



UEPB

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS CAMPINA GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS
CURSO DE GRADUAÇÃO EM DIREITO**

GABRIELA ELIAS CAITANO

**DESAFIOS PARA APLICAÇÃO DA LEI ANTIMANICOMIAL AOS CASOS DE
INIMPUTABILIDADE POR DOENÇA MENTAL NA PARAÍBA**

**CAMPINA GRANDE
2021**

GABRIELA ELIAS CAITANO

**DESAFIOS PARA APLICAÇÃO DA LEI ANTIMANICOMIAL AOS CASOS DE
INIMPUTABILIDADE POR DOENÇA MENTAL NA PARAÍBA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Centro de Ciências Jurídicas, Campus I, Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Direito.

Área de concentração: Ciências Criminais e Novas Tecnologias.

Orientador: Prof. Dra. Rosimeire Ventura Leite.

**CAMPINA GRANDE
2021**

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

C137d Caitano, Gabriela Elias.
Desafios para aplicação da lei antimanicomial aos casos de inimputabilidade por doença mental na Paraíba [manuscrito] / Gabriela Elias Caitano. - 2021.
64 p. : il. colorido.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Direito) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Jurídicas, 2021.

"Orientação : Prof. Dr. Rosimeire Ventura Leite , Departamento de Direito Público - CCJ."

1. Inimputabilidade. 2. Medidas de Segurança. 3. Lei Antimanicomial. I. Título

21. ed. CDD 345

GABRIELA ELIAS CAITANO

DESAFIOS PARA APLICAÇÃO DA LEI ANTIMANICOMIAL AOS CASOS DE
INIMPUTABILIDADE POR DOENÇA MENTAL NA PARAÍBA

Trabalho de Conclusão de Curso Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Centro de Ciências Jurídicas, Campus I, Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Direito.

Área de concentração: Ciências Criminais e Novas Tecnologias.

Aprovada em: 14 / 05 / 2021.

BANCA EXAMINADORA

Rosimeire Ventura Leite

Prof. Dra. Rosimeire Ventura Leite (Orientadora)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Ana Alice Ramos Tejo Salgado

Prof. Dra. Ana Alice Ramos Tejo Salgado (Examinadora)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Rayane Félix Silva

Prof. Ma. Rayane Félix Silva (Examinadora)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

À minha família, minha base, pela
paciência, companheirismo e
compreensão, DEDICO.

AGRADECIMENTOS

Iniciar o curso de Direito sempre esteve em meus planos, mas sempre o coloquei nas mãos do Senhor, com a intercessão de Sua mãe. Desta forma, meus primeiros agradecimentos serão sempre à Deus e à Maria, por permitirem que os meus planos coincidissem com os Dele.

Antonio, Geane e Vinícius - pai, mãe e irmão, rochas da minha vida. Sem vocês nada seria possível. Obrigada por sempre me escutarem, apoiarem e compreenderem. Agradeço pela enorme paciência e por serem meu ponto de equilíbrio, principalmente nos dias difíceis. Obrigada por acreditarem em mim e sempre me estimularem. A vocês todo o meu amor e gratidão, essa conquista os dedico.

Ao meu namorado Rayff José, por sempre ser tão compreensível, pelas suas palavras de estímulo e apoio, por se fazer tão presente em todos os momentos, por sempre demonstrar carinho, afeto e paciência; por sempre falar e escutar de forma amorosa. Com você, a vida é mais fácil. Obrigada, Amor!

Às minhas amigas Paula, Kerolainy, Cintia e Eduarda, irmãs de outros pais. Obrigada por sempre estarem comigo, me acompanhando e me escutando, compartilhando a vida e até mesmo a família; mesmo longe se fazendo presente. Essa conquista é nossa. As amo.

Aos meus familiares: avós, tios, e primos, não poderia deixar de agradecê-los por sempre apoiarem a minha decisão e sempre oferecem palavras de apoio e confiança. Bem como Fátima e Romero, padrinhos que não poderiam ser melhores. Os amo!

Aos meus colegas de curso, que nestes cinco anos de graduação compartilharam momentos que serão eternamente lembrados. Aline, Anderson e Athos: vocês tornaram o fardo mais leve. Obrigada!

Aos meus amigos da vida, que desde criança continuamos a compartilhar momentos: Anderson, Helen e Aninha, peço que Deus os abençoe sempre.

À Carol, por me mostrar que sim, é possível! Obrigada por confiar.

À Josa e Alcione, por serem como mães, me cuidando e pedindo à Deus por mim. Minha eterna gratidão.

À professora Rosimeire Ventura Leite pelas aulas que sempre me instigavam a buscar mais conhecimento; por ser a minha orientadora e inspiração. Lhe agradeço!

Aos professores do Centro de Ciências Jurídicas (CCJ) da UEPB, pela formação que ofereceram e pelos conhecimentos compartilhados.

Ao diretor Laplace, por ser um pai dentro da graduação, sempre oferecendo apoio e presteza. Bem como os funcionários do CCJ.

Por fim, agradeço a todos que colaboraram de alguma forma para que esta graduação fosse concluída, ao longo do tempo nos deparamos com inúmeras situações, que compartilhas, tecem o tecido das lembranças, marcando a história e fazendo sentido na nossa maior riqueza: a vida!

“Nós, os modernos, começamos a nos dar conta de que, sob a loucura, sob a neurose, sob o crime, sob as inaptações sociais, corre uma espécie de experiência comum da angústia.” (FOUCAULT, 1972, p. 122).”

