvidas pelo psicólogo e diretor de hospícios Italianos no século XX, Franco Basaglia, trouxe inovações desinstitucionalizadoras ao meio psiquiátrico

§ 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.

A referida lei que, mesmo que de forma não tão detalhada, faz efeito, que ao menos formalmente, definiu a prática a ser seguida mas como será evidenciado não seguiu de forma integral seus termos, ao menos nos trouxe indicativos de uma nova era da psiquiatria nacional, trabalhando agora termos como reinserção no trabalho, na comunidade, com o apoio familiar, prevendo práticas bem mais adequadas, com indicativos de eficiência muito mais sólidos de ressocialização que o cruel isolamento social, trazendo reais perspectivas de um projeto humano, destacando o objetivo de dar fim ao sistema asilar, conforme descrito no artigo 2º incisos II, V, VIII e IX:<sup>21</sup>

Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo. [...]

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade; [...]

V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária; [...]

VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;

IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Além de definir também, em seu artigo 5º<sup>22</sup>(2001), que o poder executivo deverá criar parâmetros para que órgão competente dê execução a um programa de acolhimento e reabilitação social para aqueles, que foram vítimas de locais como o Hospital Colônia de Barbacena, e ficaram por períodos extensos em isolamento, que criaram dependência ao tipo de vida, se é que assim pode ser chamada, dentro dos manicômios ao longo do país, para atender a esta demanda legal, em 2003 é instituído o programa "de volta para a casa"<sup>23</sup> que garante um pequeno benefício financeiro para apoiar o indivíduo no processo de reinserção social, que em muitas vezes é dificultada pelas próprias sequelas dos abusos ou mesmo da extensão do tratamento manicomial.

---

<sup>21</sup> Lei nº 20.126/01, lei da reforma psiquiátrica

<sup>22</sup> Artigo da Lei 10.216/01 - que institui a reforma psiquiátrica brasileira

<sup>23</sup> Previsto de forma específica na lei 10.708/03 que define seus parâmetros

O programa, de forma isolada, estaria bem distante de ser suficiente para garantir o mínimo para seus beneficiários, por isso que é integrado a outros programas como, o Serviço Residencial Terapêutico (SRT), que surge do sucesso de programas menores de mesmo intuito, instituídos ao longo dos anos 90 se consistindo em atendimento, como definido na própria cartinha (2004): “são casas localizadas no espaço urbano, constituídas para responder às necessidades de moradia de pessoas portadoras de transtornos mentais graves, institucionalizadas ou não.”, este programa pode abrigar de 1 a 8 internos por moradia e conta com profissionais de atendimento e acompanhamento para atender as demandas dos beneficiários, de demonstrou bem efetivo no processo de reinserção social, em 2004 possuía 256 residências, dispostas em 45 municípios, atendendo 1400 pessoas<sup>24</sup> o programa se expandiu bastante ao longo das duas primeiras décadas do século XXI, como apontado pelo relatório: Cenário das Políticas e Programas Nacionais de Saúde Mental (2022), são 801 residências abrigando 6074 pessoas.

Com todas as alterações expostas, fica evidente que o conjunto de conquistas obtidas ao longo da luta antimanicomial foram solidificadas na lei 10.216/01 e outras alterações que vieram em decorrência desta lei, trazendo novas perspectivas para o tratamento dos deficientes intelectuais no Brasil, mas não foi o fim da luta antimanicomial, pois somente a reforma não trouxe em plenitude as reivindicações do movimento, a própria reforma ainda não foi concluída, necessitando de melhor aplicação do já previsto e expansão da desinstitucionalização.

## **CAPÍTULO 4 - MEDIDAS DE SEGURANÇA**

### **4.1 EVOLUÇÃO HISTÓRICA DAS MEDIDAS DE SEGURANÇA**

Os registros mais antigos que se tem de instrumentos parecidos com medidas de segurança na história do direito ocorreram em Roma, onde quem apresentava periculosidade decorrente de loucura, era levado a casas de custódia que somente se aplicava em situações em que os familiares não possuíam condições ou mesmo capacidade de conte-los do oferecimento de perigo a sociedade, é considerada como medida de segurança pois neste período histórico, os julgados não decidiam como forma de penaliza-los mas sim para evitar que este cause danos a terceiros ou a si mesmo.

---

<sup>24</sup> Fonte: Cartilha do Ministério da Saúde, RESIDÊNCIAS TERAPEUTICAS, OQUE SÃO, PARA QUE SERVEM, Editora MS, 2004, 1<sup>a</sup> edição, P 9

Posteriormente no século XIX, são criadas as primeiras legislações tratando sujeitos infratores que apresentassem deficiência intelectual de modo distinto a pena comum, como o código Penal Frances (1810), os ato imperial, na Inglaterra, “*Trial of Lunatic Act*” (1883) que permitia ao júri, entender o sujeito que cometeu o crime como louco no momento do ato criminoso e o “*Criminal Lunatic Asylum*” (1860), que concediam procedimento diferente da pena, pois eram internados em locais próprios para este tipo de medida.

Foi descrita de forma realmente sistematizada somente em 1893, no código Penal da Suíça, qual dispunha mais detalhes de como a substituição e progressão do regime e previsão sobre reincidência, passou a ganhar a partir do século XX mais destaque em ordenamentos jurídicos pelo mundo, chegando ao ordenamento que mais se aproximou e inspirou as previsões brasileiras sobre o tema, o “*Codicce Rocco*” (1930), compositor da lei penal processual Italiana, essencial aos estudos constituintes da lei penal brasileira, que trouxe em sua letra, aspectos semelhantes como o sistema duplo-binário onde se poderia ser condenado em pena e medida de segurança, de forma dupla, utilizado no Brasil até a reforma penal brasileira.

Durante a vigência do código penal do império (Lei nº 16/1830) não havia o instrumento Jurídico da medida de segurança propriamente dita, mas aplicações rudimentares para tratativa legal daqueles com transtorno mental, prevendo aos semi-imputáveis, regime de pena igual ao aplicado a imputáveis, já para os inimputáveis previa-se o envio do sujeito a casas de tratamento ou aos cuidados de sua família, conforme previsão no artigo 12 da lei nº 16/1830:

Art. 10. Também não se julgarão criminosos: [...]

2º Os loucos de todo o genero, salvo se tiverem lucidos intervallos, e nelles commetterem o crime. [...]

Art. 12. Os loucos que tiverem commettido crimes, serão recolhidos ás casas para elles destinadas, ou entregues ás suas familias, como ao Juiz parecer mais conveniente. (BRASIL, lei nº 16/1830)

Apesar da baixa abrangência legal, a resposta social a pessoas com sofrimento mental, era totalmente voltada a limpeza social, com objetivo de se recolher esses indivíduos da sociedade. Com o código Penal da República (1890), as medidas de segurança passaram por poucas mudanças, como a forma de cumprimento, sendo prevista agora, também em “hospitais de alienados” que são basicamente os hospícios que neste momento histórico já existiam, conforme texto legal:

Art. 27. Não são criminosos: [...]

§ 3º Os que por imbecilidade nativa, ou enfraquecimento senil, forem absolutamente incapazes de imputação;  
§ 4º Os que se acharem em estado de completa privação de sentidos e de intelligencia no acto de commetter o crime; [...]

Art. 29. Os individuos isentos de culpabilidade em resultado de affecção mental serão entregues a suas familias, ou recolhidos a hospitaes de alineados, si o seu estado mental assim exigir para segurança do publico.

Posteriormente, como o código penal de 1980 que possuía carência de diversas matérias penais, como forma de completá-la o desembargador Vicente Piragibe, redigiu a lei denominada: “Consolidações das Leis Penais de Piragibe” que foram aprovadas e anexas ao sistema penal pelo Decreto nº 22.213, de 14 de dezembro de 1932 que fez alterações nas medidas de segurança no sentido de completar o artigo 29 e dispor novos locais de cumprimento, como descrito (1932):

Em quanto não possuirem os Estados manicomios criminaes, os alienados delinquentes e os condemnados alienados sómente poderão permanecer em asilos publicos, nos pavilhões que especialmente se lhes reservem.

Com esta modificação legal, os denominados manicômios judiciais passaram a surgir por todo país, instituições que quase sempre eram superlotadas e careciam de atenção, estrutura, e cuidados que proporcionassem mínima dignidade aos internos, passa a surgir neste momento histórico o local onde os maiores horrores da história nacional seriam cometidos.

Diferentemente das previsões anteriores, no código penal de 1940<sup>25</sup>, medidas de segurança passam a ser dispostas de forma mais abrangente, tendo um título próprio, com dois capítulos para se referir ao tipo de sanção<sup>26</sup> sendo, o Título IV - Das medidas de segurança, Capítulo I - Das medidas de segurança em geral e Capítulo II - Das medidas de segurança em espécie, tendo previsão para que medidas de segurança fossem aplicadas a semi-imputáveis conforme o sistema duplo-binário, ou seja, o sujeito cumpria pena e medida de segurança, em duplidade, e aos inimputáveis eram aplicadas somente medida de segurança, se alterando somente em 1984, com a reforma penal, por meio da lei 7.209/84 prevendo o fim do sistema duplo-binário e trazendo em substituição o sistema vicariante.<sup>27</sup>

## 4.2 INIMPUTÁVEL E INCIDENTE DE INSANIDADE MENTAL

<sup>25</sup> Código ainda em vigor, que define a tratativa geral sobre medidas de segurança atualmente, seus detalhes são melhor explicados ao longo deste capítulo por referir as medidas na atualidade

<sup>26</sup> Os referidos títulos são abordados no Decreto-lei nº 2.848 de 7 de dezembro de 1940 (texto original) e fazem disposição dos artigos 75 ao 101

<sup>27</sup> Melhor descrito no tópico 4.3 Medidas de Segurança na Atualidade

Na legislação brasileira, pessoas que não possuem grau de discernimento suficiente para compreender seus atos perante a lei, são considerados inimputáveis, ou seja, como elemento da culpabilidade, ser inimputável pode gerar exclusão da culpa, elemento essencial para se judicialmente responder em condenação por um crime e por consequência cumprir pena, dentre os tipos de inimputáveis estão que possuem doença mental, somente estes poderão ser sujeitos a medidas de segurança, cabendo também aos semi-inimputáveis.

