



UNIVERSIDADE PRESBITERIANA MACKENZIE
CURSO DE DIREITO

ISABELLE ZINEK MERLIN

MEDIDAS DE SEGURANÇA E A LUTA ANTIMANICOMIAL NO BRASIL

SÃO PAULO

2023

ISABELLE ZINEK MERLIN

MEDIDAS DE SEGURANÇA E A LEI ANTIMANICOMIAL NO BRASIL

**Artigo Científico apresentado como requisito para conclusão do Curso de
Bacharelado em Direito pela Universidade Presbiteriana Mackenzie Orientador: Prof.
Rogério Cury**

SÃO PAULO

2023

ISABELLE ZINEK MERLIN

MEDIDAS DE SEGURANÇA E A LEI ANTIMANICOMIAL NO BRASIL

Artigo Científico apresentado como requisito para conclusão do Curso de Bacharelado em Direito pela Universidade Presbiteriana Mackenzie Orientador: Prof. Rogério Cury

Aprovado em _ de _ de 2023

Banca examinadora:

Professor Orientador: Rogério Cury

Professor Examinador:

Professor Examinador:

Dedico este trabalho aos meus pais, que sempre me incentivaram a estudar e me dedicar dar o meu melhor em tudo o que eu faço.

Dedico também à minha avó Eunice, que sempre foi como uma segunda mãe para mim, foi e é minha professora de vida.

Dedico, por fim, esse estudo à todos aqueles que estão submetidos à medida de segurança neste exato momento, que a justiça, a não tão longo prazo, possa ser feita, e eu espero estar contribuindo para isso acontecer.

AGRADECIMENTOS

É tão gratificante ter tantos motivos e tantas pessoas para agradecer nesta etapa da minha vida, não deixarei de citar nenhum deles.

Primeiramente agradecer aos meus pais que sempre foram meus maiores incentivadores, desde quando escolhi a loucura que é o curso de Direito, eles abraçaram minha escolha e me mostraram, muitas vezes, principalmente as quais eu me esquecia, de que tudo isso valeria a pena, e hoje estou colhendo os frutos de tudo isso, realmente tudo isso valeu.

Não poderia deixar de agradecer especialmente à minha avó materna, professora, que desde minhas primeiras memórias me lembro de me dizer que podem me tirar tudo, menos aquilo que eu adquiro intelectualmente. Sou imensamente grata por cada puxão de orelha que a senhora me deu.

Às minhas irmãs, Caroline e Ana Beatriz, que sempre foram meu porto seguro desde os meus poucos anos de idade e trouxeram cor à minha vida. E à minha família, que nunca me desamparou, sempre me acolheu e cuidou de mim.

Este parágrafo eu vou dedicar aos meus amigos, especialmente à Beatriz Beré, que quando estive internada e queria desistir de tudo isso, ela fez o que pensei que ninguém faria um dia por mim, e se eu estou escrevendo esse TCC hoje é graças à ela também. Meus amigos tornaram tudo isso tão leve, que graças a eles eu pude me dedicar inteiramente a este curso.

Agradecer também aos meus professores que foram os melhores que eu poderia ter, foi uma honra conhecer e ser lecionada por cada um de vocês, me lembrarei de todos esses ensinamentos.

Gostaria de agradecer também ao meu tio Michel Merlin, que desde que eu era criança acreditou no meu potencial e apostou em mim, tanto profissionalmente quanto pessoa, e eu sei que eu não o decepcionei nisso.

Por fim, eu gostaria de agradecer à Geovanna Amorim, que esteve ao meu lado desde o início deste trabalho, me dando forças para continuar sempre e me mostrando o lado mais leve da vida.

*“O fim do Direito não é abolir nem restringir,
mas preservar e ampliar a liberdade.”*

John Locke

RESUMO

A pesquisa "Medidas de Segurança e a Luta Antimanicomial no Brasil" baseia-se em dois pontos centrais: a importância da desinstitucionalização e inclusão social de pessoas com transtornos mentais, e a necessidade de compreender como as medidas de segurança aplicadas no âmbito penal afetam essa política de saúde mental.

A desinstitucionalização e inclusão social de pessoas com transtornos mentais é um dos principais objetivos da Reforma Psiquiátrica brasileira, que foi iniciada na década de 1980 e teve como princípio fundamental a substituição do modelo asilar por uma rede de serviços comunitários de saúde mental. Essa política teve como base o respeito aos direitos humanos e a promoção da inclusão social de pessoas com transtornos mentais, buscando reduzir o estigma e a discriminação associados à loucura e garantir a essas pessoas o direito à cidadania.

No entanto, a aplicação de medidas de segurança no âmbito penal em casos de transtornos mentais pode comprometer a efetividade dessa política de saúde mental, pois pode levar à internação em hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico (HCTPs), que são considerados como uma forma de asilo disfarçado. Esses hospitais são frequentemente precários e ineficientes em relação aos serviços de saúde mental comunitários, e muitas vezes violam os direitos humanos das pessoas com transtornos mentais.

Assim, a pesquisa "Medidas de Segurança e a Luta Antimanicomial no Brasil" é relevante por duas razões. Em primeiro lugar, ela contribui para a compreensão da relação entre as medidas de segurança e a luta antimanicomial, buscando analisar como a aplicação dessas medidas afeta a política de saúde mental baseada na desinstitucionalização e na promoção da inclusão social de pessoas com transtornos mentais. Em segundo lugar, a pesquisa busca propor sugestões e recomendações para uma política de saúde mental mais eficaz e justa, que leve em consideração a luta antimanicomial e os direitos humanos das pessoas com transtornos mentais.

Palavras-chave: Direito Penal. Medida de Segurança. Lei Antimanicomial.

ABSTRACT

The research "Security Measures and the Anti-Asylum Fight in Brazil" is based on two central points: the importance of deinstitutionalization and social inclusion of people with mental disorders, and the need to understand how security measures applied in the criminal sphere affect this policy of mental health.

The deinstitutionalization and social inclusion of people with mental disorders is one of the main objectives of the Brazilian Psychiatric Reform, which began in the 1980s and had as its fundamental principle the replacement of the asylum model with a network of community mental health services. This policy was based on respect for human rights and the promotion of social inclusion of people with mental disorders, seeking to reduce the stigma and discrimination associated with madness and guarantee these people the right to citizenship.

However, the application of security measures in the criminal sphere in cases of mental disorders may compromise the effectiveness of this mental health policy, as it may lead to hospitalization in psychiatric custody and treatment hospitals (HCTPs), which are considered a form of disguised asylum. These hospitals are often substandard and inefficient in relation to community mental health services, and often violate the human rights of people with mental disorders.

Thus, the research "Security Measures and the Anti-Asylum Fight in Brazil" is relevant for two reasons. Firstly, it contributes to understanding the relationship between security measures and the anti-asylum struggle, seeking to analyze how the application of these measures affects mental health policy based on deinstitutionalization and the promotion of social inclusion of people with mental disorders. Secondly, the research seeks to propose suggestions and recommendations for a more effective and fair mental health policy, which takes into account the anti-asylum struggle and the human rights of people with mental disorders.

Keywords: Criminal Law. Security measure. Anti-asylum law.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	9
1. A LUTA ANTIMANICOMIAL NO BRASIL.....	10
1.1 Uma breve perspectiva histórica da loucura.....	10
1.2 A luta antimanicomial.....	11
1.3 Caso Stella do Patrocínio e a loucura no Brasil.....	13
2. MEDIDAS DE SEGURANÇA	16
2.1 Medida de Segurança como espécie de pena.....	16
2.2 Medida de segurança como sanção penal.....	18
2.3 Medida de segurança como tratamento terapêutico.....	21
3. A LEI ANTIMANICOMIAL	23
3.1 A configuração do processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil.	23
3.2 A precariedade dos atuais hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico (HCTPs) após 22 anos da Reforma Psiquiátrica.....	26
3.3 O conflito entre as disposições da Legislação Penal e a Lei 10.216/01.	28
CONCLUSÃO.....	32
REFERÊNCIAS	33

INTRODUÇÃO

A luta antimanicomial no Brasil representa um marco na história do tratamento de pessoas com transtornos mentais e na evolução das políticas de saúde mental no país. A transformação desse cenário, que outrora esteve ligado a práticas de isolamento e coerção, teve início no contexto do regime militar, com o surgimento do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) em 1978. Esse movimento, corajosamente, denunciou as práticas de tortura, fraudes e corrupção no sistema nacional de assistência psiquiátrica, enquanto também demandava melhores condições de assistência à população e a humanização dos serviços prestados.

Paralelamente a esses esforços, dois eventos fundamentais se destacam: a 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental e o 2º Congresso Nacional do MTSM. Neste último, ocorreu uma renovação do movimento, à medida que a participação de associações de usuários e familiares se tornou evidente. Assim, consolidou-se o lema da luta antimanicomial: "Por uma sociedade sem manicômios," e o dia 18 de maio foi instituído como o Dia Nacional da Luta Antimanicomial.