RESUMO

Os delitos sempre estiveram presentes na sociedade, vistos como o erro que deve ser evitado, punindo quem os comete. Entretanto, há uma enorme diferença entre aqueles que cometem crimes sabendo de sua tipicidade, e aqueles que não conseguem distinguir a realidade e a antijuricidade de suas ações. Os inimputáveis por doença mental são personagens da nossa sociedade que carecem atenção, principalmente no que concerne ao poder judiciário. A Luta Antimanicomial adveio de batalhas travadas ao longo do tempo, em que se partiu de um conceito de segregação em busca da inclusão destas pessoas. Desta forma, o presente trabalho traçou os pontos considerados relevantes para a compreensão da necessidade de novos e insistentes debates acerca do tratamento aplicado aos doentes mentais que entram em conflito com a lei, considerando a trajetória dos hospitais psiquiátricos e constante evolução das medidas adotadas. As medidas de segurança passaram a sofrer influência da Lei 10.216/2001, que ressignificou os tratamentos aplicados, destacando a necessidade de um olhar humanitário e atencioso para estes pacientes. Destarte, o presente trabalho tem como objetivo abordar os desafios da Luta Antimanicomial na Paraíba e, por consequência, as dificuldades ainda presentes para aplicação da Lei 10.216/2001. Nesse sentido, tem como principal indagação: quais são os desafios que impedem ou dificultam a aplicação prática da Lei antimanicomial aos inimputáveis por doença mental na Paraíba? Para tanto, vale-se do método científico dedutivo, com pesquisa exploratória e bibliográfica. Constatou-se com o trabalho que há grande necessidade de abordar o assunto de forma ampla, pois ainda é pouco debatido; bem como a necessidade de criação de novos grupos de apoio, nos quais haja uma efetiva vontade de iniciativa, além de olhares mais atenciosos do poder público e dos profissionais da saúde e do direito; superar a hierarquia entre profissionais e pacientes, bem como as dificuldades nas relações interfamiliares destes; ultrapassar as barreiras do distanciamento dentro da comunidade; e quebrar o estigma da periculosidade que ainda existe dentro da sociedade.

Palavras-Chave: Inimputabilidade. Medida de Segurança. Lei Antimanicomial.

ABSTRACT

Crimes have always been present in society, seen as the error that must be avoided, punishing those who commit them. However, there is a huge difference between those who commit crimes knowing their typicality, and those who cannot distinguish the reality and the anti-legality of their actions. The inculpables for mental illness are characters in our society that need attention, especially with regard to the judicial power. The Anti-asylum Fight came from battles fought over time, in which it started with a concept of segregation in pursuit of the inclusion of these people. In this way, the present work outlined the points considered relevant to the understanding of the need for new and insistent debates about the treatment applied to mentally ill patients who come into conflict with the law, considering the trajectory of psychiatric hospitals and the constant evolution of the measures adopted. The security measures started to be influenced by Law 10.216/2001, which gave new meaning to the treatments applied, highlighting the need for a humanitarian and attentive look for these patients. The present work aims to address the challenges of the Anti-asylum Fight in Paraíba and, consequently, the difficulties still present for the application of Law 10.216/2001. Hence, it has as its main question: what are the challenges that prevent or hinder the practical application of the Anti-asylum Law to the inculpables for mental illness in Paraíba? For that, it uses the scientific deductive method, with exploratory and bibliographic research. It was verified with the work that there is a great need to approach the subject in a broad way, because it is still little debated; as well as the need to create new support groups, in which there is an effective will to take action, in addition to more attentive views from the public authorities, health and legal professionals; overcome the hierarchy between professionals and patients, as well as the difficulties in their inter-family relationships; overcome the barriers of distancing within the community; and breaking the esteem of the dangerousness that still exists within society.

Keywords: Inculpability. Security measure. Anti-asylum Law.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CCJ	Centro de Ciências Jurídicas
CNJ	Conselho Nacional de Justiça
CP	Código Penal
CPJM	Complexo Psiquiátrico Juliano Moreira
EAP	Equipe de Avaliação e Acompanhamento das Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei
GITIS	Grupo Interinstitucional de Trabalho Interdisciplinar em Saúde Mental
HCTP	Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico
LEP	Lei de Execução Penal
LouCid	Grupo de Pesquisa e Extensão Loucura e Cidadania
MS	Medida de Segurança
PNAISP	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional
PPF	Penitenciária de Psiquiatria Forense
SUS	Sistema Único de Saúde
UEPB	Universidade Estadual da Paraíba
UFPB	Universidade Federal da Paraíba