Importante destacar que as definições de imputabilidade podem variar bastante pelo contexto social ao longo do mundo, pois a própria definição sobre o que pode ser considerado uma doença mental já é alvo de debates, levados pelo motivo de que, definir qual tipo de condição mental será considerada doença e ainda, qual estado será entendido como de inimputabilidade possui reflexos extensos, como na culpabilidade do agente de um crime, a forma que sociedade lida e oferece tratamento médio ao sujeito e até a própria visão social sobre a questão, refletindo em conceitos e preconceitos.

A Organização Mundial da Saúde (2022)<sup>28</sup> define como transtorno mental, alteração, social, emocional ou comportamental que atrapalham o indivíduo ao convívio social, expressivo ou mesmo em executar tarefas cotidianas, para a lei penal brasileira, esta condição, seja temporária, permanente, total ou parcial, deve estar vinculada ao grau de discernimento no momento da ação ou omissão que configura o crime, podendo ser classificados como inimputáveis ou semi-inimputáveis, conforme artigo 26 do código penal:

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.

Neste sentido, ao se comprovar medicamente a doença mental do acusado e vincular esta condição ao estado dele no momento do ato antijurídico punível pelo direito penal, o juiz deverá proferir sentença absolutória com fulcro no artigo 386 do código penal:

Art. 386. O juiz absolverá o réu, mencionando a causa na parte dispositiva, desde que reconheça: [...]

V - existir circunstância que exclua o crime ou isente o réu de pena (arts. 17, 18, 19, 22 e 24, § 1º, do Código Penal); [...]

---

<sup>28</sup> OMS, **MENTAL DISORDERS** disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

Parágrafo único. Na sentença absolutória, o juiz:

- I - mandará, se for o caso, pôr o réu em liberdade;
- II - ordenará a cessação das penas acessórias provisoriamente aplicadas;
- II – ordenará a cessação das medidas cautelares e provisoriamente aplicadas;
- (Redação dada pela Lei nº 11.690, de 2008)
- III - aplicará medida de segurança, se cabível

Para se constatar o grau de periculosidade do agente, havendo dúvida razoável com relação ao seu estado, processualmente, a requerimento do Ministério público, delegado, curador, familiar do acusado ou mesmo de ofício por parte do juiz, será instaurado incidente de insanidade mental, que pode ser instruído tanto na fase de inquérito como na instrução processual, gerará efeito suspensivo no processo criminal até que seja sanada a dúvida em questão, como sabiamente descrito no livro de Carvalho (2023)<sup>29</sup>, será atestada a periculosidade que é entendida como um estado, que o indivíduo possui características de antissocialidade e potencial lesivo que pode atingir direitos protegidos penalmente de terceiros ou mesmo os seus próprios.

Ao se instaurar o procedimento de incidente de insanidade mental, o juiz deverá nomear curador para o sujeito, conforme artigo 149, §2º do código de processo penal:

Art. 149. Quando houver dúvida sobre a integridade mental do acusado, o juiz ordenará, de ofício ou a requerimento do Ministério Público, do defensor, do curador, do ascendente, descendente, irmão ou cônjuge do acusado, seja este submetido a exame médico-legal. [...]

§2º O juiz nomeará curador ao acusado, quando determinar o exame, ficando suspenso o processo, se já iniciada a ação penal, salvo quanto às diligências que possam ser prejudicadas pelo adiamento.

Após a nomeação do curador, será determinada a perícia, que seguindo o prazo determinado pelo artigo 150 do código de processo penal, que limita a realização da perícia em 45 dias, salvo quando o perito comprova a necessidade de se estender este prazo, a perícia esclarecerá também sobre a inimputabilidade do acusado<sup>30</sup>, ensejando na decisão do juiz em aplicar ou não absolvição, que, no caso de aplicada como imprópria, levará a determinação de medida de segurança, uma outra possibilidade é a perícia constatar que no momento do ato criminoso, o sujeito era imputável, adquirindo a condição de inimputável de modo posterior ao

---

29 DE CARVALHO, Salo. PENAS E MEDIDAS DE SEGURANÇA NO DIREITO PENAL BRASILEIRO. [S. l.]: Saraiva, 2013. 551 p. ISBN 978-85-02-20351-8

<sup>30</sup> Como definido anteriormente, além de esclarecer sobre a periculosidade

ato, neste caso, os autos permanecerão suspensos até que seja reestabelecida a condição do acusado, sendo recuperada, o procedimento seguirá, nos moldes padrões do direito penal<sup>31</sup>, não resultando em medida de segurança mas sim submetido a possibilidade de pena.

#### **4.3 MEDIDAS DE SEGURANÇA NA ATUALIDADE**

Definir o que são as medidas de segurança na complexibilidade normativa, jurisprudencial e principiológica como um todo gera bastante debate na dividida doutrina jurídica sendo compreendida por alguns autores como medida administrativa ou mesmo meramente curativa, frequentemente entendida como afastada da pena, entre outros vários entendimentos, mas vale destacar que é compreendida de forma majoritária como forma de sanção penal, de caráter preventivo e terapêutico, visando evitar que o sujeito autor de infração penal, imputável ou semi-inimputável com característica de periculosidade, cometa novas infrações, importante salientar que não será sujeito à medida de segurança o indivíduo que não cometeu infração penal, a lei em sua forma atual não admite aplicação de medida por mera ação de possível periculosidade, sendo o ato criminoso indispensável para a aplicação.

É preventiva devido a característica de evitar o cometimento de nova infração penal, possuindo função de proteção de direitos que podem ser lesados devido ao grau de periculosidade do agente que, como destacado, teria que ter cometido infração penal, lesando direito alheio, portanto, ao não se demonstrar possível grau de discernimento para a aplicação da pena comum e que deixe evidências de que poderá cometer nova infração se aplica a medida como forma de prevenção.

Curativa pois deve ser amplamente vinculada ao tratamento mental do sujeito à medida, objetivando sua cura ou ao menos melhora relativa, afinal, o poder Estatal operar imposição tão grave como a restrição de liberdade do sujeito, deve ao menos haver motivação equivalente, no caso das medidas de segurança, como a condição intelectual do agente em face da sua periculosidade é o motivo, a justificação da imposição, o máximo esforço necessário para que este seja curado ou ao menos tratado de modo em que deixe de oferecer risco aos direitos de outrem é o que se espera durante o processo de cumprimento das medidas, que se tenha não só a intenção legal como também práticas que proporcionem tratamento curativo de fato.

---

<sup>31</sup> Leia-se ordinário, sumário, sumaríssimo ou especial a depender do crime em questão

Já sobre sua característica como modalidade de pena, como é descrito por Masson (2020)<sup>32</sup> seguindo o entendimento majoritário, pode ser entendido como uma modalidade de sanção penal pois pode levar o sujeito a uma das medidas mais extremas que estado pode tomar, a restrição de liberdade, somente admitida de forma ampla no sistema penal, apresentando caráter essencialmente penoso. Se diferenciando da pena em si, mas fazendo parte do mesmo gênero, apresentando diferenças mais amplas no momento da execução penal pois não se agrupa a medidas de segurança o sistema de progressão além de ter definições processuais distintas e possuir fins diferentes, pois o caráter retributivo da pena se converte nas, medidas de segurança como restrição de objetivo curativo, já a relação principiológica é semelhante em ambos os tipos de sanções, sendo as medidas de segurança também regidas pelos princípios penais.

São divididas em dois tipos de medidas, a detentiva e a restritiva, que se moldam de acordo com o regime de pena que seria aplicado ao crime cometido, ou seja, em caso de crime que prevê seu regime de cumprimento inicial como fechado, aplica-se a medida detentiva, na qual o sujeito ficará internado restrito de sua liberdade em hospital de custódia ou outro estabelecimento adequado. Já para aqueles que estariam sujeitos a regime penal aberto ou semiaberto, dos quais são impostas condições de cumprimento e não a restrição geral da liberdade, aplica-se as medidas restritivas, nas quais o indivíduo permanece em liberdade, mas com imposição a tratamento ambulatório obrigatório, no qual o sujeito deve comparecer ao local de acompanhamento que geralmente ocorre em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) ou em locais de atendimento de profissionais da área, as formas de medida descritas estão definidas no disposto do artigo 96 do código penal:

Art. 96. As medidas de segurança são: (Redação dada pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984)

I - Internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou, à falta, em outro estabelecimento adequado; (Redação dada pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984)

II - Sujeição a tratamento ambulatorial. (Redação dada pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984)

Parágrafo único - Extinta a punibilidade, não se impõe medida de segurança nem subsiste a que tenha sido imposta. (Redação dada pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984)

Outro modo de se iniciar o cumprimento de medida de segurança é com a conversão da pena restritiva de liberdade, ao longo da execução da pena, seguindo normalmente o procedimento do incidente de insanidade mental<sup>33</sup> para verificação da imputabilidade e periculosidade; ocorre por meio de decisão judicial, em casos de se demonstrar que doença

---

<sup>32</sup> MASSON, Cleber. Direito Penal: parte geral (arts. 1º a 120). 14. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2020. 912 p.