O Manifesto de Bauru, criado durante o 2º Congresso, estabeleceu um compromisso entre os profissionais de saúde e a sociedade para abordar a questão da loucura e suas formas de tratamento. A partir desse manifesto, a Articulação Nacional da Luta Antimanicomial foi formada, representando um movimento político peculiar que promove a causa da desinstitucionalização.

O movimento ganhou força e se tornou o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA), realizando seu primeiro encontro em Salvador, Bahia, em 1993, sob o lema "O Movimento Antimanicomial como movimento Social". Durante esse encontro, foi elaborada a Carta sobre os Direitos dos Familiares e Usuários dos Serviços de Saúde Mental. O MNLA é caracterizado como um movimento social, plural e autônomo, que busca parcerias com outros movimentos sociais e entidades de categorias. Sua atuação visa a conscientização da sociedade e o fortalecimento das políticas de saúde mental, inclusive a substituição dos hospitais psiquiátricos por uma rede de saúde mental mais ampla e acolhedora.

Essa evolução do movimento antimanicomial representa um avanço significativo no tratamento das pessoas com transtornos mentais, promovendo a inclusão, o respeito aos direitos humanos e a desmedicalização, contribuindo para uma sociedade mais justa e igualitária. No

entanto, desafios persistem no caminho para uma sociedade verdadeiramente "sem manicômios," e a análise dessas questões será aprofundada ao longo deste trabalho.

1. A LUTA ANTIMANICOMIAL NO BRASIL

1.1 Uma breve perspectiva histórica da loucura

O contexto de loucura, desde a fase primitiva do homem até a contemporaneidade, recobre sobre uma concepção de ação divina, em que os loucos, ou seja, os seres humanos com comportamentos distintos e em desalinho ao padrão social, seriam criaturas sagradas, com poderes místicos. Em um momento posterior, sendo apenas com o surgimento da psiquiatria tornando-se uma ciência separada da medicina, aborda-se a noção psiquiátrica da loucura.

Com Hipócrates, considerado o "pai da medicina", a loucura é entendida como um efeito do desarranjo na natureza orgânica do homem, nas disfunções humorais. Tal concepção afasta a influência divina na loucura.¹

Já na Idade Média, na Europa Ocidental, em contexto com o feudalismo e domínio da igreja Católica, o louco é revivido como uma encarnação do mal, e a loucura seria fruto dos maus espíritos, estando diretamente ligada às feitiçarias e ao satanás. É evidente que, neste contexto, a loucura sempre esteve associada à ideia religiosa, contudo, como algo danoso, nocivo.

O período renascentista foi marcado com uma forte ação higienizadora, em que os loucos tinham uma existência errante, e em razão do fortalecimento das navegações, eles eram entregues às embarcações que foram denominadas "Nau dos loucos" que vagavam indefinitivamente pelos rios.

... em Frankfurt, em 1399, encarregaram-se marinheiros de livrar a cidade de um louco que por ela passeava nu; nos primeiros anos do século XV, um criminoso louco é enviado do mesmo modo a Mayence. (...) Frequentemente

¹ "Com tal discurso eles (...) enganam os homens (...) e a maior parte de seu discurso acaba no divino ou no demoníaco (...) inventam novidades de todo gênero e insistem em enquadrar variadamente (...), principalmente para esta doença, cada aspecto da afecção, atribuindo a algum deus a responsabilidade (não apenas um deus, mas também outros podem estar envolvidos)." HIPÓCRATES. Os nomes da loucura. São Paulo: Editora 34 Ltda., 1999. PESSOTTI, Isaias. p. 19.

as cidades da Europa viam essas naus de loucos atracar em seus portos.” (Foucault, 1972.: 9).²

No início da Idade Clássica, a loucura, como era vista no período renascentista, era entendida como algo cotidiano, em que os loucos conviviam com a sociedade e só poderiam ser separados dos demais caso a insanidade ultrapassasse as normas de boa convivência e passasse assumir formas extremas ou perigosas

É de extrema importância frisar o período entre os séculos XVII e XVIII em que houve o Grande Enclausuramento narrado por Foucault, onde foram vítimas de internação quatro espécies de “desvios”: a “desordem do coração”, a perversão sexual, a libertinagem e, por último, a loucura. Este cenário retrata e descreve os esforços que foram realizados para manter sob controle as classes e categorias desviadas, confinando mendigos, prostitutas, criminosos e insensatos.³

Nesses locais, em que quase todos possuíam celas e alas onde são concentrados os internos, haviam leituras, pregações e meditações, exercendo o papel de repressão a essas pessoas vulneráveis econômica e psicologicamente. Surge então o Hospital Geral, que pode ser entendido como uma estrutura semijurídica, em que sua função não é terapêutica, mas unicamente de correção e contenção.⁴

A partir do século XIX, segundo Ramminger (2002), a defesa de que devem existir as instituições manicomiais domina toda a Europa, e até hoje, é considerada a modalidade terapêutica mais eficaz. Nesta modalidade, o uso de violência e isolamento não são incomuns, tampouco as práticas coercitivas, que são justificadas como um mal necessário.⁵

1.2 A luta antimanicomial.

O movimento da luta antimanicomial teve seu início no contexto do regime militar, tendo como precedente o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), em 1978,

² JABERT, Alexander. Da Nau dos Loucos ao Trem de Doido: As formas de administração da loucura na Primeira República – o caso do estado do Espírito Santo. Rio de Janeiro, 2001.

³ AMARANTE, Paulo. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 1998, p. 25.

⁴ CAPONI, Sandra. [Trecho citado]. In: Revista Fractal: Revista de Psicologia, v. 22, n. 2, p. 395-410, Maio/Ago. 2010.

⁵ FIGUEIRÊDO, M. L. de R.; DELEVATI, D. M.; TAVARES, M. G. Entre loucos e manicômios: história da loucura e a reforma psiquiátrica no Brasil. In: Caderno de Graduação - Ciências Humanas e Sociais - UNIT - ALAGOAS, v. 2, n. 2, p. 121-136, 2014.

movimento este que é caracterizado pelas denúncias e acusações feitas ao governo militar da época, principalmente sobre práticas de tortura, fraudes e corrupção no sistema nacional de assistência psiquiátrica, de mesmo modo que pleiteava-se por melhores condições de assistência à população e pela humanização dos serviços prestados.⁶

Durante este mesmo período, destacam-se dois eventos importantes: a I Conferência Nacional de Saúde Mental e o II Congresso Nacional do MTSM. Neste último, é notória a renovação social e política no movimento, que se torna mais amplo à medida em que é registrada a presença de associações de usuários e familiares. Instala-se, então, o lema do movimento antimanicomial: “Por uma sociedade sem manicômios”, tornando o dia 18 de maio o Dia Nacional da Luta Antimanicomial.

Neste II Congresso, é criado o Manifesto de Bauru, que afirma um laço social entre os profissionais da saúde com a sociedade em si, para que se possa enfrentar a questão da loucura e suas formas de tratamento. É a partir desse manifesto que se insurge a Articulação Nacional da Luta Antimanicomial, que segundo Lobosque⁷, significa:

Movimento – não um partido, uma nova instituição ou entidade, mas um modo político peculiar de organização da sociedade em prol de uma causa; Nacional – não algo que ocorre isoladamente num determinado ponto do país, e sim um conjunto de práticas vigentes em pontos mais diversos do nosso território; Luta – não uma solicitação, mas um enfrentamento, não um consenso, mas algo que põe em questão poderes e privilégios; Antimanicomial – uma posição clara então escolhida, juntamente com a palavra de ordem indispensável a um combate político, e que desde então nos reúne: por uma sociedade sem manicômios.

O primeiro encontro do movimento nacional ocorre em Salvador, Bahia, em 1993, encontro este que teve como lema: “O Movimento Antimanicomial como movimento Social”, que passou a ser reconhecido como Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA). É, portanto, elaborada a carta sobre os direitos dos familiares e usuários dos serviços de saúde mental. o. De acordo com o Relatório Final do I Encontro do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial: “O movimento da luta antimanicomial é um movimento social, plural, independente, autônomo que deve manter parcerias com outros movimentos sociais. É necessário um fortalecimento através de novos espaços de reflexões para que a sociedade se

⁶ FERRAZZA, D. Sobre a Reforma Psiquiátrica Brasileira: história e âmbitos atuais de luta. 2016, p. 282.

⁷ Lobosque AM. Experiências da loucura. Rio de Janeiro: Garamond; 2001

apropriada desta luta. Sua representação nos conselhos municipais e estaduais de saúde, nos fóruns sociais, entidades de categorias, movimentos populares e setores políticos seriam algumas formas de fortalecimento”.⁸

O MNLA ainda não possui uma autonomia econômica, este possui o papel de arrecadar recursos a cada encontro que é organizado, possuindo uma postura de extrema militância visando uma grande mobilização dos usuários, familiares, associações e trabalhadores de saúde mental. Apesar de tais dificuldades, o MNLA possui um papel importante diante da Reforma Psiquiátrica no Brasil, que será tratada mais a frente, através do fortalecimento da rede de saúde mental e da substituição dos hospitais psiquiátricos.