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	CONCEITO DE CRIME: CONSIDERAÇÕES	14
2.1	Conceito analítico de crime	15
2.1.1	<i>Elementos da culpabilidade</i>	16
2.1.1.1	<i>Imputabilidade</i>	17
2.1.1.2	<i>Potencial consciência da ilicitude</i>	18
2.1.1.3	<i>Exigibilidade de conduta diversa</i>	18
2.1.2	<i>Excludentes da culpabilidade</i>	18
2.1.2.1	<i>Erro de proibição</i>	19
2.1.2.2	<i>Coação irresistível e obediência hierárquica</i>	19
2.1.2.3	<i>Inimputabilidade</i>	19
2.1.2.3.1	<i>Inimputabilidade por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado</i>	21
3	MEDIDAS DE SEGURANÇA	23
3.1	Conceito	23
3.2	Lei de Execução Penal e as medidas de segurança	26
4	LUTA ANTIMANICOMIAL	29
4.1	Aspectos históricos dos hospitais psiquiátricos	29
4.2	Lei 10.216/2001 – Lei Antimanicomial	33
4.3	Recomendações do CNJ	36
5	LUTA ANTIMANICOMIAL NA PARAÍBA	39
5.1	Evolução histórica dos asilos na Paraíba	39
5.2	Complexo Judiciário Juliano Moreira	43
5.3	Portarias importantes	46
5.4	Grupos atuantes na Paraíba	48
5.5	Desafios atuais da luta antimanicomial na Paraíba	49
6	METODOLOGIA	53
7	RESULTADOS E DISCUSSÕES	54
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	55
	REFERÊNCIAS	57
	ANEXO A – RETRATOS DO ASILO DE SANTA ANA EM CRUZ DO PEIXE	63
	ANEXO B – MANICÔMIO JUDICIÁRIO DA PARAÍBA / CONSTRUÇÃO DO CPJM	64

1 INTRODUÇÃO

Casos de inimputabilidade sempre despertam a curiosidade, debate e, até mesmo, insatisfação por parte da população. Ao adentrar nos estudos do Direito e enveredar nos dilemas rotineiros, em que casos são estudados analisando suas diversas perspectivas, temas como a inimputabilidade ganham destaque. Mais ainda, florescem a mente dos estudantes quando se deparam com o transtorno/doença mental em conflito com a lei – a prática de crimes, e a aplicação das medidas de segurança adequadas.

Sabe-se que, por um longo tempo, os hospitais psiquiátricos – também denominados manicômios, eram vistos como locais obscuros e tenebrosos, e faziam jus a estas imagens, pois eram verdadeiramente locais de horror, em que os tratamentos dados beiravam a psiquiatria arcaica, com tratamentos de choque, camisas de força, isolamento e altas doses de medicamentos.

Sendo assim, era um fato raro uma pessoa que ingressava em um hospital psiquiátrico tivesse uma recuperação ou controle de sua doença mental de forma saudável – as altas doses medicamentosas colaboravam com a piora do estado clínico e psicológico do paciente.

Desta forma, com base nos quesitos anteriormente citados, bem como a discussão sobre os efeitos comprovados do cumprimento das Medidas de Segurança e a necessidade de melhorias nos tratamentos aplicados aos pacientes considerados inimputáveis por doença mental, motivaram o tema escolhido para este projeto de pesquisa.

Com base neste debate, e com o surgimento da Lei 10.216, de 6 de abril de 2001, foi adotado como tema deste projeto: os desafios para aplicação da Lei Antimanicomial aos casos de inimputabilidade por doença mental na Paraíba.

O problema que o presente trabalho apresenta é: quais são os desafios que impedem ou dificultam a aplicação prática da Lei antimanicomial aos inimputáveis por doença mental na Paraíba?

O objetivo geral é abordar os desafios ainda existentes para a aplicação da Lei 10.216/2001 notadamente no Estado da Paraíba, tendo como objetivos específicos: explanar acerca do conceito de crime; abordar as medidas de segurança existentes no ordenamento jurídico brasileiro; analisar a Lei Antimanicomial e as recomendações

do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) referentes ao tema; e analisar o tratamento aplicado aos inimputáveis por doença mental na Paraíba.

A justificativa para o tema é a importância científica e social da temática a ser abordada neste projeto, pois hodiernamente encontramos dificuldades no que concerne ao tratamento jurídico dado aos indivíduos que sofrem de transtornos/doenças mentais e que entram em conflito com a lei na prática de crimes. Tendo em vista que o tema é recorrente nos tribunais, e há uma carência de atenção para estas pessoas que, na maioria dos casos, não têm previsibilidade de cura de sua doença e estão a mercê dos parâmetros de Justiça impostos pelo Estado. O estudo proporcionará benefícios para as pessoas que sofrem de transtornos ou doenças mentais e que cometem crimes, bem como trará novas perspectivas para os locais de cumprimento das Medidas de Segurança, pois se busca rever o tratamento jurídico aplicado, com o intuito de que o caráter ressocializador das penas no Brasil, sejam também aplicadas a estas pessoas dentro de suas limitações, e caso não seja possível inculcar este caráter, dar um conforto social e psicológico para quem necessita ficar anos em tratamento psiquiátrico. Espera-se que, com esta pesquisa, novos olhares e debates possam surgir sobre o tema, despertando novas possibilidades de tratamento destas pessoas, bem como impulsionar melhorias nos locais de internação, visando um interesse coletivo sobre o assunto. Desta forma, o público alvo beneficiado será a sociedade como um todo, principalmente os indivíduos que se encontram em cumprimento das Medidas de Segurança por serem considerados inimputáveis por doença mental; e os órgãos judiciais, hospitalares e estatais que estão intimamente unidos à esta temática.

Para o desenvolvimento desta pesquisa utilizou-se o método científico dedutivo. Quanto aos fins, a pesquisa é exploratória, pois tem o escopo de proporcionar maior familiaridade com o problema em questão; quanto aos meios, é caracterizada como uma pesquisa bibliográfica. Utilizou-se a técnica de investigação teórica, que objetiva assessorar o pesquisador a ter contato mediato com a realidade estudada, valendo-se de fontes documentais e bibliográficas sobre o assunto abordado.

No primeiro capítulo, analisa-se o conceito analítico de crime, evidenciando os seus componentes (tipicidade, ilicitude e culpabilidade) conceituando-os. Posteriormente são abordadas as causas excludentes de culpabilidade, com foco na

inimputabilidade por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado.