<sup>33</sup> Definido de forma completa no subcapítulo “4.2 Inimputável e incidente de insanidade mental”

mental prolongada, vale ressaltar que em casos de condição mental breve se encaminhará o sentenciado em regime fechado para tratamento provisório, que cure ou alivie a condição mental não ocorrendo neste exemplo, conversão em medida de segurança mas apenas providência para o tratamento do condenado.

Importante destacar que no atual sistema penal, não se admite mais o precedente sistema duplo binário, que antes da vigência de reforma do código penal de 1984, seria aplicado, como definido por NUCCI (2023)<sup>34</sup> se permitia que fosse aplicado duplamente as sanções, pena e medida de segurança, que ao verificar a condição de imputabilidade e periculosidade superveniente de deficiência intelectual, aguardava-se o fim da execução penal para poder se aplicar medida de segurança, mantendo o réu em restrição de liberdade durante a duração da pena e após por duração indeterminada até que se cesse a medida de segurança, sistema que se demonstrava muito injusto pois tratava o inimputável de modo bem mais prejudicial que o imputável com relação ao cumprimento da pena, além de geralmente mantê-lo restrito de liberdade por períodos muito extensos como resultado desta somatória de regimes.

Atualmente, a sistemática penal utiliza o sistema vicariante<sup>35</sup>, no qual, seguindo o entendimento de CARVALHO (2023)<sup>36</sup> ao inimputável, se aplica medida de segurança e ao imputável pena, não podendo ser aplicado em duplicidade ambas as sanções penais, havendo previsão de conversão para o semi-inimputável mas com a ressalva de que, de modo prioritário, o juiz a este aplicará pena, com a redução prevista no artigo 26 do código penal:

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. (Redação dada pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984)

Redução de pena

Parágrafo único - A pena pode ser reduzida de um a dois terços, se o agente, em virtude de perturbação de saúde mental ou por desenvolvimento mental incompleto ou retardado não era inteiramente capaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.

Seguindo neste diapasão é importante destacar que apesar da prioridade acima definida, pode-se ocorrer excepcionalmente a substituição da pena em medida de segurança para o caso do semi-inimputável que demonstra necessidade de tratamento da sua condição mental, mesmo

---

<sup>34</sup> NUCCI, Guilherme de Souza. Manual do direito penal. 19. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2023. 1232 p. fl. 506

<sup>35</sup> Implementado com a reforma do código penal de 1984

<sup>36</sup> DE CARVALHO, Salo. PENAS E MEDIDAS DE SEGURANÇA NO DIREITO PENAL BRASILEIRO. [S. l.]: Saraiva, 2013. 551 p. ISBN 978-85-02-20351-8 FL. 561

que no curso da execução da pena, conforme previsão dos artigos 98 do código penal e 183 da lei de execução penal:

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

Art. 183. Quando, no curso da execução da pena privativa de liberdade, sobrevier doença mental ou perturbação da saúde mental, o Juiz, de ofício, a requerimento do Ministério Público, da Defensoria Pública ou da autoridade administrativa, poderá determinar a substituição da pena por medida de segurança. (Redação dada pela Lei nº 12.313, de 2010).

#### **4.4 LIMITE E CESSAÇÃO DAS MEDIDAS DE SEGURANÇA**

Pela letra de lei, medidas de segurança possuem prazo indeterminado para seu fim, pois a cessação da periculosidade é o fato que determina o fim da medida, ou seja, enquanto o internado representar perigo a direito de outra pessoa devido a sua inimputabilidade, a medida perdurará. Para que se encerre a aplicação da medida de segurança, a lei de execução penal define que após o prazo mínimo fixado pelo juiz, que pode ser de um a três anos (Art. 97, §1º CP), deva ser submetido o internado ao exame de cessação de periculosidade, podendo o juiz a requerimento do Ministério público ou interessado requerer a realização do exame a qualquer tempo, conforme artigo 176 da lei de execução penal:<sup>37</sup>

Art. 176. Em qualquer tempo, ainda no decorrer do prazo mínimo de duração da medida de segurança, poderá o Juiz da execução, diante de requerimento fundamentado do Ministério Público ou do interessado, seu procurador ou defensor, ordenar o exame para que se verifique a cessação da periculosidade, procedendo-se nos termos do artigo anterior.

O exame de cessação de periculosidade se consiste em relatório acompanhado de laudo psiquiátrico realizado por médico anualmente (Art. 97, §2º CP) ou a requerimento, como anteriormente descrito, com o intuito de se averiguar se ocorreu cura da condição mental ou se a periculosidade do agente se cessou, pode também atestar que mesmo mantendo a periculosidade, continuar submetido àquela internação será prejudicial ao tratamento ou até gerar piora na condição mental do acusado, podendo o juiz alterar neste caso, a forma da medida de segurança de modo em que favoreça a melhora do sujeito, o laudo fornecerá as informações descritas além de outras constatações obtidas que possam ser relevantes ao judiciário.

---

<sup>37</sup> Lei nº 7.210 de 11 de julho de 1984

Tendo em vista o exame de cessação o juiz pode extinguir a medida de segurança, mas de forma condicional aos termos do 3º parágrafo do artigo 96 do código penal, que define prazo de 1 ano para que caso o agente cometa alguma conduta que seja indicadora da permanência de sua periculosidade, poderá ser retomada a medida de segurança. Outra possibilidade com o resultado do exame de cessação de periculosidade é a desinternação progressiva, como forma de retirar os internados de forma totalmente privativa para tratamento ambulatorial, este tipo de alteração é aplicada em situações em que a internação total se demonstra insuficiente, desnecessária ou mesmo danosa ao internado, mas ainda é importante que ocorra acompanhamento médico para o tratamento mental do sujeito.

Em ambos os casos, liberação ou desinternação progressiva, o juiz determinará ao sujeito que também deverá cumprir as condições dispostas no Artigo 178, 132 e 133 da lei de execução penal:

Art. 178. Nas hipóteses de desinternação ou de liberação (artigo 97, § 3º, do Código Penal), aplicar-se-á o disposto nos artigos 132 e 133 desta Lei.

Art. 132. Deferido o pedido, o Juiz especificará as condições a que fica subordinado o livramento.

§ 1º Serão sempre impostas ao liberado condicional as obrigações seguintes:

- a) obter ocupação lícita, dentro de prazo razoável se for apto para o trabalho;
- b) comunicar periodicamente ao Juiz sua ocupação;
- c) não mudar do território da comarca do Juízo da execução, sem prévia autorização deste.

§ 2º Poderão ainda ser impostas ao liberado condicional, entre outras obrigações, as seguintes:

- a) não mudar de residência sem comunicação ao Juiz e à autoridade incumbida da observação cautelar e de proteção;
- b) recolher-se à habitação em hora fixada;
- c) não freqüentar determinados lugares.

Art. 133. Se for permitido ao liberado residir fora da comarca do Juízo da execução, remeter-se-á cópia da sentença do livramento ao Juízo do lugar para onde ele se houver transferido e à autoridade incumbida da observação cautelar e de proteção.

O Objetivo desta imposição de condições semelhantes ao aplicado na progressão de pena é garantir que houve certa possibilidade de ressocialização além de se ter algum controle e vigilância do indivíduo em caso de que este retorne a cometer crime ou dê algum indício de repetição delitiva. Importante destacar também que, cabe recurso a qualquer que seja decisão tomada ao longo da execução da medida de segurança, por meio de agravo, conforme artigo 197 da lei de execução penal.

#### **4.4.1 A INDETERMINAÇÃO NO LIMITE DE DURAÇÃO DAS MEDIDAS**

Com relação a duração das medidas de segurança, como descrito, a lei falha ao deixar a determinação de extensão máxima em aberto, servindo como forma de determinar seu fim com a cessação de periculosidade, existem, porém, correntes de interpretação que consideram está fato absolutamente inconstitucional afinal, se considerada como modalidade de sanção penal fere o artigo 5º, inciso XLVI, alíneas “b” e “e” da constituição federal:

Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes: (...)

XLVII - não haverá penas: (...)

b) de caráter perpétuo; (...)  
e) cruéis;

Com este caráter de duração indeterminada, presume-se como possível consequência a perpetuidade, sendo também considerada cruel devido ao justamente esta característica, manter o sujeito privado de liberdade de forma irresoluta, comumente em ambientes degradantes, sem nenhuma perspectiva de liberdade é medida extremamente cruel, oferecendo não só violação ao referido artigo constitucional como também ao princípio da proporcionalidade e ao próprio processo de ressocialização, sendo oportuno, as palavras do respeitado doutrinador Cleber Masson (2014): “Não seria correto privar alguém de sua liberdade retirando-lhe a esperança de um dia voltar a viver em sociedade. Essa atitude estaria em descompasso com a finalidade da pena consistente na ressocialização do condenado.”<sup>38</sup>

Ademais, o caráter de indeterminação na duração das medidas de segurança também se demonstra em contradição com o princípio da isonomia, ao aplicar limite máximo indeterminado aos inimputáveis em um país que limita a pena máxima dos condenados imputáveis em 40 anos se cria tratativa extremamente desigual e demonstra o abandono do efeito curativo da medida, pois ao tornar tão extensa sua duração, é impossível justificar que este ato seja em nome de sua ressocialização, sendo neste caso, predominante somente o objetivo preventivo, de retira-lo totalmente do contato social se justificando em sua periculosidade.