1.3 Caso Stella do Patrocínio e a loucura no Brasil.

O caso de Stella do Patrocínio, mulher negra, pobre e marginalizada é um exemplo de muitos outros que foram e são considerados como “loucos”, portadores de transtornos mentais, que ainda são institucionalizados e mantidos em condições desumanas nos hospitais psiquiátricos. Caso este que foi um marco importante na luta antimanicomial no Brasil.

Stella do Patrocínio era uma artista plástica e poetisa brasileira. Aos 21 anos foi diagnosticada com “personalidade psicopática mais esquizofrenia hebefrênica, evoluindo sob reações psicóticas” (MOSÉ, 2001. p. 15) e, devido a este quadro, juntamente com sua condição socioeconômica, é internada compulsoriamente em um hospital psiquiátrico. Nos anos de 1962, Stella é conduzida da delegacia de polícia ao Hospital Pedro II, no Rio de Janeiro, e após 4 anos é transferida à Colônia Juliano Moreira onde passou 30 anos de vida, até a sua morte.

Durante a Reforma Psiquiátrica no Brasil, por volta dos anos 80, a interna participa do Projeto de Livre Expressão Artística, que ocorria nas dependências da Colônia onde estava situada. A partir deste projeto, Stella se destaca com seu talento artístico, como mais do que uma esquizofrênica, uma artista e poeta. Ocorre então uma exposição chamada “O ar subterrâneo” onde a artista pode incluir “o falatório de Stella do Patrocínio”.⁹

Alguns profissionais, percebendo a complexidade e expressividade do falatório de Stella, decidem então registrar em fita cassete as palavras da interna. Registros estes que deram

⁸ Luchmann, L., & Rodrigues, J. (2007). O movimento antimanicomial no Brasil. (p. 403).

⁹ Silva, L. C. (2022). Nos gases eu me formei (poeta): Stella do Patrocínio e os recursos expressivos em Reino dos bichos e dos animais é o meu nome.

origem a vários livros publicados sobre a vida de Stella, incluindo o Reino dos bichos e dos animais é o meu nome¹⁰, de Viviane Mosé, que foi publicado após sua morte, em 2001.

A respeito do período de internação de Stella do Patrocínio, há apenas seus próprios relatos:

Eu vim pra Colônia porque eu estava andando na Rua Voluntários da Pátria ao lado do Luís, com um óculos, vestido azul, sapato preto, com uma bolsa branca com um dinheirinho dentro, porque eu ia pegar o ônibus e ia saltar na Central do Brasil, na Central do Brasil eu ia tomar uma refeição, ia tomar um ônibus na Central do Brasil que ia pra Copacabana, ia chegar em Copacabana, aí eu peguei o carro ainda na Rua Voluntários da Pátria com o Luís, ao lado do Luís, o Luís foi ao bar, eu estava ao lado do Luís, caminhando ao lado do Luís na Rua Voluntários da Pátria, caminhando na Rua Voluntários da Pátria ao lado do Luís, o Luís entrou no bar, sentou na cadeira, tocou na mesa, falou com o dono do bar pra aprontar pra ele uma Coca-Cola e um pão de sal com salsicha, ele tomou a refeição sozinho, não pagou pra mim, nem eu pedi, nem eu disse nada, nem tomei dele, nem eu pedi a ele pra pagar pra mim, aí ele tomou, quando ele acabou nós saímos, eu perdi o óculos, perdi o óculos, perdi o óculos que estava comigo, um óculos escuro, parecia que ele tinha me dado um bofetão na cara pra mim perder o óculos, o óculos pulou no chão, na Rua Voluntários da Pátria, eu caí por cima do óculos e o óculos e eu ficamos no chão, aí veio, aí veio uma velhinha, na porta do apartamento dela, me levantou, disse que não tinha sido nada, pra mim parar de ficar chorando, aí veio uma dona e me botou pra dentro do Posto do Pronto Socorro perto da Praia de Botafogo, e lá, eu dentro do Pronto Socorro, ela me aplicou uma injeção, me deu um remédio, me fez um eletrochoque, me mandou tomar um banho de chuveiro, mandou procurar mesa, cadeira, cadeira, mesa, me deu uma bandeja com arroz, chuchu, carne, feijão, e aí chamou uma ambulância, uma ambulância assistência e disse: “carreguem ela”, mas não disse pra onde, “carreguem ela”, ... ela achou que tinha o direito de me governar na hora, me viu sozinha, e luís não tava mais na hora que o óculos caiu, eu não sei pra onde ele foi, porque eu fiquei, de repente, de repente, eu fiquei sozinha, ele sumiu de repente, desapareceu e não apareceu mais, mas aqui, depois que eu estou aqui, ele já veio aqui, já veio aqui, já foi embora, tornou a vir, tornou a ir embora, o Luís, o Luís é meu amigo, aí me trouxeram pra cá, mandou: “carreguem ela”, deu ordem, “carreguem ela”, na ambulância, “carreguem ela”, carregaram, me trouxeram pra cá como indigente, sem família, vim pra cá, estou aqui como indigente, sem ter família nenhuma, morando no hospital, estou aqui como indigente, sem ter ninguém por mim, sem ter família e morando no hospital.”

Como é abordado por Franco Basaglia, em “A Instituição Negada”, não só os manicômios, mas também as prisões e instituições socioeducativas são definidas como

¹⁰ Mosé, V. (Org. e Apres.). (2009). Reino dos bichos e dos animais é o meu nome. Rio de Janeiro: Azougue Editorial. (2ª ed.).

“instituições da violência”¹¹, isto porque possuem uma abordagem punitiva e excludente, e não objetivam efetivamente a reabilitação, ressocialização ou a melhora da saúde mental dos indivíduos, perpetuando, além disso, a reprodução de estereótipos e marginalização de pessoas negras, indígenas e pobres.

Para Basaglia, tais instituições são tidas como espaços de controle, sujeição e violência, onde se torna nítida a configuração de uma sociedade organizada a partir de uma divisão entre os que têm e os que não têm, resultando em uma relação entre opressor e oprimido.

Sendo assim, o caso de Stella do Patrocínio destaca questões profundas e complexas relacionadas à saúde mental, marginalização social e sistemas de cuidados psiquiátricos. Sua história ilustra como pessoas pertencentes a grupos marginalizados, como mulheres negras e de baixa renda, muitas vezes enfrentam discriminação e falta de acesso adequado a tratamentos de saúde mental.

A experiência de Stella na instituição psiquiátrica, bem como as reflexões de Franco Basaglia, revelam as deficiências de sistemas que priorizam a reclusão e o controle em detrimento da verdadeira reabilitação e cuidados holísticos. A abordagem punitiva e excludente de tais instituições perpetua estigmas e dificulta a reintegração social daqueles que precisam de ajuda.

A Reforma Psiquiátrica no Brasil, que começou a ganhar força nos anos 80, buscou repensar essas abordagens, promovendo a desinstitucionalização e a valorização dos direitos humanos das pessoas com transtornos mentais. A valorização da expressão artística de Stella e sua inclusão no Projeto de Livre Expressão Artística destacam a importância de abordagens mais humanizadas para o tratamento de saúde mental.

Em última análise, o caso de Stella do Patrocínio serve como um lembrete das desigualdades profundas em nossa sociedade e da necessidade contínua de abordagens mais sensíveis, inclusivas e baseadas nos direitos humanos para a saúde mental. A luta contra o estigma, a marginalização e a falta de acesso a cuidados adequados continua sendo um desafio importante para garantir que todas as pessoas tenham a oportunidade de uma vida plena e saudável.

¹¹ “Os graus de aplicação dessa violência dependerão, entretanto, da necessidade que tenha aquele que detém o poder de ocultá-la ou disfarçá-la. É daí que nascem diversas instituições, desde a familiar, escolar e até a carcerária e a manicomial” – BASAGLIA, F. A Instituição Negada. 3a edição. 2001.

2. MEDIDAS DE SEGURANÇA

2.1 Medida de Segurança como espécie de pena

A origem das medidas de segurança não é tão antiga como a da pena, sendo esta é tão antiga como a história da humanidade. No contexto da pena, a realidade era o crime e não um ente de fato, mas um ente jurídico. Os criminalistas clássicos teciam a realidade do delito e da pena, enquanto para as ciências experimentais o que importavam eram os fundamentos, as raízes do comportamento humano.¹²

Houveram contribuições de diversos ramos da biologia, incluindo a psicologia, a biotipologia, que tendiam a apresentar, sobretudo, a personalidade humana como aspecto central para o ramo jurídico. Desta forma, pode-se observar que o homem age conforma sua personalidade biopsicológica, que se estrutura sob a hereditariedade e meio social.¹³

Em se tratando de medida de segurança como espécie de pena, há de se falar, sobretudo, sobre os elementos do crime, sendo estes: tipicidade, antijuricidade e culpabilidade. Quando há ausência de culpabilidade, entre eles, em razão de motivos biopsicopatológicos, são absolvidos impropriamente, sendo assim submetidos a tratamentos institucionalizados, sendo estes o ambulatorial ou a internação.