O segundo capítulo conceitua as medidas de segurança e as disposições expostas na Lei de Execução Penal (LEP) sobre o assunto. No terceiro capítulo, é retratada a Luta Antimanicomial, seus aspectos históricos com a evolução dos manicômios até a criação dos Hospitais Psiquiátricos, bem como a abordagem da Lei 10.216/2001 e as recomendações do Conselho Nacional de Justiça sobre o tema.

Por fim, o último capítulo analisa a evolução histórica dos asilos na Paraíba, aborda sobre o Complexo Psiquiátrico Juliano Moreira, aponta algumas portarias de destaque sobre o tema, bem como os grupos atuantes de destaque no estado; e enfatiza os principais desafios da aplicação da luta antimanicomial no Estado da Paraíba.

Desta forma, como resultados do estudo, se verificou a necessidade de um constante debate sobre os doentes mentais, principalmente sobre àqueles que entram em conflito com a lei; bem como se nota ser imprescindível a melhoria da infraestrutura dos locais de atendimento destes pacientes, visando um mínimo conforto para estes; além do mais os grupos atuantes precisam ser ampliados, e inseridos dentro das instituições, com mais autonomia para realização de suas atividades e maior número de voluntários; bem como se faz indispensável que a rede de proteção e atendimento seja ampliada em todos os seus setores, proporcionando mais assistência e acolhimento aos pacientes.

2 CONCEITO DE CRIME: CONSIDERAÇÕES

No antigo Direito Romano, usava-se o termo *Noxa* para designar uma conduta delitativa. Com o passar do tempo, evoluiu para o termo *noxia*, que tinha por tradução “dano”, com a íntima ligação de reparação do mal causado, como nexos de causalidade entre o mal sofrido e àquele que devia ser reparado. Desta feita, novos termos surgiram para representar uma conduta delituosa, dentre eles *delictum* e *crimen*: o primeiro com significado de desviar-se, abandonar a lei; o segundo, por sua vez, significando delitos mais graves (JESUS, 2011).

Pode-se considerar o crime sob alguns aspectos: formal, material e analítico. Sob a ótica formal, define-se o crime como toda conduta que entrasse em colisão contra a lei penal editada pelo Estado; ou seja, toda ação ou omissão que fosse proibida por lei receberia a ameaça de pena. O aspecto material, conceitua o crime como a conduta que viola os bens jurídicos mais preciosos ao indivíduo, contrariando os valores e interesses da sociedade. O aspecto analítico, analisa os elementos que caracterizam o crime. Já o conceito analítico, procura formular os elementos que formam a estrutura do crime, sob o aspecto jurídico (GRECO, 2009; BITENCOURT, 2012; CAPEZ, 2012).

Entretanto, surge uma lacuna no que aduz ao conceito formal e material do crime, pois não conseguem traduzir, essencialmente, o que ele seja; pois se há lei que proíba determinada conduta e o indivíduo a infringe, existindo qualquer causa de exclusão de ilicitude ou que anule a culpabilidade, ainda assim haverá crime. Destarte, o conceito material traz à baila que o crime só existirá quando ferir os bens mais preciosos da sociedade, descobrindo a tutela de bens considerados menos relevantes (GRECO, 2009).

O Código Penal Brasileiro de 1940, não define o que é crime, deixando a cargo da doutrina a sua conceituação. Têm-se como referência o artigo 1º da Lei de Introdução ao Código Penal (decreto-lei n. 2.848, de 7 de dezembro de 1940) e da Lei de Contravenções Penais (decreto-lei n. 3.688, de 3 de outubro de 1941):

Art. 1º Considera-se crime a infração penal que a lei comina pena de reclusão ou de detenção, quer isoladamente, quer alternativa ou cumulativamente com a pena de multa; contravenção, a infração penal a que a lei comina, isoladamente, pena de prisão simples ou de multa, ou ambas, alternativa ou cumulativamente. (BRASIL, 1940).

Desta forma, não há descrição no artigo do que propriamente seja o crime, não revelando os aspectos que o constituem; cabendo à doutrina definir os elementos que se fazem necessários para caracterizar uma conduta penalmente tipificada.

2.1 Conceito analítico de crime

Para que se possa evidenciar um crime, faz-se necessário que o agente tenha praticado um fato típico, ilícito e culpável. Desta feita, o conceito analítico tem o intuito de analisar os elementos qualificadores do crime, sem a intenção de fragmentá-lo, mas permitir a análise, com exatidão, da existência ou não da infração penal (GRECO, 2009).

Com o surgimento da teoria finalista, criada por Hans Welzel, em meados do século XX, defendia-se que a ação do indivíduo podia ser definida como um comportamento humano voluntário, que se direcionava psicologicamente para um fim. Desta feita, disseminou-se pelo Brasil, o finalismo bipartite, instruindo que a composição do crime se faz por dois substratos: o fato típico e a antijuricidade; assim, a culpabilidade não seria elemento compositor do crime, sendo mero pressuposto de aplicação da pena, como juízo de censura (CUNHA, 2017).

Para a teoria tripartida, o crime compõe-se de três substratos: o fato típico, a antijuricidade e a culpabilidade; elementos adotados pelo conceito analítico de crime.