Neste contexto, o Superior Tribunal de Justiça sabiamente estabeleceu um limite a questão da duração indeterminada, em resposta a repercussão do tema devido à falta de

---

<sup>38</sup> MASSON, Cleber. Código Penal Comentado. São Paulo: Método, 2014. p. 370

definição legal, conforme definido de forma bastante clara pelo Ministro Jorge Mussi, 5<sup>a</sup> turma por meio de precedente originário à sumula em questão:

"[...] Em atenção aos princípios da isonomia, proporcionalidade e razoabilidade, aplica-se, por analogia, o art. 75 do Diploma Repressor às medidas de segurança, estabelecendo-se como limite para sua duração o máximo da pena abstratamente cominada ao delito praticado, não se podendo conferir tratamento mais severo e desigual ao inimputável, uma vez que ao imputável, a legislação estabelece expressamente o respectivo limite de atuação do Estado. [...]"<sup>39</sup>

Foi seguindo este entendimento que o STJ, estabeleceu entendimento cesse a duração indeterminada sobre a máxima das medidas de segurança, com a súmula 527:<sup>40</sup> "O tempo de duração da medida de segurança não deve ultrapassar o limite máximo da pena abstratamente cominada ao delito praticado." sendo vinculado ao limite da pena, a duração máxima levará em consideração o tempo máximo que a condenação penal poderia levar tendo como base o delito praticado e a previsão de duração de sua pena.

Sendo importante destacar que, para casos em que a somatória do disposto na pena atinge o tempo limite de cumprimento fechado no regime penal, por equiparação ao sistema penal, aplica-se a medida de segurança o limite máximo de cumprimento em restrição total de liberdade que até o ano de 2019 possuía como máximo o estipulado no artigo 75 do código penal, de 30 anos, mas com a promulgação da lei 13.964, de 24 de dezembro de 2019 o referido artigo foi alterado, estendendo este limite para 40 anos. Definição que se demonstra majoritária tanto nos tribunais quanto na doutrina atual.

A problemática nessa questão é que como a letra da lei mantém o limite indefinido, abre-se precedente para que dois tipos de problemas ocorram na execução das medidas de segurança, podendo ambos ocorrerem pelo simples entendimento equivocado por parte do julgador, jurisprudencialmente falando, mas correto pelo ponto de vista estritamente legal. O primeiro deles é a possibilidade de simplesmente se aplicar a medida de modo indefinido, caso a periculosidade não se demonstre cessada, existe a possibilidade do juiz da execução se pautar exclusivamente na falta de disposição legal que defina limite a medida de segurança, o mantendo sob o regime até que se cesse a periculosidade, que dentro do contexto dos locais de internação, não só pode como comumente ocorre de ser eterna, mantendo a duração da medida também eterna. A segunda possibilidade, se refere ao caso em que o julgador segue o limitador

<sup>39</sup> Acórdão completo disponível em: [https://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/stj/24352665?\\_gl=1\\*aidc6e\\*ga\\*MTc5NDg2MTYxNC4xNjkyND\\_EwOTY0\\*ga\\_QCSXBQ8XPZ\\*MTcxMTExODU1Ny4zNi4wLjE3MTExMTg1NTcuNjAuMC4w](https://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/stj/24352665?_gl=1*aidc6e*ga*MTc5NDg2MTYxNC4xNjkyND_EwOTY0*ga_QCSXBQ8XPZ*MTcxMTExODU1Ny4zNi4wLjE3MTExMTg1NTcuNjAuMC4w)

<sup>40</sup> TERCEIRA SEÇÃO, julgado em 13/05/2015, DJe 18/05/2015

do prazo de 40 anos para medidas de segurança de crimes que teriam como pena máxima muito menos tempo que o “teto” de duração, aplicando medida de segurança por 40 anos em um indivíduo que conforme a súmula 527, do STJ deveria ficar por exemplo, no máximo pelo período de 10 anos sob o regime.

A solução para evitar este tipo de possibilidade que fere a própria dignidade humana do indivíduo sujeito a medida de segurança, seria utilizar o entendimento do STJ, para se efetuar alteração na lei, definindo como disposto na súmula, vinculando a duração máxima da medida em equiparação a pena do delito cometido, mudança esta que resultaria em maior segurança jurídica e tratamento mais digno, para aqueles que sofrem em um regime semelhante a pena, mas com possível duração indefinida.

## **CAPÍTULO 5 - RESSOCIALIZAÇÃO DE DEFICIENTES INTELECTUAIS**

### **5.1 VISÃO BASAGLIANA SOBRE AS INSTITUIÇÕES DA VIOLENCIA**

Não há como sequer considerar como processo ressocialização e reinserção social quando este ocorre em um ambiente totalmente restritivo, pautado em muitos casos na violência, opressão e descaso, como ocorre nos já conhecidos, manicômios judiciais, como bem definido por Basaglia (1968)<sup>41</sup> a violência atuando como costume vêm das várias instituições de nossa sociedade, da escola que rejeita o aluno diferente, da família que aponta aos seus filhos que ser diferente é sinônimo de fracassado ao interno agitado de um hospital psiquiátrico que é submetido ao ”garrote”, que é um sistema de sufocamento onde se atira um lençol molhado sobre a cabeça da vítima, torcendo-o em seguida para que cause a perca dos sentidos.

Este funcionamento pautado na violência se multiplica em nossa sociedade, atingindo-a de forma generalizada e sistemática, regendo todas as relações sociais, sendo a divisão de quem tem ou não tem poder, construída a partir desta lógica, Basaglia adverte, porém que, a forma e a quantidade de violência empregada dependerão do quanto justificável, ou quanto ela deve ser ocultada para que esta seja exercida em segurança, conforme descrito em seu livro <sup>42</sup>

---

<sup>41</sup> A instituição negada, 3<sup>a</sup> edição, editora Graal, 1985. P 100-105

<sup>42</sup> A Instituição negada, P 101

Os graus de aplicação dessa violência dependerão, entretanto, da necessidade que tenha aquele que detém o poder de ocultá-la ou disfarçá-la. É que nascem as diversas instituições, desde a familiar e escolar até a carcerária manicomial. A violência e a exclusão estão justificadas por serem necessárias, nas primeiras, como consequência da finalidade educativa, nas segundas, da "culpa" e da "doença". Tais instituições podem ser definidas como instituições da violência,

A sistemática de violência ao longo da história humana foi se alterando, afinal, ao ser empregada de modo constante ou mesmo muito visível, levava ao ofendido se rebelar, foi neste contexto que muitas revoluções e revoltas ocorreram ao longo de nossa história, é por isso que, se moldando de forma macabra, passa a transferir a justificativa desta violência aos técnicos, resultando assim em novas formas de violência e em novas vítimas, novos rejeitados. Com isso, a chamada violência técnica, passa a se utilizar da "ciência" para justificar seus atos e reduzir as possibilidades de reação do oprimido, afinal, se pautam no argumento de que o deficiente intelectual, deva ser submetido à sua relação de poder como inferior, seguindo a absurda lógica de justificação de que é cientificamente comprovado seu estado de inferioridade, tendo a necessidade técnica de ser tratado, independentemente da forma ou do nível de opressão empregado.

Deste modo, foi funcionando as instituições psiquiátricas ao longo da história, como instrumentos utilizados para se atenuar a distância entre oprimido e opressor, para que assim não haja rebeldia por parte do oprimido, a função de tratar, passa a ser submetida a esta lógica perdendo totalmente sua função verdadeira, o objetivo nobre de melhorar a condição do internado se torna somente uma faixada para justificar a violência e o controle social. Este mal social, se torna tão generalizado que o profissional do meio, mesmo que bem-intencionado passa a sofrer com o peso da imposição de agir seguindo esta lógica violenta, ninguém o diz para oprimir, mas é o que sistematicamente se espera.

Nesta lógica, Basaglia (1968)<sup>43</sup> define que as funções de quem luta por estas pessoas é sobretudo, negar as instituições tradicionais e ajudar os oprimidos a tomarem consciência de sua situação, gerando verdadeira ruptura no sistema que somente será repensado pela comunidade científica no momento em que a concretude da opressão sistematizada deixar de ser escudo as barbáries cometidas em seu nome, somente neste momento, se questionará de forma ampla, sobre o quão as denominadas formas de tratamento são contrárias ao próprio processo de cura e ressocialização.

---

<sup>43</sup> Descrito por Basaglia em seu livro, A instituição negada, P 103

Seguindo o raciocínio Basaglano, existe um outro tipo de diferenciação nos efeitos da internação psiquiátrica tradicional é vinculada ao fator de poder socioeconômico, como descrito:<sup>44</sup>

Um exame atento revela que a doença, enquanto condição comum assume significados concretamente distintos segundo o nível social do doente.