Quanto à culpabilidade, Guilherme de Souza Nucci assim entende:

Trata-se de um juízo de reprovação social, incidente sobre o fato e seu autor, devendo o agente ser imputável, atuar com consciência potencial de ilicitude, bem como ter a possibilidade e a exigibilidade de atuar de outro modo, seguindo as regras impostas pelo Direito (teoria normativa pura, proveniente do finalismo).¹⁴

¹² GARCIA-PABLOS, A. de Molina; GOMES, Luiz Flávio. *Criminologia: introdução a seus fundamentos teóricos*. 1997. P. 239-248.

¹³ Marchewka, T. M. N. (2001). As contradições das medidas de segurança no contexto do direito penal e da reforma psiquiátrica no Brasil. *Revista De Direito Sanitário*, 2(3), 102-111. <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v2i3p102-111>

¹⁴ NUCCI, Guilherme de Souza. Manual de direito penal. Parte Geral. Parte Especial. 4. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais: 2008, p. 281.

De acordo com os preceitos da escola clássica do direito penal, o projeto do Código Criminal do Império do Brasil foi aprovado em 22 de outubro de 1830 e sancionado em 16 de dezembro do mesmo ano pelo imperador d. Pedro I (Chaloub, 1981, p. 17). A emblemática seria: “A que destino seria dado aos loucos que cometem crimes mas não são culpáveis, não são criminosos?”. Em consonância com o Código Criminal, em seu artigo 12:

“Os loucos que tiverem cometido crimes serão recolhidos às casas para eles destinadas, ou entregues às suas famílias, como ao juiz parecer mais conveniente.”

Desta forma, os loucos eram tratados de forma diferenciada na sociedade, vagavam pelas ruas oferecendo perigo à população. A estes não eram dados tratamentos específicos e havia um grande abismo social entre os que eram e não eram loucos. O código criminal mantinha legalmente o controle destes, em que a polícia médica os encaminhavam às cadeias e a Santa Casa.¹⁵

Atualmente, o Código Penal, especificamente em seu artigo 26, prevê que a medida de segurança se aplica aos inimputáveis, em razão de possuírem a incapacidade de entender o caráter ilícito do ato cometido, devido a um retardo mental ou desenvolvimento mental incompleto.¹⁶

Sendo assim, com base no artigo 97 do Código Penal, e considerando as espécies de medidas de segurança, sejam elas a internação ou tratamento ambulatorial, a primeira, em regra, deverá ser aplicada pelo juiz, ao tempo em que o tratamento ambulatorial deve ser tido como exceção, apenas se este considerá-lo mais adequado ao caso específico. O juiz só poderá, portanto, determinar o tratamento extra-hospitalar caso o crime seja punível com detenção.

¹⁵ PERES, M. F. T. e NERY FILHO, A.: A doença mental no direito penal brasileiro: inimputabilidade, irresponsabilidade, periculosidade e medida de segurança'. *História, Ciências, Saúde Manguinhos*, Rio de Janeiro, vol. 9(2):335-55, maio-ago. 2002.

¹⁶ PRADO, Alessandra Mascarenhas; SCHINDLER, Danilo. A medida de segurança na contramão da Lei de Reforma Psiquiátrica: sobre a dificuldade de garantia do direito à liberdade a pacientes judiciários. *História, Ciências, Saúde Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 335-355, maio-ago. 2017.

2.2 Medida de segurança como sanção penal.

Das diferenças entre a pena e medida de segurança, Cesar Roberto Bitencourt cita:

- a) as penas têm caráter retributivo-preventivo, as medidas de segurança têm natureza eminentemente preventiva.
- b) o fundamento da aplicação da pena é a culpabilidade; a medida de segurança fundamenta-se exclusivamente na periculosidade.
- c) as penas são determinadas; as medidas de segurança são por tempo indeterminado. Só findam quando cessar a periculosidade do agente.
- d) as penas são aplicáveis aos imputáveis e semi-imputáveis; as medidas de segurança são aplicáveis aos inimputáveis e, excepcionalmente, aos semi-imputáveis, quando estes necessitarem de especial tratamento curativo.¹⁷

A medida de segurança, conforme a legislação penal brasileira, se trata de uma intervenção estatal sobre a liberdade de um indivíduo, que se fundamenta no jus puniendi. Tal medida é imposta ao agente inimputável ou semi-imputável como espécie de sanção penal. Esta é disciplinada pelo Código Penal brasileiro e pela Lei de Execução Penal, e segue a lógica da internação como regra, o que contraria o modelo assistencial em saúde mental previsto pela Lei de Reforma Psiquiátrica.¹⁸

De acordo com o critério estabelecido no Código Penal, o inimputável por doença mental possui um nível de periculosidade para a sociedade, sendo então adequada e aplicada a medida de segurança, que nada mais é do que a internação em hospitais de custódia ou tratamento psiquiátrico.¹⁹

Nas palavras de Guilherme de Souza Nucci:

Trata-se de uma forma de sanção penal, com caráter preventivo e curativo, visando a evitar que o autor de um fato havido como infração penal,

¹⁷ BITENCOURT, Cesar Roberto. Tratado de direito penal: parte geral. 18. ed. São Paulo: Saraiva, 2012, p. 843.

¹⁸ PRADO, Alessandra Mascarenhas. A medida de segurança na contramão da Lei de Reforma Psiquiátrica: sobre a dificuldade de garantia do direito à liberdade a pacientes judiciários. *Revista Direito GV*, São Paulo, v. 13, ago. 2017

¹⁹ Marchewka, T. M. N. (2001). As contradições das medidas de segurança no contexto do direito penal e da reforma psiquiátrica no Brasil. *Revista De Direito Sanitário*, 2(3), 102-111. <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v2i3p102-111>

inimputável ou semi-imputável, mostrando periculosidade, torne a cometer outro injusto e receba tratamento adequado.²⁰

Nesse sentido, o Código Penal afirma que os inimputáveis serão isentos de pena, pois não têm capacidade para entender o caráter ilícito do ato.

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 do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.²¹

A medida de segurança denota um caráter simbólico claro, pois não há comprovações científicas ou sociais de que esta contribui para a melhora do inimputável. Pelo contrário, tudo indica, substancialmente, que o fundamento da aplicação desta espécie de sanção penal piora o quadro daqueles que não são capazes de entender o caráter ilícito dos seus atos praticados. Pode se dizer, ainda, que esta forma detentiva é pior do que a privativa de liberdade, pois não existe previsão na Lei de Execução Penal (Lei n. 7.210/84) que possibilite a liberdade do doente mental de forma progressiva como ocorre nas penas privativas de liberdade.²²

Vejam os que o Código Penal diz a respeito:

Art. 97 – [...] Prazo § 1º - A internação, ou tratamento ambulatorial, será por tempo indeterminado, perdurando enquanto não for averiguada, mediante perícia médica, a cessação de periculosidade. O prazo mínimo deverá ser de 1 (um) a 3 (três) anos; [...]²³

Ainda há Projeto de Lei recente (Nº 1.637/2019) que propõe que o prazo mínimo da internação deverá ser de 3 (três) a 20 (vinte) anos.²⁴ A questão central seria a de que: E quando cessar a medida de segurança e de mesmo modo a jurisdição da justiça penal, mas se perdura a loucura?

²⁰ NUCCI, Guilherme de Souza. Manual de direito penal. Parte Geral. Parte Especial. 4. ed. São Paulo. Revista dos Tribunais: 2008, p. 541.

²¹ BRASIL. Decreto-Lei nº 2.848, de 07 de dezembro de 1940: Código Penal.

²² Marchewka, T. M. N. (2001). As contradições das medidas de segurança no contexto do direito penal e da reforma psiquiátrica no Brasil. *Revista De Direito Sanitário*, 2(3), 102-111. <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v2i3p102-111>

²⁴ BRASIL. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei n.º 1.637, de 2019. Autor: Delegado Waldir. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1736207

Rogério Greco assim discorre:

Ciente de que o Estado não fornece o melhor tratamento para seus doentes, devemos deixar de lado o raciocínio teórico e ao mesmo tempo utópico de que a medida de segurança vai, efetivamente, ajudar o paciente na sua cura. Muitas vezes o regime de internação piora a condição do doente, o que justifica a edição do novo diploma legal que proíbe a criação de novos manicômios públicos. Contudo, a situação não é tão simples assim. Casos existentes em que o inimputável, mesmo após longos anos de tratamento, não demonstra qualquer aptidão ao retorno ao convívio em sociedade, podendo-se afirmar, até que a sua presença no seio da sociedade trará riscos para a sua própria vida.²⁵

A internação das pessoas com doença mental consiste em um tratamento que fere a dignidade humana, tendo em consideração que implica na supressão da condição de seres humanos dignos.

O princípio da dignidade humana está previsto na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988:

Art. 1º A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos:

I - a soberania;

II - a cidadania

III - a dignidade da pessoa humana;

IV - os valores sociais do trabalho e da livre iniciativa;

V - o pluralismo político

Parágrafo único. Todo o poder emana do povo, que o exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente, nos termos desta Constituição.²⁶

Se torna imprescindível que essas pessoas com doença mental tenham um tratamento digno, em ambiente com salubridade, com profissionais habilitados para realizar tal tratamento e, além de tudo, com a individualização na execução da medida e as medidas necessárias para que estas retornem à sociedade com os valores e cuidados devidos.