O precursor do conceito analítico do crime foi Carmignani, que defendia que a ação delituosa era composta da junção de uma força moral e uma força física, em que na primeira se encontraria a culpabilidade e o dano moral da infração; já na segunda se situaria a ação executora do dano material. Este conceito bipartido se estendeu até o nascimento do sistema clássico Liszt-Beling, em que se adicionou o elemento tipicidade como um dos elementos caracterizadores do crime (BITENCOURT, 2012).

Pode-se conceituar o fato típico como uma ação ou omissão de um indivíduo antissocial que coaduna em um modelo de conduta proibido legalmente pelo Estado, norteado pelo princípio da intervenção mínima (CUNHA, 2017).

Segundo Greco (2017), a antijuricidade, que tem por sinônimo a ilicitude, se define como uma relação de contrariedade entre a conduta do indivíduo e o ordenamento jurídico. Desta forma, o comportamento lícito/ jurídico do agente se dá por exclusão, uma vez que este pratique atos que coadunem com uma das causas excludentes da ilicitude, como exposto no artigo 23, do Código Penal:

Art. 23. Não há crime quando o agente pratica o fato:
I - em estado de necessidade;
II - em legítima defesa;
III - em estrito cumprimento de dever legal ou no exercício regular de direito.
(BRASIL, 1940).

A culpabilidade pode ser conceituada como a possibilidade de considerar o agente culpado pela sua conduta, ou seja, é o juízo de reprovabilidade exercido sobre uma pessoa que praticou uma conduta definida legalmente como um fato típico e ilícito. Desta feita, a culpabilidade é considerada como um pressuposto para imposição da pena por se tratar de um juízo de valor sobre o autor de um ilícito penal (CAPEZ, 2012).

2.1.1 Elementos da culpabilidade

Afirma Greco (2009) que a “culpabilidade é o juízo de censura”; é o critério utilizado para reprovar a conduta ilícita e típica do agente; é a cobrança de um comportamento diverso, diante da possibilidade de agir de uma forma distinta, frente à reprovação jurídica, baseada em fatos cotidianos.

Capez (2012) revela que para censurar a culpabilidade, se faz necessário a análise se de fato ocorreu o crime: primeiro, verifica-se se o fato é típico; sendo, verifica-se a sua ilicitude. Só a partir desta análise é que se analisa a possibilidade de responsabilização do agente. Destarte, na culpabilidade, avalia-se se o agente deve ou não responder pelo cometimento do delito.

Desta feita, a culpabilidade deve ser vista como juízo de reprovação, em que o poder punitivo do Estado censura a prática de um fato típico e ilícito como uma forma de equilíbrio, como uma contraprestação por uma conduta vista como negativa pela sociedade, com sua devida punição. Analisando a culpabilidade do autor, a reprovação se estabelece em função do agente infrator, de seu caráter, personalidade, ou outros motivos que lhe levaram à prática do crime. Entretanto, quando se vislumbra a culpabilidade do fato, a censura recai sobre a gravidade da infração praticada, correlacionada com a exteriorização da vontade humana, considerando as circunstâncias da ação, os meios empregados, fato tentado ou consumado, entre outros (CAPEZ, 2012).

São, portanto, elementos da culpabilidade: a imputabilidade (capacidade de imputação); potencial consciência da ilicitude (possibilidade de o indivíduo compreender a reprovabilidade da sua conduta); e exigibilidade de conduta diversa (possibilidade de o agente atuar de maneira diferente, seguindo o ordenamento jurídico) (CUNHA, 2017).

2.1.1.1 Imputabilidade

Segundo Bruno (2005, p. 39), a imputabilidade pode ser conceituada como “o conjunto de condições pessoais que dão ao agente capacidade para lhe ser juridicamente imputada a prática de um fato punível. Constitui, como sabemos, um dos elementos da culpabilidade”.

Ao se buscar definições da palavra imputabilidade, se chegará às mais diversas frases que desembocam na qualidade de ser imputável ou a que se pode cominar um ato, ou seja, atribuir a autoria de um fato a alguém.

Segundo Cunha (2017), conceitua-se a imputabilidade como a capacidade de atribuir a alguém a culpa pela prática de uma infração penal, configurando assim um dos elementos da culpabilidade.

Desta forma, o sujeito que não detenha liberdade e faculdade para comportar-se de modo distinto, não pode ser considerado culpável por lhe faltar a capacidade de ciência da situação delitiva (BITENCOURT, 2012).

Desta forma, defende Cunha (2017), que para que haja a imputabilidade se faz necessária a análise de dois elementos: a) intelectivo – boa saúde psíquica que permite a consciência da ilicitude do fato; b) volitivo – a ação dominante da vontade de acordo com a consciência do caráter ilícito da ação.

Afirmam Cunha e Diniz (2020) que a imputabilidade e a responsabilidade não devem ser apreciadas como sinônimos, pois a responsabilidade concerne ao princípio em que uma pessoa que detenha capacidade de ser considerada culpável, deve responder por suas condutas.

Destarte, como regra, todo indivíduo maior de 18 (dezoito) anos é considerado penalmente imputável, a não ser que incida sobre ele causa excludente de imputabilidade (causa dirimente). Sendo assim, a capacidade penal é adquirida por exclusão, quando não se conhecer causa que a afaste (CAPEZ, 2012).

2.1.1.2 Potencial consciência da ilicitude

A potencial consciência da ilicitude pode ser definida como a possibilidade que tem o indivíduo imputável de compreensão acerca da ilicitude e reprovabilidade da conduta que pratica (CUNHA, 2017). Desta feita, pode-se considerar a potencialidade da consciência, composta do conhecimento da imoralidade ou lesividade da conduta, não se admitindo mais presunções irracionais e absurdas (BITENCOURT, 2012).