Isto não quer dizer que a doença não exista, mas sublinha um fato real que deve ser levado em consideração quando se entra em contato com o doente mental dos hospitais psiquiátricos: consequências da doença variam segundo o tipo de abordagem em relação a ela. Tais "consequências" (refiro-me aqui ao nível de destruição e de institucionalização do paciente internado nos manicômios provinciais) não podem ser consideradas como a evolução direta da doença, mas sim do tipo de relação que o psiquiatra, e através dele a sociedade, estabelece com o doente

Define, portanto, 3 possíveis situações em que o paciente, por meio da sociedade pode se encontrar frente ao tratamento psiquiátrico:

A primeira delas, chamada de aristocrática se resume ao caso do paciente com poder financeiro, de modo em que mesmo ele, na posição de internado, exerce liberdade contratual frente ao psiquiatra, possuindo com isso, autonomia, possuindo certo controle sobre a qualidade do tratamento que receberá pois o profissional depende de sua concordância nesta relação de encontro de poderes<sup>45</sup> situação que somente mantém este equilíbrio enquanto perdurar o poder socioeconômico do paciente. A segunda, nomeada mutualista se refere a situação em que o paciente apesar de submetido ao poder técnico da psiquiatria, possui elevado grau de consciência de sua situação, sabe seus direitos e até que ponto a instituição pode chegar, gerando assim certo equilíbrio entre as partes, mas ainda assim há possibilidade de o médico utilizar seu tratamento como forma opressiva. A terceira é chamada de Institucional, ocorre quando o paciente já está sob o domínio de um hospital psiquiátrico se tornando, um sujeito considerado sem nenhum direito, totalmente entregue a instituição, neste caso, o poder técnico nem mesmo se faz necessário, afinal, quem vai questionar a profissionalidade de quem medica estando em total submissão institucional, como dito por Basaglia (1968):<sup>46</sup>

Na dimensão institucional a reciprocidade não existe; sua ausência, aliás, não é sequer camuflada. 'É aqui que se vê, sem véus e sem hipocrisia, o que a ciência psiquiátrica enquanto expressão da sociedade que a delega, quis fazer do doente mental. E é aqui que se evidencia o fato de que não é tanto a doença que está em jogo, mas a carência de valor contratual de um doente, que não tem outra alternativa de oposição exceto um comportamento anormal.

---

<sup>44</sup> A instituição negada, p 106

<sup>45</sup> O poder financeiro do interno e o poder técnico do médico psiquiatra

<sup>46</sup> Retirada do livro a instituição negada, p 107

Tendo em vista essa separação, pode-se concluir que há até mesmo elemento discriminatório no tratamento, como se a mesma doença mental atacasse de forma mais destruidora a população de classe baixa, afinal o sujeito de posses, tende a ser internado em um lugar melhor e mesmo no ato do tratamento ser tratado de forma mais humana, sendo bem mais provável de ser reinserido a sociedade sem maiores danos, devido a própria relação de poder entre os profissionais clínicos e ele, enquanto o sujeito pobre tende a acabar nos lotados manicômios públicos e lá, como exposto nos diversos absurdos ao longo da história manicomial, ser ceifado de seus direitos mais fundamentais, tratado das piores formas que se possam conceber e acabar sendo devolvido a sociedade com todas as terríveis sequelas causadas pela internação, Como sabiamente evidenciado por Basaglia (1968):<sup>47</sup> “esta abordagem da questão revela-nos uma realidade invertida onde o problema já não é tanto o da doença em si, mas sobretudo o da relação que se estabelece com ela”.

É neste sentido, que a mudança se faz mais necessária, no contexto das instituições tradicionais a melhora do indivíduo, como exposto, se limita ao véu que protege um verdadeiro depósito de indesejáveis da revolta social, sendo na verdade, um ambiente contrário ao seu próprio propósito, Basaglia explica<sup>48</sup> de forma excepcional como modelo é prejudicial aos internos:

Se o doente não tem alternativas, se sua vida lhe aparece como preestabelecida, organizada, e sua participação pessoal consiste na adesão à ordem, sem outra saída possível, ver-se-á prisioneiro do território psiquiátrico da mesma maneira como estava aprisionado no mundo externo, cujas contradições não conseguia enfrentar dialeticamente. Tal como a realidade que não conseguia contestar, a instituição à qual não se pode opor deixa-lhe uma única saída: a fuga através da produção psicótica, o refúgio no delírio, onde não existem nem contradições nem dialética...

Foi na aplicação deste raciocínio que Franco Basaglia lutou por mudança na lógica dos tratamentos empregados aos deficientes intelectuais e fez revolução no meio psiquiátrico italiano, se tornando uma das figuras mais importantes do movimento antimanicomial por todo o mundo, influenciando mudanças nas lógicas do tratamento psiquiátrico como um todo, fez com que paradigmas concretizados na opressão e isolamento social fossem quebrados, levando-nos a não só dar atenção as mazelas cometidas como também a repensar a forma em que a sociedade lida com os deficientes intelectuais, sendo muito influente no movimento nacional

---

<sup>47</sup> Livro A instituição Negada, p 109

<sup>48</sup> Livro a instituição negada, Franco Basaglia, p 118

que levou a reforma psiquiátrica que influenciada também por suas práticas salvou e vai salvar muitas vidas ao longo da história.

## 5.2 ALTERNATIVAS À INSTITUCIONALIZAÇÃO DA PSIQUIATRIA

Ao se buscar por solução na ressocialização de deficientes intelectuais, em especial aqueles submetidos a medidas de segurança, o caminho para se obter resposta sobre o que fazer é longo, mas um claro indício é analisarmos o que não se deve fazer, tendo em vista os resultados dos manicômios judiciais, a quantidade de pessoas que após anos dentro deste tipo de instituições foram acometidos de tantos traumas e sequelas que se tornaram dependentes de cuidados, pessoas que regrediram amplamente em seu estado de saúde mental, a quantidade de mortes deste tipo de cuidado institucional, a quantidade e reprovabilidade de abusos sofridos não só contra pacientes como também a pessoas que lá eram depositadas para que fossem isoladas da sociedade por todo tipo de motivo cruel, as inúmeras, lamentáveis histórias vistas em nosso país de pessoas e famílias que foram devastadas pelo tratamento manicomial além da comprovada ineficácia de se manter alguém naquele tipo de instituição, fica claro que manicômios, matam, oprimem, adoecem, torturam, mas não ressocializam ninguém.

Movimentar-se neste sentido apresenta dificuldades iniciais por ter que lidar naturalmente com uma quebra no paradigma da sociedade em geral, sair desta ordem autoritária, hierárquica é nadar contra a maré do padrão social da violência, presente de modo generalizado nos meios sociais, é lutar por direitos que em meio a ordem socioeconômica não existe mínima intenção de serem respeitados, afinal, como exposto por Basaglia (1968)<sup>49</sup>:

[...] nosso sistema social, longe de ser um regime econômico de pleno emprego, não tem nenhum interesse em reabilitar o doente mental, que não poderia ser recebido por uma sociedade que nem sequer resolveu plenamente o problema do trabalho de seus membros sãos.

Negando ao modelo manicomial, a oposição aos seus próprios traços nos leva a uma possível solução, efetivar tratamentos que libertem o indivíduo ao invés de trancá-lo atrás de muros, inclui-lo a sociedade no lugar do isolamento, ouvir suas vontades, expressões e opiniões ao invés de reprimir e considerar como sintoma da doença qualquer manifestação por parte deste, criar contato da sociedade com este público, no lugar de criar barreiras e escondê-los do convívio social.

---

<sup>49</sup> Trecho do livro A instituição negada, Franco Basaglia 1968, p 117-118

Os melhores exemplos de funcionalidade com estes pressupostos são as comunidades terapêuticas, que possuem aspectos que deveriam ser aplicados a toda forma de internação ou tratamento de deficientes intelectuais que objetive ressocialização, objetivam inicialmente quebrar as barreiras da hierarquia institucional, tornando primeiramente, o paciente um sujeito de direitos, que tenha não só ciência de todos os traços de sua dignidade e individualidade como também de que a comunidade junta a ele existe para defendê-los, que a figura do psiquiatra, enfermeiros, assistentes e todos vinculados ao tratamento passe a não ser mais vista como superior, mas sim em igualdade ao interno ligados pelo objetivo de tratar e ressocializar o doença intelectual que o infringe.

Neste modelo, o médico passa a poder ser questionado, devendo não só mais ordenar e determinar, mas também a ouvir o paciente, principalmente quando se trata de pacientes que antes viveram o terror dos manicômios tradicionais, caberá ao médico, função de desconstruir os bloqueios, geralmente manifestados em forma de apatia, a única forma que se tinha de sobreviver a tantos abusos, para, juntamente com o paciente, ir criando uma personalidade própria, que verdadeiramente seja viva, de modo em que o interno não é um mero número ou objeto mas sim a própria razão de ser daquele órgão.

Com esta mudança de concepção interna, a premissa do fim do tratamento também deve ser repensada, de modo em que a medida de segurança não se cesse imediatamente de internação fechada para liberdade total, que mesmo nos casos de tratamento ambulatorial haja um procedimento mediador, neste diapasão surge como solução a desinternação progressiva conforme descrito por FERRARI (2001):

Permitida a progressão em relação a inimputáveis e semi-imputáveis, possíveis serão as transferências de um regime mais rigoroso a um menos rigoroso, resgatando sua autodeterminação e dignidade, auxiliando na efetiva, gradativa e futura convivência sócio-familiar.

A desinternação progressiva se consiste em mudança gradual na forma do tratamento, aplicando alterações como, elevação da convivência familiar, sendo permitido até mesmo saídas temporárias visando recuperação de laços familiares, aplicações de atividades comunitárias, laborais, educacionais, recreativas e culturais como forma de trazer de volta aquele indivíduo ao convívio social, o proporcionando melhora não só na condição mental como também o proporcionando ter perspectivas de um breve futuro em liberdade total.