²⁵ GRECO, Rogério. Curso de Direito Penal. 7. ed. Niterói: Impetus, 2006, p.730

²⁶ BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Disponível em: . Acesso em: 03 nov. 2013.

Desta forma, tal medida de segurança deve ser repensada à luz da Reforma Psiquiátrica que se coloca em contraponto a desumanização que essa espécie de sanção penal traz, com o discurso e à práxis da hospitalização.

2.3 Medida de segurança como tratamento terapêutico.

A medida de segurança tem caráter administrativo, sendo assim, o agente não está sendo punido, tampouco cumprindo pena, e sim sujeito a tratamento e internação qualificados com o objetivo de “devolvê-lo” à sociedade.²⁷ Assim afirmam Pierangeli e Zaffaroni (2021. p. 149):

Essas medidas são materialmente administrativas e formalmente penais. Uma das provas mais acabadas de que não pode ser outra a sua natureza é que juridicamente não podem chamar-se “sanções”, ainda que, na prática, o sistema penal as distorça e a elas atribua, eventualmente, esta função, realidade que se faz necessário controlar e procurar neutralizar.²⁸

Portanto, tendo em vista que as medidas de segurança não derivam da culpabilidade do agente, estas não podem ser aquilatadas como sanção penal, visto que decorrem da reprovabilidade do comportamento daqueles que são inimputáveis e não possuem potencial consciência da ilicitude de seus atos e, conseqüentemente, condições para conhecer eventual necessidade de conduta diversa.

Neste sentido, Zaffaroni e Pierangeli afirmam:

Não se pode considerar penal um tratamento médico e nem mesmo a custódia psiquiátrica. Sua natureza nada tem a ver com pena, que desta se diferencia por seus objetivos e meios. Mas as leis penais impõem um controle formalmente penal (...) ²⁹

O Código Penal prevê duas naturezas de medidas de segurança, em seu art. 96, incisos I e II, sendo estes em que a internação possui caráter detentivo, como forma de tratamento em

²⁷ GONÇALVES, Anna Victória Silva; SOARES, Flávio Roberto Ribeiro. AS MEDIDAS DE SEGURANÇA À LUZ DA LEI ANTIMANICOMIAL: Hospitais de Custódia e Tratamento após 21 anos da Reforma Psiquiátrica, pág. 4.

²⁸ PRADO, 2021, p. 943

²⁹ ZAFFARONI, Eugênio Raúl, PIERANGELLI, José Henrique. Manual de Direito Penal Brasileiro. São Paulo: RT, 1997, p.859.

um Hospital Psiquiátrico, ou na falta deste, em estabelecimento adequado. Neste caso, a internação ocorre por tempo determinado em sentença pelo juiz com o objetivo de cessar sua periculosidade e a posteriori, que seja reinserido na sociedade.³⁰

A outra medida de segurança é a sujeição a tratamento ambulatorial, previsto no inciso II do artigo supracitado. Tal medida possui caráter restritivo em que o sujeito é submetido a tratamento com médico psiquiátrico, entretanto o mesmo não possui a obrigação de permanecer internado, apenas necessitando comparecer regularmente em uma clínica.

De acordo com Santoro Filho³¹, a suposição completa e regulamentar de periculosidade destacada na lei penal como elemento dominante para a imposição da internação carece de base lógica e essencial, uma vez que, mesmo quando se trata de violação com pena estabelecida de reclusão, a própria legislação penal permite medidas menos punitivas, dependendo do grau máximo ou mínimo da pena privativa de liberdade estipulada.

Tais medidas seriam, por exemplo, a substituição da pena privativa de liberdade por restritivas de direitos, a suspensão condicional do processo ou até a transação penal. Assim, a categoria de reclusão da pena não teria força para impor a internação.

Adentrando no tema desinstitucionalização, esta é “sobretudo, um trabalho terapêutico, voltado para a reconstituição das pessoas, enquanto pessoas que sofrem, como sujeitos”. Pressupõe-se, então, um processo de cura, e que cuidar significa ocupar-se, aqui e agora, de fazer com que se transformem os modos de viver e sentir o sofrimento do paciente e que, ao mesmo tempo, se transforme sua vida concreta e cotidiana, que alimenta este sofrimento” (Rotelli, 2011).³²

Deste modo, a reabilitação como cidadania pressupõe um tratamento terapêutico em que não há afronta ao direito de liberdade e dignidade do sujeito e que respeita, de certa forma, as noções de cidadania e autonomia do mesmo, que não será institucionalizado, mas sim tratado de maneira eficaz. A questão que permanece é: como este tal sujeito, com doença mental, será tratado de maneira eficaz?

³⁰ Art. 96, I e II, Código Penal. As medidas de segurança são: I - Internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou, à falta, em outro estabelecimento adequado; II - sujeição a tratamento ambulatorial. (BRASIL, 1940, não paginado)

³¹ SANTORO FILHO, Antonio Carlos. Direito e Saúde Mental, p.173.

³² BARROS, Sonia; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho; KINKER, Fernando Sfair. Cuidar em liberdade: o usuário cumprindo medida de segurança em CAPS II. São Paulo, 2013. Página 36.

O dispositivo para o cuidado em liberdade seria então o CAPS, Centro de Atenção Psicossocial:

O CAPS é o lócus onde os processos de trabalho se organizam para dar conta das necessidades do objeto de cuidado, utilizando como instrumentos de intervenção: escuta, pintura, afeto, grupos, atendimentos individuais, equipe de referência, conhecimentos técnicos, projeto terapêutico singular e o projeto de geração de trabalho e renda na perspectiva da Economia Solidária.³³

Sendo assim, o CAPS promove, sobretudo, a inserção social do indivíduo através de ações intersetoriais (educação, trabalho, esporte, entre outros), que se organiza cotidianamente com equipes especializadas e preparadas para cuidar dos sujeitos que possuem doenças mentais e que são inimputáveis, de forma que acompanham estes com o objetivo de os reinserir na sociedade de forma autônoma e humanitária.

3. A LEI ANTIMANICOMIAL

3.1 A configuração do processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil.

O processo da reforma psiquiátrica no Brasil iniciou por volta dos anos 60, que envolveu propostas alternativas aos manicômios. Foi um movimento contestador da perspectiva medicalizante da doença mental, de modo que propunha abolir a repressão e a reclusão ao paciente, visando promover a liberdade dos mesmos. Visava incluir, sobretudo, uma postura essencialmente interdisciplinar, em que há a reinserção social do doente mental em seu meio.³⁴

Após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, a Lei 10.216 foi sancionada pelo Presidente da República em 6 de abril de 2001. Tal lei propõe, sobretudo, a proteção do direito das pessoas portadoras de transtornos mentais, bem como proíbe, em todo Brasil, a construção de novos hospitais psiquiátricos e a contratação pelo serviço público de leitos e unidades particulares. Além disto, a internação só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.³⁵

³³ BARROS, Sonia; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho; KINKER, Fernando Sfair. Cuidar em liberdade: o usuário cumprindo medida de segurança em CAPS II. São Paulo, 2013. Página 23

³⁴ Rodinesco E. História da psicanálise na França: a batalha dos cem anos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor; 1986.

³⁵ Coordenação Geral de Documentação e Informação, Ministério da Saúde. Legislação em saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

Surgem então, novos serviços, que são caracterizados como estruturas intermediárias entre a internação e a vida comunitária, sendo estes o CAPS e Hospitais-Dia. Serviços estes que são impulsionados pela reforma psiquiátrica, e tem como resultado uma significativa queda no número de leitos em hospitais psiquiátricos no Brasil.

Em 1996, o número de leitos era de 72.514. Em 2002, há uma queda para 55.069. Conjuntamente a esses números, há um crescimento nos CAPS, sendo que em 1996 havia 154 deles, já em 2002, projetava-se um crescimento para 424, demonstrando um aumento da ordem de 175%.³⁶

O estudo realizado por Costa³⁷ traz a luz aos gastos do SUS com problemas relacionados ao transtorno mental. Segundo ele, este tipo de gasto ocupa do quarto lugar em comparação aos gastos totais de todas as internações no SUS. Em 2000, o gasto do SUS com tal tipo de serviço consumiu cerca de 470 milhões de reais, sendo que apenas 10% desse valor foram atribuídos aos 266 serviços preconizados pela reforma psiquiátrica, que são substitutivos aos hospitais psiquiátricos. Demonstra-se assim que, tais serviços ainda são insuficientes para atender as necessidades de toda população brasileira.

Uma das propostas da reforma psiquiátrica é a desinstitucionalização, termo que significa deslocar o centro de atenção da instituição para a comunidade. Este termo tem origem italiana no seu movimento de reforma psiquiátrica. Para Rotelli e colaboradores³⁸: o mal obscuro da psiquiatria está em haver separado um objeto fictício, a “doença”, da “existência global complexa e concreta” dos pacientes e do corpo social. Sobre esta separação artificial se constrói um conjunto de aparatos científicos, legisladores, administrativos (precisamente a “instituição”), todos referidos à “doença”.