Desta feita, a ausência da consciência de que o ato típico praticado era ilícito, pode acarretar em um erro inescusável (que exclui o dolo mas não afasta-se a culpa), pois tal excludente da culpabilidade se traduz na incompreensão da ilicitude do agente no caso concreto (NUCCI, 2017).

2.1.1.3 Exigibilidade de conduta diversa

Desta forma, encerrando os elementos da culpabilidade se encontra a exigibilidade de conduta diversa, em que se exige que o autor do fato tivesse a possibilidade de realizar conduta diversa daquela. Destarte, o comportamento torna-se reprovável quando o indivíduo age de forma contrária à ordem jurídica, quando podia segui-la (JESUS, 2011).

Assim, versa na expectativa que tem a sociedade que o indivíduo agisse de forma diferente, assumindo comportamento distinto daquele que foi adotado. A sociedade tem papel de relevância neste aspecto, pois as condutas esperadas para manter o equilíbrio social são as bases moderadoras para apreciar se o comportamento do agente era passível de exigibilidade de conduta diferente da praticada (CAPEZ, 2012).

2.1.2 Excludentes da culpabilidade

Para que seja possível afirmar o agente não é culpado, se faz necessário verificar se este possui alguma das causas excludentes da culpabilidade (também chamadas causas dirimentes) previstas no Código Penal, quais sejam: erro de proibição – prevista no art. 21; coação irresistível e obediência hierárquica – presente no art. 22; e inimputabilidade – arts. 26 a 28 (BRASIL, 1940; MAGALHÃES, 2019).

2.1.2.1 Erro de proibição

Consiste em uma errada compreensão do agente sobre determinada norma legal; supondo este que uma conduta injusta seja justa, levando-o a tomar decisões incorretas como corretas. Sendo assim, é o que se denomina erro de proibição, pois se tem uma equivocada compreensão do que é o correto, justo e normal. O indivíduo acaba por interpretar erroneamente que determinado dispositivo legal e considera-se no direito de realizar um ato que, verdadeiramente, é proibido (CAPEZ, 2012).

O erro de proibição pode ser: a) direto: quando o erro cometido pelo agente incide sobre o conteúdo proibitivo da norma penal; b) indireto: quando o agente faz uma suposição errônea de uma causa de justificação; c) mandamental: é o erro que recai sobre os crimes omissivos, em que a norma penal impõe que determinada conduta seja realizada e o indivíduo não a realiza (GRECO, 2009).

2.1.2.2 Coação irresistível e obediência hierárquica

A coação pode ser definida como o emprego de força física (coação física) ou de grave ameaça (coação moral), com o intuito de que um terceiro faça ou deixe de fazer algo. Passa a ser irresistível quando a pessoa que está sob coação não tem possibilidade de resistência (CAPEZ, 2012).

Na coação física, a vontade do agente é totalmente eliminada, sendo excluída a conduta e o fato considerado atípico. Já na coação moral irresistível, o agente não será considerado culpado, mesmo havendo fato típico e ilícito, considerando-se a exclusão da exigibilidade de conduta diversa (CAPEZ, 2012).

A obediência hierárquica traduz-se como a manifesta vontade de um superior sobre um subordinado, tornando viciada a conduta deste, para que se realiza uma conduta positiva ou negativa (JESUS, 2011).

2.1.2.3 Inimputabilidade

Por sua vez, analisando a semântica da palavra inimputável, com o prefixo “in” se tem a negação do sentido da palavra, ou seja, a ausência da qualidade de ser imputável – ausência das condições necessárias para se atribuir a autoria de um fato a alguém.

Desta forma, afirmam Cunha e Diniz (2020) que o indivíduo considerado inimputável seria aquele incapaz de entender o caráter ilícito de sua conduta, ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.

Embora a legislação brasileira não defina o termo inimputabilidade, os artigos 26 a 28 do Código Penal alegam as hipóteses de isenção de pena do agente, bem como a Constituição Federal declara em seu artigo 228, que são considerados penalmente imputáveis os maiores de 18 (dezoito) anos, ficando sujeitos à legislação especial os menores (BRASIL, 1940; BRASIL, 1988).

Bitencourt (2012) versa sobre três sistemas delineadores que fixam critérios da redução da culpabilidade, ou seja, definidores da inimputabilidade: o sistema biológico, o sistema psicológico, e o sistema biopsicológico. O sistema biológico baseia-se na saúde mental, à sanidade da mente. Desta forma, se o indivíduo é acometido de uma doença mental, sendo ela grave ou não, deve ser considerado irresponsável sem precisão de indagação psicológica posterior. O sistema psicológico não investiga a sanidade mental do agente, ele declara se ao tempo da conduta criminosa, o agente tinha ou não consciência da ilicitude da ação e de determinar-se de acordo com essa consciência.

Destarte, o sistema biopsicológico traz a junção dos outros métodos, declarando que a responsabilidade só pode ser afastada se, em razão de enfermidade ou retardo mental, o agente era, no momento da ação, incapaz de entender a ilicitude da ação e de autodeterminar-se de acordo com esse entendimento (BITENCOURT, 2012).

São causas de inimputabilidade: a) em razão de anomalia psíquica (doença mental); b) em razão da idade; c) em razão da embriaguez (CUNHA, 2017).