Sobre as aplicações de fortificações de laços familiares, conforme descrito por Maria Eduarda Ribeiro (2023) em sua tese, o Brasil possui histórico deste tipo de aplicação, o Hospital

de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Franco da Rocha, criou um pavilhão para que pudesse ocorrer visitações familiares nos anos de 1981 a 1984, como forma de aderir a desinternação progressiva, mas foi impedido de se manter assim por falta de previsão legal específica de abrangência nacional, voltando a aderir a política somente em 1989, conseguindo se manter no programa por autorização judicial específica, sem validade para que se aplique em outros locais. RIBEIRO (2023).<sup>50</sup>

Além de proporcionar melhor contato familiar, outras formas que a ressocialização progressiva pode ser feita é com a educação no âmbito do processo, manter o sujeito com disponibilidade de acesso aos estudos e ao desenvolvimento profissional são recursos que o levarão a ter mais perspectivas com o fim da internação, juntamente com o acesso à cultura, como com a participação em eventos, saídas culturais, acompanhadas ou não a depender do estado do sujeito, o fará ser mais integrado a sociedade com o fim da medida.

Em seu funcionamento, a proposta é que como descrito anteriormente, já se tenha mudança na postura do tratamento, para atenção não autoritária, sem o uso da violência, mesmo em condições em que o indivíduo, excepcionalmente, esteja em restrição total de liberdade, devido a internação, como disposto na resolução 487 do CNJ em seu artigo 13:

Art. 13. A imposição de medida de segurança de internação ou de internação provisória ocorrerá em hipóteses absolutamente excepcionais, quando não cabíveis ou suficientes outras medidas cautelares diversas da prisão e quando compreendidas como recurso terapêutico momentaneamente adequado no âmbito do PTS, enquanto necessárias ao restabelecimento da saúde da pessoa, desde que prescritas por equipe de saúde da Raps.

Colaborando a partir da internação, que será para casos excepcionais em que não se demonstre condições de tratamento em liberdade com o processo de melhora psiquiátrica, para que o internado já esteja no processo de recuperação e ressocialização mesmo no momento mais restritivo de seu processo recuperativo, o levando a condição futura de maior liberdade, possibilitando a ressocialização progressiva de forma mais ampla, como mencionado anteriormente, a experiência já ocorrida no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Franco da Rocha serve de lição para a aplicação generalizada, Ferrari (2001):<sup>51</sup>

Segundo brilhante trabalho realizado pelos técnicos de Franco da Rocha, a desinternação progressiva constitui-se em etapas. Inicialmente, elaboravam-se

---

<sup>50</sup> Descrito no trabalho de conclusão de curso de Maria Eduarda Ribeiro Pessoa, apresentado a Universidade Presbiteriana Mackenzie, com o título: O programa da desinternação progressiva como etapa obrigatória para o processo de ressocialização na medida de segurança, São Paulo/SP, 2023, p 37

<sup>51</sup> Em seu livro, Medidas de segurança e direito penal do estado democrático de direito, 2001, p 170

critérios seletivos para o encaminhamento dos internos, optando-se por aqueles que apresentassem evolução no tratamento. Secundariamente, ajustavam-se às dependências do hospital, instalando quatro leitos por sala, sempre aberta diuturnamente, permitindo a qualquer momento, o acesso ao refeitório, à sala de atividades de lazer e ao pátio. Para as refeições, liberavam-se pratos, bem como copos de vidro e talheres de alumínio, havendo ainda geladeira, fogão industrial e comum, além de pias, mesas, bancos e armários para uso geral.

Desta forma, estruturando as instituições ao modelo e de modo com que a equipe profissional, compreenda que o processo de ressocialização é o objetivo a todo momento do tratamento, deve ir gradualmente selecionando de forma pessoal a cada interno, quais podem participar de cada um dos diversos programas ressocializadores disponibilizados na desinternação, como dito por, FERRARI (2001):

Paralelamente a tais características internas, que conferiram dignidade ao doente mental, aplicavam-se os espaços de locomoção externa, permitindo que os pacientes-delinquentes andassem pelas imediações da instituição. Estimulando a socialização, ao restabelecimento da cidadania, ao resgate da autonomia e ao controle dos impulsos, fomentavam o trabalho a todos os integrantes da Colônia de Desinternação Progressiva, conferindo acesso a diversas atividades ligadas à horticultura, aos serviços gerais, à marcenaria, à datilografia, aos serviços de escritório, atividades desenvolvidas ainda dentro do estabelecimento penal.

Aumentando progressivamente a ressocialização social e constando a melhora no tratamento, admitiam que o paciente trabalhasse externamente, permitindo atividades como a venda de cachorro-quente, sorvetes e doces, até a prestação de serviços técnicos e operários da construção civil, como fito de criar vínculos de coleguismo, amizade e por que não dizer, intimidade no trabalho.

O processo de reintegração progressiva, se faz necessário com base em dois grandes benefícios sociais, a primeira vinculada ao paciente em si, que recupera perspectivas de uma vida digna durante e após o tratamento e a segunda para a sociedade que passa a ter mais garantias de que o sujeito terá sua periculosidade revertida, se beneficiando ainda mais neste processo pois a pessoa que antes apresentava perigo ao meio social, sendo por isso submetida a medida de segurança, passa a ser um indivíduo mais apto a cooperação e integração da sociedade em que vive, cessando o procedimento somente quando já estiver evidente a completa a integração social daquele indivíduo.

## **CAPÍTULO 6 - RESOLUÇÃO 487 DO CNJ E PERSPECTIVAS FUTURAS**

Neste ano (2024) a nomeada reforma psiquiátrica brasileira completa 23 anos, reforma essa que foi muito aguardada pelo movimento da luta antimanicomial,<sup>52</sup> trazia em seu texto um novo ponto de vista para as perspectivas das internações e aplicações das medidas de segurança, trazia consigo o compromisso de que crueldades como do Hospital Colônia de Barbacena<sup>53</sup>, da Casa de Repouso Guararapes<sup>54</sup> e de muitos outros hospícios espalhados pelo Brasil que ceifaram vidas e quando não, deixaram sequelas irreversíveis em seus pacientes, o problema é que a promulgação da lei 10.216/01, nomeada lei da reforma psiquiátrica. Não resolveu este mal que se manteve em nossa sociedade.

Impossível negar que ocorreu de fato mudança no sistema psiquiátrico brasileiro por efeito desta lei, a própria quantidade de sujeitos a internações resultantes de medidas de segurança, diminuiu bastante, como por exemplo, somente no Hospital Colônia de Barbacena em seu máximo de ocupação abrigava 5000 internos, atualmente, conforme relatório da Secretaria Nacional de Políticas Penais de 06/2023<sup>55</sup>, são registrados 2.121 sujeitos em todo o Brasil em regime de internação por medida de segurança, hoje, muitos estão em tratamento ambulatorial, ou mesmo participando de programas reintegrativos como as residências terapêuticas.

A questão é que, mesmo tendo melhora bem significativa, com a lei 10.216/01 os 22 anos passados ainda não foram suficientes para mudança completa no sistema, ainda existem pessoas com deficiência intelectual sob medidas de segurança em locais extremamente degradantes, indo contra a reforma psiquiátrica já consolidada e legislada no país a extenso tempo, foi neste sentido que sabiamente Conselho Nacional de Justiça, por meio da Ministra Rosa Weber, publicou a resolução 487/23 que institui medidas para o cumprimento na já disposta lei 10.216/01 e define protocolos mais rígidos para o fim definitivo da política manicomial, conforme exposto em seu 1º artigo:

Art. 1º Instituir a Política Antimanicomial do Poder Judiciário, por meio de procedimentos para o tratamento das pessoas com transtorno mental ou qualquer forma de deficiência psicossocial que estejam custodiadas, sejam investigadas, acusadas, réis ou privadas de liberdade, em cumprimento de pena ou de medida de segurança, em prisão domiciliar, em cumprimento de alternativas penais, monitoração

---

<sup>52</sup> O presente estudo reserva um capítulo destinado a tratar a reforma, o capítulo 3 – A luta antimanicomial que descreve todo o processo histórico de luta e conquista até a referida reforma

<sup>53</sup> As mazelas cometidas contra os internos no Hospital Colônia de Barbacena bem como sua história são abordadas no presente estudo no capítulo 2, tópico 2.2 - Tragédia de Barbacena

<sup>54</sup> Neste estudo, é contado o caso de Damiao Ximenes Lopes, vítima da Casa de Repouso de Guararapes durante sua internação, no capítulo 2, tópico 2.4 - O caso Ximenes Lopes VS Brasil

<sup>55</sup> Relatório mais recente fornecido pela Secretaria Nacional de Políticas Penais, disponível em: <https://www.gov.br/senappn/pt-br/servicos/sisdepen/paineis-anteriores>

eletrônica ou outras medidas em meio aberto, e conferir diretrizes para assegurar os direitos dessa população.

A referida resolução, também define vários procedimentos ao ramo judiciário como a possibilidade de acompanhamento psicossocial das redes de atenção psicossocial (RAPS) mesmo antes de se concluir o incidente de insanidade mental, fazendo que se tenha apoio antes de concluir judicialmente seu estado, entre outras diversas medidas que visam tornar o trâmite processual mais acessível e humano a estes sujeitos.