A desinstitucionalização vai além do conceito de deslocar a atenção do manicômio para a comunidade, pois o intuito não é e não tem sido apenas desmontar este aparato. Na verdade, segundo o autor acima referido, é o conjunto que é necessário desmontar (desinstitucionalizar) para o contato efetivo com o paciente na sua “existência” doente.

Outra figura importante para este processo antimanicomial, é a perspectiva interdisciplinar. O sentido interativo da interdisciplinaridade se opõe à concepção de que o

³⁶ Coordenação Geral de Documentação e Informação, Ministério da Saúde. Legislação em saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

³⁷ Costa ACF. Por uma transformação cultural. In: Anais da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília: Conselho Nacional de Saúde; 2001. p. 127-41.

³⁸ Rotelli F, Leonardis O, Mauri D, Risio C. Desinstitucionalização. São Paulo: Hucitec; 1990

conhecimento se processa em campos fechados, mas visa resgatar o diálogo entre o conhecimento humano e a realidade do mundo.³⁹

“... O lidar com a questão da doença mental extrapola as questões puramente médicas, psicológicas e sociais; a loucura deve ser avaliada dentro da sua própria multiplicidade e da sua interação com todos os aspectos da existência e do conhecimento” (Psiquiatra).³⁹

No ambiente de trabalho do CAPS, é primordial que haja uma constante discussão entre os profissionais, sejam eles médicos, enfermeiros, psicólogos e terapeutas, que contribui para um trabalho colegiado. Desta forma, o paciente é estudado e tratado de uma forma mais abrangente, em que o prisma médico da questão “tratar sintomas” seja tido como prioridade.

Em conclusão, a Reforma Psiquiátrica no Brasil representou uma mudança fundamental na abordagem da saúde mental, afastando-se do modelo de manicômios e direcionando-se para uma perspectiva mais humanizada e inclusiva. A promulgação da Lei 10.216 em 2001 marcou um marco importante nesse processo, protegendo os direitos das pessoas com transtornos mentais e promovendo a desinstitucionalização.

A criação de serviços como os CAPS e Hospitais-Dia ofereceu alternativas à internação, permitindo que os pacientes fossem tratados de forma mais integrada com suas comunidades. No entanto, como mencionado no texto, ainda existem desafios financeiros significativos e a necessidade de expandir esses serviços para atender adequadamente a todas as necessidades da população.

A abordagem interdisciplinar também é um elemento crucial nesse processo, garantindo que os pacientes sejam tratados de maneira abrangente, levando em consideração não apenas os aspectos médicos, mas também os psicológicos e sociais.

Em última análise, a Reforma Psiquiátrica no Brasil representa um compromisso com a humanização do tratamento de saúde mental e a busca pela reintegração das pessoas com transtornos mentais em suas comunidades. É um trabalho contínuo que exige investimento, colaboração e dedicação para garantir que todos os indivíduos tenham acesso a cuidados de saúde mental de qualidade e que possam desfrutar de uma vida plena e inclusiva.

³⁹ ANTUNES, Sônia Marina Martins de Oliveira; QUEIROZ, Marcos de Souza. A configuração da reforma psiquiátrica em contexto local no Brasil: uma análise qualitativa. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, p. 207-215, 2007.

3.2 A precariedade dos atuais hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico (HCTPs) após 22 anos da Reforma Psiquiátrica.

Ao longo da evolução da civilização humana, a sociedade se dedicou a reorganizar os indivíduos, identificando suas características e inserindo-os em ambientes considerados adequados, tudo isso por meio de um antigo elemento de estruturação social: o poder.⁴⁰

As intervenções destinadas às pessoas que enfrentam dificuldades psicológicas ou, de maneira comum, são rotuladas como "loucas", atingem seu ponto mais crítico nas condições desumanas dos hospitais psiquiátricos, que representam um dos exemplos de instituições totais. Uma instituição total é definida por sua característica de ser: “um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade (...), levam uma vida fechada e formalmente administrada.”⁴¹

O isolamento desses indivíduos que os foi imposto resultaram num processo de institucionalização, denominado por Franco Basaglia como uma ausência de conexões emocionais vivenciada por esses indivíduos ao atravessar as barreiras do internamento.⁴²

Se expandirmos essa análise para o contexto das instituições totais que lidam com a exclusão de indivíduos que, além de enfrentarem transtornos mentais, têm algum envolvimento com atividades criminais em seus históricos, as condições de vida nesses locais se deterioram ainda mais.

No Brasil, o primeiro local destinado àqueles que fossem considerados loucos e cometessem crimes e àqueles que enlouquecessem na prisão foi o Manicômio Judiciário inaugurado na cidade do Rio de Janeiro em 1921. Estes locais, atualmente são denominados como Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP). Locais estes que são as instituições mais devastadoras dos espaços ditos de tratamento em saúde mental.⁴³

⁴⁰ Melo ZM. *Violencia Y familia: supervivencia en la casa y en la calle*. Espanha, Bilbao: Universidad de Deusto; 1999.

⁴¹ Goffman E. *As características das instituições totais*. In: Goffman E. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva; 1974. p. 13–23.

⁴² Basaglia F. *A destruição do hospital psiquiátrico como lugar de institucionalização*. In: Basaglia F. *Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Garamond; 2005. P. 13-34

⁴³ Borenstein MS, Cordioli MS, Ribeiro AAA. *Hospital de custódia: os direitos preconizados pela reforma psiquiátrica e a realidade dos internos*. *Esc Anna Nery*. 2006;10(4):671–7

A partir de julho de 1984 passou a vigorar no Brasil a Lei nº 7.209 e o sistema vicariante, que permite que o juiz aplique a pena privativa de liberdade ou a medida de segurança, conforme cada caso concreto. Deste modo, cada indivíduo recebe ou uma pena ou uma medida de segurança, nunca ambas simultaneamente.⁴⁴

A medida de segurança pode resultar em hospitalização ou tratamento ambulatorial, dependendo da pena associada ao crime cometido, seja reclusão ou detenção. No caso da hospitalização, tem sido vista como uma abordagem de prevenção e assistência, destinada a indivíduos considerados inimputáveis pela justiça, ou seja, aqueles que, devido a distúrbios mentais ou déficits cognitivos, eram completamente incapazes de compreender a natureza criminosa de seus atos no momento da ação ou omissão, ou de agir de acordo com essa compreensão.⁴⁵

Enquanto as penas tendem a ter um caráter mais punitivo, as medidas de segurança têm um foco maior na prevenção. Enquanto a culpa é o princípio subjacente à aplicação de penas, a periculosidade é o fundamento das medidas de segurança. Essas diferenças têm implicações significativas na prática, uma vez que as penas têm uma duração predefinida e imutável, ao passo que as medidas de segurança podem ser de tempo indeterminado, sujeitas a renovação anual.⁴⁶

Assim, mesmo que essas instituições tenham a função de cuidar de indivíduos considerados como loucos e criminosos, sua principal preocupação é assegurar a ordem social e garantir a proteção da comunidade. Isso ocorre porque, devido às transgressões que cometeram, essas pessoas passam a ser percebidas socialmente como representantes de uma ameaça monstruosa, o que amplifica ainda mais o caráter de exclusão associado aos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP).⁴⁷

⁴⁴ Crespo de Souza CA, Menezes RS. Aspectos históricos sobre a psiquiatria forense, os manicômios judiciais e o Instituto Psiquiátrico Forense Dr. Maurício Cardoso. In: Crespo de Souza CA, Cardoso RG, organizadores. *Psiquiatria Forense: 80 anos de prática institucional*. Porto Alegre: Sulina; 2006.

⁴⁵ Cohen C. *Medida de Segurança*. IN: Cohen C, Segre M, Ferraz FC, organizadores. *Saúde Mental, Crime e Justiça*. 2nd ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 2006.

⁴⁶ Crespo de Souza CA, Menezes RS. Aspectos históricos sobre a psiquiatria forense, os manicômios judiciais e o Instituto Psiquiátrico Forense Dr. Maurício Cardoso. In: Crespo de Souza CA, Cardoso RG, organizadores. *Psiquiatria Forense: 80 anos de prática institucional*. Porto Alegre: Sulina; 2006.

⁴⁷ Milanez N, Prates C. O Estereótipo do Monstro: uma discussão sobre a monstruosidade e sua representação social. In: *Colóquio do Museu Pedagógico*. Vitória da Conquista: Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB); 2013

Instituições como estas reforçam a contradição pois não promovem a saúde de seus usuários, tampouco a justiça, pois a estes não é atribuída a culpa, e lhes é atribuído a condenação de viver com a pior das punições: a perda de si.

Por fim, é fundamental destacar que, apesar das mudanças legais e da evolução nas abordagens para indivíduos com transtornos mentais ou envolvimento com atividades criminais, a realidade dos hospitais psiquiátricos e dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) frequentemente revela uma precariedade alarmante. As condições de vida nessas instituições continuam a ser extremamente desafiadoras, com falta de recursos, superlotação, tratamento inadequado e uma lacuna significativa entre o que a lei prescreve e o que realmente ocorre.