Pode-se definir a inimputabilidade em razão de anomalia psíquica, àquela aplicada ao agente que, no momento da prática do fato delituoso, era incapaz de entender o caráter ilícito da ação ou omissão, em face do desenvolvimento incompleto ou retardado de sua capacidade mental, segundo o art. 26, CP (BRASIL, 1940).

A inimputabilidade em razão da idade está disposta no art. 27, CP, afirmando que são inimputáveis os menores de dezoito anos, sujeitos à legislação específica. Desta forma, considerou o referido código que os adolescentes e crianças que cometem atos infracionais, não são acometidos de plena capacidade para responderem por seus atos. Não os deixam impunes, pois responderão pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei 8.069, de 13 de julho de 1990), nas medidas que forem por ele determinadas.

Por fim, a embriaguez por álcool ou substância análoga se traduz na intoxicação de caráter transitório causado por estes agentes químicos. Pode ser: i) não acidental – voluntária ou culposa; ii) acidental – caso fortuito ou força maior; iii) patológica – doentia; iv) preordenada – a embriaguez se torna o meio pelo qual o indivíduo de vale para cometer o delito (CUNHA, 2017).

Destarte, quando não verificada a imputabilidade (primário elemento da culpabilidade), não há que se falar em agente culpado, e conseqüentemente, não se verifica a aferição de pena. Sendo assim, nos casos de inimputabilidade, o indivíduo que praticou o fato típico e ilícito deve ser absolvido, sendo a este aplicada medidas de segurança (JESUS, 2011).

2.1.2.3.1 Inimputabilidade por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado

Assim, definido no Código Penal, em seu art. 26:

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.

Parágrafo único. A pena pode ser reduzida de um terço 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. (BRASIL, 1940).

Percebe-se que ao denotar no artigo a expressão “por doença mental, ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado”, adotou o legislador o critério biopsicológico, de maneira que, para o agente de um fato ilícito ser considerado inimputável em razão de anomalia psíquica, esta deve comprometer a sua capacidade de entendimento ou sua autodeterminação, não tendo ciência da ilegalidade da ação ou omissão (CUNHA, 2017).

Define-se doenças mentais como aquelas que afetam a rotina do indivíduo, comprometendo sua vontade, pensamento, sentidos, relações... entre outros aspectos. Tais doenças, se associam diretamente ao sofrimento e/ou problemas relacionados a atividades sociais (PAREKH, 2018). Desta forma, o agente que sofre destas doenças necessita de ajuda, podendo ser psicoterapêutica, psiquiátrica e/ou medicamentosa.

Cumpra ressaltar que a doença mental de natureza grave, é um distúrbio mental, emocional ou comportamental, que compromete seriamente a vida do indivíduo, limitando suas atividades essenciais. São exemplos de doença mental de natureza grave: esquizofrenia, transtorno bipolar, transtorno depressivo maior. Já quando observadas de forma leve, as doenças mentais interferem de maneira limitada no cotidiano dos indivíduos, a exemplo de certas fobias (PAREKH, 2018).

O desenvolvimento mental retardado é aquele que traz danos ao intelecto do agente, de forma que seu desenvolvimento mental seja considerado atrasado; já o desenvolvimento mental incompleto se conceitua pela deficiência de maturidade psicológica para se determinar e compreender a vivência em sociedade (JESUS, 2017).

Segundo Bitencourt (2012), deve-se uma maior abrangência da redação utilizada no art. 26 do Código Penal, pois não pertence ao legislador penal a função de qualificar questões médicas ou resolvê-las, mas medir os efeitos que algum estado mental possa ter sobre os elementos que constituem a capacidade de um indivíduo ser considerado culpável penalmente.

Destarte, a doença mental abarcada na redação do artigo citado, deve abranger a todos os estados mentais que impossibilitem o entendimento do agente sobre o caráter ilícito da ação ou omissão que cometeu, ou de se autodeterminar de acordo com esse entendimento, revelando uma necessidade de tratamento adequado, não podendo o agente delituoso ser comparado com os imputáveis.

Sendo assim, uma vez que estas pessoas não podem ser punidas no sistema prisional por não entenderem o caráter ilícito da ação, a elas cabem cumprir alguma medida de segurança, pois não há condições destes inimputáveis permanecerem em celas prisionais comuns.

Desta forma, as medidas de segurança vêm para dar ao mesmo tempo um amparo assistencial e preventivo aos inimputáveis por doença mental. Uma forma do Estado não deixar que a conduta praticada passe despercebida, entendendo simultaneamente que no momento da conduta o indivíduo não tinha plena consciência de seus atos.

3 MEDIDAS DE SEGURANÇA

3.1 Conceito

As medidas de segurança são percebidas como um instrumento de preservação da norma e da saúde social, empregadas pelo Estado como respostas à transgressão da norma penal incriminadora, embora aplicada aos agentes que estão dentro do rol das excludentes de culpabilidade, sendo, portanto, aplicadas aos inimputáveis (CUNHA, 2017).

O Código Penal brasileiro, após a Reforma Penal de 1984, adotou o sistema vicariante, em que consiste na aplicação apenas da pena ou medida de segurança, não sendo possível a aplicação cumulativa de ambas, como no sistema duplo binário, anteriormente vigente. Sendo assim, nos casos em que o réu é considerado imputável, aplica-se a pena; se considerado inimputável na época da prática do fato, receberá medida de segurança (NUCCI, 2017).