A resolução deixa claro também que a postura da conjuntura legislativa e judiciária com relação ao tratamento de infratores com deficiência intelectual é de total adesão a desinstitucionalização, tornando centros médicos, sociais e de integração como forma devida de se cumprir medida de segurança, conforme se nota nos artigos 12 e 19:

Art. 12. A medida de tratamento ambulatorial será priorizada em detrimento da medida de internação e será acompanhada pela autoridade judicial a partir de fluxos estabelecidos entre o Poder Judiciário e a Raps, com o auxílio da equipe multidisciplinar do juízo, evitando-se a imposição do ônus de comprovação do tratamento à pessoa com transtorno mental ou qualquer forma de deficiência psicossocial.

Art. 19. Recomenda-se, sempre que possível, em qualquer fase processual, a derivação de processos criminais que envolvem pessoas com transtorno mental ou qualquer forma de deficiência psicossocial para programas comunitários ou judiciários de justiça restaurativa, a partir da utilização de vias consensuais alternativas, visando à desinstitucionalização, em consonância com os princípios norteadores da justiça restaurativa presentes na Resolução CNJ n. 225/2016.

Além de destacar o objetivo de aderência a programas como das comunidades terapêuticas, instituições de ressocialização e integração e outros meios que correspondem a filosofia Basagliana de tratamento em liberdade, contato e integração a sociedade. Entretanto nos detalhes desta resolução, seu ponto que mais gerou discordância e alarde, foi o fato de que, a resolução define fim previsto definitivo a política manicomial, decretando, Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátricos, prisões comuns, entidades asilares como incapazes de se fazer cumprir internações, conforme artigo 13 da resolução:<sup>56</sup>

Art. 13. A imposição de medida de segurança de internação ou de internação provisória ocorrerá em hipóteses absolutamente excepcionais, quando não cabíveis ou suficientes outras medidas cautelares diversas da prisão e quando compreendidas como recurso terapêutico momentaneamente adequado no âmbito do PTS, enquanto necessárias ao restabelecimento da saúde da pessoa, desde que prescritas por equipe de saúde da Raps.

---

<sup>56</sup> Resolução 487/23 do CNJ

§ 1º A internação, nas hipóteses referidas no caput, será cumprida em leito de saúde mental em Hospital Geral ou outro equipamento de saúde referenciado pelo Caps da Raps, cabendo ao Poder Judiciário atuar para que nenhuma pessoa com transtorno mental seja colocada ou mantida em unidade prisional, ainda que em enfermaria, ou seja submetida à internação em instituições com características asilares, como os HCTPs ou equipamentos congêneres, assim entendidas aquelas sem condições de proporcionar assistência integral à saúde da pessoa ou de possibilitar o exercício dos direitos previstos no art. 2º da Lei n. 10.216/2001.

Deste modo, deixando ainda mais claro a postura que já deveria estar totalmente consolidada de que, no Brasil, políticas da violência, como a manicomial, não serão mais aceitas, impondo ao judiciário a fiscalização e extinção destas, o artigo 16, estipula inclusive o prazo de seis meses para que todos neste tipo de entidade, sejam levados para locais adequados de cumprimento, “progredidos” ao tratamento aberto ou que se extinga o cumprimento de medida. Também determinou que todas as unidades impróprias que foram descritas, fossem interditadas e posteriormente fechadas, conforme artigo 18:<sup>57</sup>

Art. 18. No prazo de 6 (seis) meses contados da publicação desta Resolução, a autoridade judicial competente determinará a interdição parcial de estabelecimentos, alas ou instituições congêneres de custódia e tratamento psiquiátrico no Brasil, com proibição de novas internações em suas dependências e, em até 12 (doze) meses a partir da entrada em vigor desta Resolução, a interdição total e o fechamento dessas instituições.

Ressalva que deve ser feita é a de que a resolução não prevê o total impedimento a medidas de segurança em internação, que como alegado de forma extremamente preconceituosa e mal-informada por parte de grupos sociais contrários a aplicação da resolução, se propaga que “vão soltar os loucos, deixando a vida de todos em perigo” a resolução na verdade, prevê que aos que não possuem evidente condição de serem tratados em liberdade, sejam encaminhados não mais ao sistema carcerário, mas sim à área da saúde ou órgão adequado vinculado ao CAPS ou RAPS, de modo em que se possa cumprir o objetivo das medidas: curar e ressocializar.

## 7- CONCLUSÃO

Conforme exposto, todo o processo de luta em defesa dos deficientes intelectuais é resposta a um tipo regime de internação que por mais de um século possibilitou crueldades imensuráveis, um sistema que aplicou a violência como regra, destruiu vidas, famílias, futuros, mas graças a luta em defesa desses direitos é situação que tende a acabar completamente,

---

<sup>57</sup> Da resolução 487/23 do CNJ

existem sim forças que lutam contra esse processo humanitário, movidas por interesses econômicos e pelo preconceito gerador de temores, medo este que fez com que por muito tempo, a perda da dignidade humana fosse esquecida, assim como as vítimas do psiquiatria tradicional, manicomial.

Os movimentos contrários a aplicação digna das medidas de segurança, se demonstraram ainda existentes e muito fervorosos com a publicação da resolução 487 do CNJ, como com a proposta de Projeto de Decreto Legislativo (PDL) n. 81/2023<sup>58</sup>, apresentada pelo deputado federal Kim Kataguiri do partido União Brasil, que visa sustar a referida resolução.

Por isso que, em momentos como este, o presente estudo se faz importante sendo fundamental difundir socialmente consciência sobre o tema, para que se quebre preconceitos e se desenvolva popularmente a importância da luta antimanicomial, para que decisões de como esta, que impactam diretamente a dignidade de uma parcela da sociedade que tanto precisa ser acolhida, tratada e ressocializada, não sejam tomadas de modo a ir contra todo o avanço conquistado, somente tomando consciência de todo horror cometido dentro das paredes dos manicômios, a sociedade pode decidir sobre, quebrando assim as barreiras do preconceito que levam a decisões tão desalinhadas a integração social desses indivíduos, não é meramente simbólico, conforme foi exposto, que o país tenha condenação na Corte Interamericana de Direitos Humanos no caso Ximenes Lopes, o histórico nacional é realmente cruel a níveis não muito vistos nos piores acontecimentos da história contemporânea.

A lei Brasileira já possui os devidos parâmetros para que se possa oferecer tratativa nos moldes mais eficientes e humanos que a sabedoria humana chegou sobre o tema, a lei 10.217/01 juntamente com todo o arcabouço de entendimento, formação profissional e desenvolvimento jurídico que estabelece parâmetros para programas de tratamento mental a infratores com deficiência intelectual já possui inclusive estruturas organizacionais para tal, o SUS juntamente às unidades do CAPS e RAPS, e toda a rede neste tipo de atenção, estando bem próximos de realmente acabar com as inadequações manicomiais, por isso o que se deve é continuar lutando para manter o movimento antimanicomial vivo, não permitir regressos e descumprimentos ao já estabelecido e com isso continuar avançando em direção a uma sociedade que realmente ofereça cuidado e reintegração.

---

<sup>58</sup> A proposta ainda em trâmite, alega incompetência do Conselho Nacional de Justiça para definir os parâmetros da resolução como forma de impedir seus efeitos.

## **REFERÊNCIAS**

**ARBEX, Daniela. Holocausto Brasileiro: vida, genocídio e 60 mil mortes no maior hospício do Brasil.** São Paulo: Geraçao, 2013. 280 p.

**BASAGLIA, Franco, A INSTITUIÇÃO NEGADA RELATO DE UM HOSPITAL PSIQUIATRICO,** Rio de Janeiro, editora Graal 3<sup>a</sup> ed., 1985, 363 p.

**BRASIL, LEI No 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001, LEI DA REFORMA PSIQUIÁTRICA** disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/l10216.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm).Acesso em: 20/12/2023

**BRASIL, RESOLUÇÃO N° 487/23 CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA** disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/4960>.Acesso em: 20/12/2023

**BRASIL, DECRETO N° 6.949, DE 25 DE AGOSTO DE 2009,,** disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm).Acesso em: 05/02/2024

**BRASIL, SENTENÇA DA CORTE INTERNACIONAL DE DIREITOS HUMANOS NO CASO XIMENES LOPES VS. BRASIL,** disponível em: [https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec\\_149\\_por.pdf](https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_149_por.pdf).Acesso em: 05/02/2024

**BRASIL, CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL DE 1988** disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm).Acesso em: 04/03/2024

BRASIL, LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990, disponível em:  
[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm) Acesso em: 19/03/2024

BRASIL, LEI Nº LEI Nº 8.142, DE 28 DE DEZEMBRO DE 1990, disponível em:  
[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8142.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm) Acesso em: 19/03/2024

BRASIL, RESOLUÇÃO Nº 05 DE MAIO DE 2004 DO CONSELHO NACIONAL DE POLÍTICA CRIMINAL E PENITÊNCIÁRIA, disponível <https://www.gov.br/senappen/pt-br/pt-br/composicao/cnccp/resolucoes/2004/resolucao05de04demaiode2004.pdf/view>  
Acesso em: 19/03/2024

BRASIL, LEI Nº 10.708, DE 31 DE JULHO DE 2003 disponível em:  
[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/l10.708.htm#:~:text=LEI%20No%2010.708,%20DE,transtornos%20mentais%20egressos%20de%20internações](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.708.htm#:~:text=LEI%20No%2010.708,%20DE,transtornos%20mentais%20egressos%20de%20internações) Acesso em 20/03/2024

BRASIL, DECRETO-LEI Nº 2.848, DE 7 DE DEZEMBRO DE 1940, disponível em:  
<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-2848-7-dezembro-1940-412868-publicacaooriginal-1-pe.html> Acesso em 21/03/2024

BRASIL, LEI Nº 7.210, DE 11 DE JULHO DE 1984, institui a lei de execução penal  
Brasília, DF: Diário Oficial da União, 1984.