Essa precariedade não apenas compromete a dignidade e o bem-estar dos pacientes, mas também coloca em questão a eficácia dessas instituições na reabilitação e tratamento de indivíduos com transtornos mentais ou cognitivos. Portanto, é imperativo que a sociedade e as autoridades competentes permaneçam comprometidas em melhorar essas condições, garantindo que a aplicação das medidas de segurança seja verdadeiramente voltada para a prevenção, assistência e reintegração social, em consonância com os princípios fundamentais de justiça e respeito pelos direitos humanos. Somente assim poderemos avançar em direção a um sistema mais humano e eficaz de tratamento e reabilitação para aqueles que necessitam de apoio na interface entre saúde mental e justiça criminal.

3.3 O conflito entre as disposições da Legislação Penal e a Lei 10.216/01.

De acordo com Michele Cia, conforme suas palavras, a situação vivenciada por aqueles que estão sujeitos a medidas de segurança no Brasil é alarmante, demonstrando claramente a extrema discrepância e falta de necessidade das ações tomadas. Essa disparidade se torna ainda mais notória ao examinarmos as incompatibilidades entre a execução das medidas de segurança e as orientações estabelecidas pela Lei 10.216 de 2001 para o tratamento de doentes mentais.⁴⁸

A Lei da Reforma Psiquiátrica prevê os direitos daqueles portadores de doenças mentais e as diretrizes para os respectivos tratamentos. Ocorre que, estes direitos são incompatíveis com a legislação penal reguladora das medidas de segurança, incompatibilidade esta que se torna

⁴⁸ CIA, Michele. Medidas de Segurança no Direito Penal brasileiro: A desinternação progressiva sob uma perspectiva político-criminal. 1 ed. São Paulo: Editora Unesp, 2011, p. 17

mais alarmante quando analisada a realidade dos hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico no Brasil, conforme discorrido no terceiro capítulo deste trabalho.

Apesar de o Conselho Nacional de Política Criminal ter emitido a Resolução n° 05/04, que estabelece diretrizes com o intuito de alinhar a implementação das medidas de segurança com as disposições da Lei n° 10.216/01, constata-se que essa resolução não tem conseguido efetivamente modificar a forma como as medidas de segurança são executadas no país. Isso ocorre porque a maioria dos estados da federação ainda mantém a abordagem manicomial e institucionalizante, conforme autorizado pela legislação penal vigente.

Sobre o conflito entre a Lei 10.216 e a legislação penal, Alessandra Mascarenhas e Danilo Schindler discorrem:

É importante, portanto, refletir sobre as características da medida de segurança cumprida em um Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, que a legislação penal formalmente ainda legitima como busca do ideal de defesa social contra ato ilícito cometido pelo louco infrator, para que se possa analisar a distância que a separa da aplicação da Lei de Reforma Psiquiátrica, e o conflito existente entre essa prática encarceradora e a garantia de direitos das pessoas com transtorno mental.⁴⁹

Como exemplo deste conflito entre normas, podemos verificar o artigo 97 do Código Penal que prevê como regra a internação em Hospital de Custódia e, caso o crime seja punível com detenção, poderá ser aplicado o tratamento ambulatorial:

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

O supracitado artigo é incompatível, em essência, com a Lei da Reforma Psiquiátrica que prevê que a internação somente deverá ser imposta quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes para cada caso específico, como uma *ultima ratio*, exigindo-se, portanto, uma reforma da legislação penal neste ponto.

É importante destacar que este dispositivo legal tem impactos significativos na implementação das medidas de segurança, uma vez que a internação como primeira opção é evidenciada nos dados da Inspeção aos Manicômios Judiciários - Relatório Brasil 2015, conduzida pelo Conselho Federal de Psicologia:

⁴⁹ PRADO, Alessandra Mascarenhas; SHINDLER, Danilo. A medida de segurança na contramão da Lei de Reforma Psiquiátrica: sobre a dificuldade de garantia do direito à liberdade a pacientes judiciários. Revista Direito GV. São Paulo, V. 13 N. 2, 628-652, MAIO-AGO, 2017, p. 630.

Considerando a lei 1.0216/2001, de 6 de abril de 2001, que “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” para realização de tratamento em meio aberto, mas especificamente nas RAPS, a internação deveria ocorrer apenas em casos de exceção, após terem sido esgotadas todas as outras alternativas de tratamento. Porém, os dados apresentados nos itens cinco e seis do instrumento, revelam outra realidade, ainda bem distante desses marcos legais. A prática da internação como primeira opção aparece bastante forte nas estatísticas apresentadas. Encontramos uma média 58,87 de pessoas, em cumprimento de medida de segurança, nos 18 estabelecimentos pesquisados e com exemplos mais significativos como os HCTP de Recife, com população de 211 internos em cumprimento de medida de segurança, seguido dos HCTPS de Florianópolis e de Sergipe com 104 cada um.⁵⁰

De forma equivocada, pode-se concluir que a Lei n.º 10.216/01 não aborda questões relacionadas a indivíduos com transtornos mentais envolvidos em atividades criminosas, focando exclusivamente em questões de saúde mental. No entanto, essa alegação não encontra respaldo nos princípios que devem guiar o sistema legal do país, especialmente aqueles estabelecidos na Constituição, notadamente os princípios da razoabilidade e da proporcionalidade. Além disso, é fato que os órgãos do Poder Judiciário apoiam a aplicação das medidas de segurança em consonância com a Lei Antimanicomial.

Além disso, é importante observar que a Lei n.º 10.216/01 é mais recente do que as disposições introduzidas pelo Código Penal, mesmo que tenham sido modificadas em 1984, bem como em comparação com a vigência da Lei de Execução Penal (LEP) e do Código de Processo Penal. Adicionalmente, a Lei Antimanicomial possui um caráter especial em relação às leis penais, pois aborda uma parcela específica da população, que, embora não seja amplamente reconhecida pela sociedade, engloba os indivíduos com transtornos mentais, independentemente de estarem envolvidos em atividades criminosas.

Portanto, de acordo com o que Norberto Bobbio apresenta em sua obra "Teoria Geral do Direito" sobre os três critérios possíveis para resolver conflitos entre normas, a Lei Antimanicomial prevalece. Com base nisso, pode-se afirmar que, sob a perspectiva dos três critérios para solucionar conflitos entre normas de um mesmo sistema jurídico, a Lei n.º 10.216/2001 revogou implicitamente as disposições das leis penais relacionadas às medidas de

⁵⁰ CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Inspeções aos manicômios – Relatório Brasil 2015. Brasília: CFP, 2015, p.137.

segurança. Deste modo, a legislação da Reforma Psiquiátrica deve ser a que rege a questão, uma interpretação que está em conformidade com a Constituição de 1988, cujo principal objetivo é garantir a dignidade da pessoa humana.

CONCLUSÃO

A luta antimanicomial no Brasil é um movimento de grande relevância, que representa uma mudança significativa na abordagem e no tratamento das pessoas com transtornos mentais. Desde seu início no contexto do regime militar, passando pelo surgimento do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) e culminando na formação do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA), esse movimento se caracterizou por denunciar práticas desumanas nos hospitais psiquiátricos, defender a humanização dos serviços de saúde mental e promover a inclusão social.

A transformação da mentalidade social e a evolução das políticas de saúde mental no Brasil são inegáveis, e a consolidação do lema "Por uma sociedade sem manicômios" representa um compromisso com a desinstitucionalização e a busca por alternativas terapêuticas que respeitem a dignidade e os direitos das pessoas com transtornos mentais.

No entanto, os desafios persistem. A substituição dos hospitais psiquiátricos por uma rede de saúde mental ampla e eficaz é um processo complexo que envolve questões de financiamento, capacitação de profissionais, desconstrução de estigmas e preconceitos, além da criação de políticas públicas eficazes. O MNLA desempenha um papel fundamental na conscientização da sociedade e na defesa dos direitos das pessoas com transtornos mentais, mas sua luta ainda está longe de ser concluída.

A desmedicalização, a humanização do tratamento e a busca por uma sociedade mais inclusiva são objetivos dignos e necessários. Portanto, a conclusão que podemos tirar é que a luta antimanicomial é um caminho que deve ser continuamente trilhado, à medida que buscamos uma sociedade mais justa, empática e respeitosa com todos os seus cidadãos, independentemente de sua condição de saúde mental. Ela representa uma esperança de que, no futuro, possamos realmente alcançar uma sociedade sem manicômios, onde a loucura seja compreendida e tratada com humanidade e respeito, em vez de isolamento e estigmatização.

REFERÊNCIAS

- AMARANTE, Paulo. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 1998, p. 25.
- ANTUNES, Sônia Marina Martins de Oliveira; QUEIROZ, Marcos de Souza. A configuração da reforma psiquiátrica em contexto local no Brasil: uma análise qualitativa. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, p. 207-215, 2007.
- Art. 96, I e II, Código Penal. As medidas de segurança são: I - Internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou, à falta, em outro estabelecimento adequado; II - sujeição a tratamento ambulatorial. (BRASIL, 1940, não paginado)
- BARROS, Sonia; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho; KINKER, Fernando Sfair. Cuidar em liberdade: o usuário cumprindo medida de segurança em CAPS II. São Paulo, 2013. Página 36.
- BARROS, Sonia; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho; KINKER, Fernando Sfair. Cuidar em liberdade: o usuário cumprindo medida de segurança em CAPS II. São Paulo, 2013. Página 23
- BASAGLIA F. A destruição do hospital psiquiátrico como lugar de institucionalização. In: BASAGLIA F. Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Garamond; 2005. P. 13-34
- BASAGLIA, F. A Instituição Negada. 3a edição. 2001.
- BITENCOURT, Cezar Roberto. Tratado de direito penal: parte geral. 18. ed. São Paulo: Saraiva, 2012, p. 843.
- Borenstein MS, Cordioli MS, Ribeiro AAA. Hospital de custódia: os direitos preconizados pela reforma psiquiátrica e a realidade dos internos. Esc Anna Nery. 2006;10(4):671–7
- BRASIL. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei n.º 1.637, de 2019. Autor: Delegado Waldir. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1736207
- BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Disponível em: . Acesso em: 03 nov. 2013.
- BRASIL. Decreto-Lei nº 2.848, de 07 de dezembro de 1940: Código Penal.
- CAPONI, Sandra. [Trecho citado]. In: Revista Fractal: Revista de Psicologia, v. 22, n. 2, p. 395-410, Maio/Ago. 2010.
- CIA, Michele. Medidas de Segurança no Direito Penal brasileiro: A desinternação progressiva sob uma perspectiva político-criminal. 1 ed. São Paulo: Editora Unesp, 2011, p. 17
- COHEN C. Medida de Segurança. IN: Cohen C, Segre M, Ferraz FC, organizadores. Saúde Mental, Crime e Justiça. 2nd ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 2006.
- CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Inspeções aos manicômios – Relatório Brasil 2015. Brasília: CFP, 2015, p.137.
- Coordenação Geral de Documentação e Informação, Ministério da Saúde. Legislação em saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
- Coordenação Geral de Documentação e Informação, Ministério da Saúde. Legislação em saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
- COSTA ACF. Por uma transformação cultural. In: Anais da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília: Conselho Nacional de Saúde; 2001. p. 127-41.
- CRESPO DE SOUZA CA, Menezes RS. Aspectos históricos sobre a psiquiatria forense, os manicômios judiciais e o Instituto Psiquiátrico Forense Dr. Maurício Cardoso. In: CRESPO DE SOUZA CA, Cardoso RG, organizadores. Psiquiatria Forense: 80 anos de prática institucional. Porto Alegre: Sulina; 2006.

- CRESPO DE SOUZA CA, Menezes RS. Aspectos históricos sobre a psiquiatria forense, os manicômios judiciais e o Instituto Psiquiátrico Forense Dr. Maurício Cardoso. In: Crespo de Souza CA, Cardoso RG, organizadores. *Psiquiatria Forense: 80 anos de prática institucional*. Porto Alegre: Sulina; 2006.
- FERRAZZA, D. Sobre a Reforma Psiquiátrica Brasileira: história e âmbitos atuais de luta. 2016, p. 282.
- FIGUEIRÊDO, M. L. de R.; DELEVATI, D. M.; TAVARES, M. G. Entre loucos e manicômios: história da loucura e a reforma psiquiátrica no Brasil. In: *Caderno de Graduação - Ciências Humanas e Sociais - UNIT - ALAGOAS*, v. 2, n. 2, p. 121-136, 2014.
- GARCIA-PABLOS, A. de Molina; GOMES, Luiz Flávio. *Criminologia: introdução a seus fundamentos teóricos*. 1997. P. 239-248.
- Goffman E. As características das instituições totais. In: Goffman E. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva; 1974. p. 13–23.
- GONÇALVES, Anna Victória Silva; SOARES, Flávio Roberto Ribeiro. AS MEDIDAS DE SEGURANÇA À LUZ DA LEI ANTIMANICOMIAL: Hospitais de Custódia e Tratamento após 21 anos da Reforma Psiquiátrica, pág. 4.
- GRECO, Rogério. *Curso de Direito Penal*. 7. ed. Niterói: Impetus, 2006, p.730
- HIPÓCRATES. Os nomes da loucura. São Paulo: Editora 34 Ltda., 1999. PESSOTTI, Isaias. p. 19.
- JABERT, Alexander. *Da Nau dos Loucos ao Trem de Doido: As formas de administração da loucura na Primeira República – o caso do estado do Espírito Santo*. Rio de Janeiro, 2001.
- LOBOSQUE AM. *Experiências da loucura*. Rio de Janeiro: Garamond; 2001
- LUCHMANN, L., & Rodrigues, J. (2007). O movimento antimanicomial no Brasil. (p. 403).
- MARCHEWKA, T. M. N. (2001). As contradições das medidas de segurança no contexto do direito penal e da reforma psiquiátrica no Brasil. *Revista De Direito Sanitário*, 2(3), 102-111. <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v2i3p102-111>
- MARCHEWKA, T. M. N. (2001). As contradições das medidas de segurança no contexto do direito penal e da reforma psiquiátrica no Brasil. *Revista De Direito Sanitário*, 2(3), 102-111. <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v2i3p102-111>
- MARCHEWKA, T. M. N. (2001). As contradições das medidas de segurança no contexto do direito penal e da reforma psiquiátrica no Brasil. *Revista De Direito Sanitário*, 2(3), 102-111. <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v2i3p102-111>
- Melo ZM. *Violencia Y familia: supervivencia en la casa y en la calle*. Espanha, Bilbao: Universidad de Deusto; 1999.
- Milanez N, Prates C. O Estereótipo do Monstro: uma discussão sobre a monstruosidade e sua representação social. In: *Colóquio do Museu Pedagógico*. Vitória da Conquista: Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB); 2013
- MOSÉ, V. (Org. e Apres.). (2009). *Reino dos bichos e dos animais é o meu nome*. Rio de Janeiro: Azougue Editorial. (2ª ed.).
- NUCCI, Guilherme de Souza. *Manual de direito penal. Parte Geral. Parte Especial*. 4. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais: 2008, p. 281.
- NUCCI, Guilherme de Souza. *Manual de direito penal. Parte Geral. Parte Especial*. 4. ed. São Paulo. Revista dos Tribunais: 2008, p. 541.
- PERES, M. F. T. e NERY FILHO, A.: A doença mental no direito penal brasileiro: inimizabilidade, irresponsabilidade, periculosidade e medida de segurança'. *História, Ciências, Saúde Manguinhos*, Rio de Janeiro, vol. 9(2):335-55, maio-ago. 2002.
- PRADO, 2021, p. 943

PRADO, Alessandra Mascarenhas. A medida de segurança na contramão da Lei de Reforma Psiquiátrica: sobre a dificuldade de garantia do direito à liberdade a pacientes judiciários. *Revista Direito GV*, São Paulo, v. 13, ago. 2017

PRADO, Alessandra Mascarenhas; SCHINDLER, Danilo. A medida de segurança na contramão da Lei de Reforma Psiquiátrica: sobre a dificuldade de garantia do direito à liberdade a pacientes judiciários. *História, Ciências, Saúde Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 335-355, maio-ago. 2017.

PRADO, Alessandra Mascarenhas; SHINDLER, Danilo. A medida de segurança na contramão da Lei de Reforma Psiquiátrica: sobre a dificuldade de garantia do direito à liberdade a pacientes judiciários. *Revista Direito GV*. São Paulo, V. 13 N. 2, 628-652, MAIO-AGO, 2017, p. 630.

Rodinesco E. História da psicanálise na França: a batalha dos cem anos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor; 1986.

ROTELLI F, Leonardis O, Mauri D, Risio C. Desinstitucionalização. São Paulo: Hucitec; 1990

SANTORO FILHO, Antonio Carlos. *Direito e Saúde Mental*, p.173.

SILVA, L. C. (2022). Nos gases eu me formei (poeta): Stella do Patrocínio e os recursos expressivos em Reino dos bichos e dos animais é o meu nome.

ZAFFARONI, Eugênio Raúl, PIERANGELLI, José Henrique. *Manual de Direito Penal Brasileiro*. São Paulo: RT, 1997, p.859.



TERMO DE AUTENTICIDADE DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Eu, Isabelle Zinek Merlin

discente regularmente matriculado(a) na disciplina TCC II, da 10ª etapa do curso de Direito, matrícula nº 41805542 período noturno turma 10U, tendo realizado o TCC com o título: _____

sob a orientação do(a) Professor(a) _____

declaro para os devidos fins que tenho pleno conhecimento das regras metodológicas para confecção do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), informando que o realizei sem plágio de obras literárias ou a utilização de qualquer meio irregular.

Declaro ainda que, estou ciente que caso sejam detectadas irregularidades referentes às citações das fontes e/ou desrespeito às normas técnicas próprias relativas aos direitos autorais de obras utilizadas na confecção do trabalho, serão aplicáveis as sanções legais de natureza civil, penal e administrativa, além da reprovação automática, impedindo a conclusão do curso.

São Paulo, 10 de Novembro de 2023

Assinatura do discente