BUENO, Austregésilo Carrano. **Canto dos malditos**. Rio de Janeiro: Rocco, 2004. 182 p.

COELHO, G.; RODRIGUES I.; SILVA K. **HOLOCAUSTO BRASILEIRO: DA VIOLAÇÃO DE DIREITOS À CONSTRUÇÃO DE UMA SOCIEDADE SEM MANICÔMIOS**, Composição, Revista de Ciências Sociais da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, v. 2 n. 24 2021, disponível em:  
<https://periodicos.ufms.br/index.php/compcs/article/view/13476> Acesso em 18/03/2024

CIA, Michele, **MEDIDAS DE SEGURANÇA NO DIREITO PENAL BRASILEIRO**, São Paulo/SP, Fundação editora da UNESP, 2011, 271 p.

CONSELHO Federal de Psicologia SILVA, M. V. O. (Org). **A Instituição Sinistra. Mortes Violentas em Hospitais Psiquiátricos no Brasil**, Conselho Federal de Psicologia, 2001

CÂMARA DOS DEPUTADOS. **Relatório da I Caravana Nacional de Direitos Humanos: uma amostra da realidade manicomial brasileira**. Brasília, DF, 2000. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/cdham/publicacoes/Apresenta.html> Acesso em: 18/03/2024

DE CARVALHO, Salo. **PENAS E MEDIDAS DE SEGURANÇA NO DIREITO PENAL BRASILEIRO**. [S. l.]: Saraiva, 2013. 551 p. ISBN 978-85-02-20351-8

**HOLOCAUSTO brasileiro**. Direção de Daniela Arbex e Armando Mendz, produção Daniela Arbex, Paula Belchior, Alessandro Arbex, 2016, Netflix, disponível em: <https://www.netflix.com/watch/81745085?source=35> Acesso em 18/03/2024

**ITÁLIA, LEI N° 180 de 13 DE MAIO DE 1978**, disponível em: <https://laps.ensp.fiocruz.br/arquivos/documentos/21> Acesso em: 19/03/2024

IEPS e *Cactus* instituto, **CENÁRIO DAS POLÍTICAS E PROGRAMAS NACIONAL DE SAÚDE MENTAL**, Rio de Janeiro/RJ, 2022, 38 p, disponível em: <https://institutocactus.org.br/wp-content/uploads/2022/06/cenario-politicas-programas-nacionais-saude-mental-ieps-instituto-cactus.pdf> Acesso em 20/03/2024

JOUNIN, Francis, **UMA VISITA AO ASILO DE PEDRO II NO RIO DE JANEIRO, BRASIL (1880)**. Revista Latinoamericana De Psicopatologia Fundamental, 15(2), p. 404–412. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1415-47142012000200013> Acesso em 21/03/2024

KYRILLOS NETO, Fuad e DUNKER, Christian Ingo Lenz. **Depois do Holocausto: efeitos colaterais do Hospital Colônia em Barbacena**. Psicologia em Revista, v. 23, n. 3, p. 952-974, 2017 Disponível em: <https://doi.org/10.5752/P.1678-9563.2017v23n3p952-974>. Acesso em: 02/03/2024

LOBO, Hewdy, **O QUE É EXATAMENTE EXAME DE CESSAÇÃO DE PERICULOSIDADE**, JusBrasil, disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/artigos/o-que-e-exame-de-cessacao-de-periculosidade/291880898>. Acesso em: 010/03/2024

MASSON, Cleber. **Direito Penal: parte geral (arts. 1º a 120)**. 14. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2020. 912 p.

MASSON, Cleber. **Código Penal Comentado**. 2. edição, São Paulo/SP: editora Método, 2014. 1781 p.

MARAFANTI, I.; PINHEIRO, M. C. P.; RIBEIRO, R. B.; CORDEIRO, Q. **ASPECTOS HISTÓRICOS DA MEDIDA DE SEGURANÇA E SUA EVOLUÇÃO NO DIREITO PENAL BRASILEIRO**. Revista de Criminologia e Ciências Penitenciárias - PROCRIM – São Paulo. Ano 3 – nº. 01, 2013.

**MPF, PARECER SOBRE MEDIDAS DE SEGURANÇA E HOSPITAIS DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO SOB A PERSPECTIVA DA LEI N° 10.216/2001**, Brasília/DF, 2011, disponível em: <https://www.mpce.mp.br/wp-content/uploads/2016/03/Parecer-sobre-Medidas-de-Segurança-e-Hospitais-de-Custodia-e-Tratamento-Psiquiatrico-sob-a-perspectiva-da-Lei-N.-10.216-de-2001.pdf> Acesso em 24/03/2024

**MEDIDA DE SEGURANÇA**, Trabalho de conclusão de curso de Direito da Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo/SP, 53p, 2023.

**MINISTÉRIO da saúde, RESIDÊNCIAS TERAPEUTICAS, OQUE SÃO, PARA QUE SERVEM**, Brasília/DF, Editora MS, 2004, 1ª edição, 20 p.

MINISTÉRIO, da justiça, **DADOS ESTATÍSTICOS DO SISTEMA PENITENCIÁRIO**, Secretaria Nacional de Políticas Penais, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/senappn/pt-br/servicos/sisdepen/paineis-anteriores> Acesso em 25/03/2024.

NUCCI, Guilherme de Souza. **Manual do direito penal**. 19. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2023. 1232 p.

OMS, **MENTAL DISORDERS** disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>.Acesso em: 15/03/2024

PAIXÃO, Cristiano, **Caso Ximenes Lopes versus Brasil - Corte Interamericana de Direitos Humanos Relato e Reconstrução Jurisprudencial** 2007, Casoteca Latino-americana de Direito e Política Pública, disponível em: [https://direitosp.fgv.br/sites/default/files/2022-01/arquivos/narrativa\\_final - ximenes.pdf](https://direitosp.fgv.br/sites/default/files/2022-01/arquivos/narrativa_final - ximenes.pdf) Acesso em: 22/03/2024

PEREIRA, Lucimar. **HISTÓRICO DO CENTRO HOSPITALAR PSIQUIATRICO DE BARBACENA**, Museu da Psiquiatria Brasileira, disponível em: [https://web.archive.org/web/20131203060014/http://www.museudapsiquiatria.org.br/predios\\_famosos/exibir/?id=1](https://web.archive.org/web/20131203060014/http://www.museudapsiquiatria.org.br/predios_famosos/exibir/?id=1).Acesso em: 02/03/2024

RAMOS, TEIXEIRA, **AS ORIGENS DO ALIENISMO NO BRASIL: DOIS ARTIGOS PIONEIROS SOBRE O HOSPÍCIO DE PEDRO II**, Revista Latino-americana de psicologia fundamental, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 364-381, junho 2012.

REIS, Isabella, **MEDIDA DE SEGURANÇA COMO SANÇÃO PENAL DE INIMPUTÁVEIS**, JusBrasil, disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/artigos/a-medida-de-seguranca-como-sancao-penal-de-inimputaveis/1278777462>.Acesso em: 12/03/2024

RIBEIRO, M. **O PROGRAMA DE DESINTERNAÇÃO PROGRESSIVA COMO ETAPA OBRIGATÓRIA PARA O PROCESSO DE RESSOCIALIZAÇÃO NA**  
FERRARI, Eduardo. **Medidas de segurança e Direito Penal no Estado Democrático de Direito**. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2001.

SERAPIONI M. Franco Basaglia: **biografia de um revolucionário**. História ciências saúde-Manguinhos, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702019000400008>  
Acesso em: 25/03/2024

SILVA, Marjoly, **QUEM SÃO OS INIMPUTÁVEIS?**, Jusbrasil, disponível em:  
<https://www.jusbrasil.com.br/artigos/quem-sao-os-inimputaveis/454087924>.Acesso em:  
05/03/2024

SENADO, Após 20 anos, reforma psiquiátrica ainda divide opiniões, 2021, disponível em:  
<https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2021/04/06/apos-20-anos-reforma-psiquiatrica-ainda-divide-opinioes> Acesso em 19/03/2024

STINGHEL, Emanuelli, **Evolução Histórica da Medida de Segurança a Luz Das Legislações Penais Brasileiras**, Jus.com.br, disponível em:  
<https://jus.com.br/artigos/33845/evolucao-historica-da-medida-de-seguranca-a-luz-das-legislacoes-penais-brasileiras>.Acesso em: 15/03/2024

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA, **template para trabalhos acadêmicos**, disponível em: <https://bibliotecas.ufu.br/servicos/template-para-trabalhos-academicos>.Acesso em: 02/02/2024

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE SÃO PAULO, **NORMAS DA ABNT – CITAÇÕES E REFERÊNCIAS**, disponível em: <https://www.marilia.unesp.br/#!laboratorio-editorial/procedimentos-publicacoes/normas-da-abnt--citacoes-e-referencias/>.Acesso em: 02/03/2024

VILAR, Alice, **O TEMPO MÁXIMO DE DURAÇÃO DA MEDIDA DE SEGURANÇA**, Jusbrasil, disponível em:<https://www.jusbrasil.com.br/artigos/o-tempo-maximo-de-duracao-da-medida-de-seguranca/250127785>.Acesso em: 02/03/2024