Em contrapartida à pena, a medida de segurança (MS), tem como desígnio a prevenção especial, de forma que sua finalidade é prevenir que o agente volte a confrontar a Lei. Destarte, uma vez que a pena é baseada na punição de fatos passados; a medida de segurança volta-se para o futuro, objetivando atender a segurança da sociedade e, “principalmente, ao interesse da obtenção da cura daquele a quem é imposta, ou a possibilidade de um tratamento que minimize os efeitos da doença ou perturbação mental”, como mencionado no Habeas Corpus nº 113.016 (BRASIL, 2008).

Sendo assim, a medida de segurança se revela por duas faces: sendo instrumento de defesa da sociedade, por uma, e de tratamento e recuperação do agente inimputável, por outra, com finalidade preventiva e assistencial, de forma que se contenha o desvio psiquiátrico acometido ao agente, que, no momento da ação, era inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato. (STJ, HC 108517/SP, Rel. Min. Arnaldo Esteves Lima, 5ª T., DJe 20/10/2008).

Assim definidas no art. 96, do Código Penal brasileiro:

Art. 96. As medidas de segurança são:

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

Parágrafo único - Extinta a punibilidade, não se impõe medida de segurança nem subsiste a que tenha sido imposta. (BRASIL, 1940)

São duas as espécies de medidas de segurança dispostas no Art. 96 do Código Penal (BRASIL, 1940): internação em hospital de custódia ou tratamento psiquiátrico; e tratamento ambulatorial.

A primeira, diz respeito à sujeição do agente à internação em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP), também denominados de manicômios judiciais (embora se tenha evitado usar tal denominação), sujeitos à tratamento médico adequado (NUCCI, 2017). São passíveis de internação, os agentes que cometem fatos punidos com reclusão, embora muito se tenha a discutir sobre este ponto. A internação compulsória, é baseada em laudos médicos através da perícia, em que se verifica tanto a doença ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, como a periculosidade do agente, sendo esta presumida.

A segunda, por sua vez, trata-se da submissão do sujeito a acompanhamento médico externo, sem necessidade de internação, entretanto na obrigação de comparecer às consultas médicas adequadas com frequência (NUCCI, 2017). É uma forma de tratamento menos gravosa, por assim dizer; uma vez que o indivíduo será mantido em seu lar, acompanhado por sua família ou responsáveis, devendo fazer acompanhamentos apenas de maneira periódica, sem necessidade de se desvincular da sociedade.

Entendimento firmado jurisprudencialmente, é de que o tratamento ambulatorial se torne exceção, aplicado apenas nos casos de crimes punidos com detenção, observadas as condições de periculosidade do agente, sendo tal entendimento baseado no livre convencimento motivado do juiz (GRECO, 2017).

Sendo assim, mostra-se que diferentemente do sistema prisional, os locais de cumprimento das medidas de segurança devem ser aptos para oferecer o tratamento adequado ao paciente, e não a punição por seus atos. Pois revela-se que estes inimputáveis apresentam raros resquícios de violência, muitas vezes apresentados apenas em alguns surtos psicóticos. Desta forma, o ambiente deve ser de tratamento e não de punição: o que é totalmente pertinente, pois há um enorme abismo de diferença entre os que cometem crimes tendo inteira capacidade de entendimento e os que não têm esta capacidade.

Segundo Cunha (2017), para que haja a aplicação das medidas de segurança, se faz necessário a presença de alguns requisitos: a) prática de um fato previsto como

crime – entretanto, não se pode conceituá-lo como crime, uma vez que, para que este possa ser caracterizado, se faz necessário a constatação da tipicidade, ilicitude e culpabilidade, não estando os agentes considerados inimputáveis incluídos neste último pressuposto; sendo assim, usa-se a expressão contravenção penal; b) periculosidade do agente: atestada através de laudos médicos, indicando a maior ou menor inclinação do agente para o cometimento de novos delitos.

Há que se considerar, ainda, que os laudos que atestam acerca da periculosidade do agente são baseados em perícias médicas realizadas periodicamente de ano em ano, ou a qualquer tempo por determinação do juiz, segundo o art. 97, § 2º, Código Penal (BRASIL, 1940); sendo remetidas ao magistrado, com relatório instruído que lhe permita a manutenção ou revogação da medida de segurança aplicada, conforme disposto no art. 175, da Lei de Execução Penal (BRASIL, 1984).

Em relação à periculosidade do agente, se faz mister revelar a problemática da questão. Os laudos médicos são baseados no risco que o paciente possa vir oferecer para as demais pessoas. Entretanto, basear tal análise em um evento futuro e incerto traz questionamentos sobre o assunto.

Ora, em sua maioria, os doentes mentais que entram em conflito com a lei, praticam as condutas penalmente tipificadas em um momento de surto ou descontrole da doença. Posteriormente, quando devidamente tratados, não apresentam sinais de violência; ao contrário, se mostram indivíduos que se comportam como pessoas sãs (dentro de suas limitações). Desta forma, há estigmatização por parte da sociedade como um todo, que associa as doenças mentais à violência, perigo e medo. O que não pode ser um senso comum, uma vez que são raras as ocasiões de violência, e que só se dão por meio de um descontrole ou surto que não são fatores frequentes quando devidamente tratados e acompanhados por profissionais.

A duração da internação ou tratamento ambulatorial será por tempo indeterminado, persistindo enquanto não for averiguada a cessação da periculosidade do agente, com prazo mínimo de um a três anos, como previsto no art. 97, § 1º do Código Penal (BRASIL, 1940). Entretanto, muito se discute a respeito da expressão “indeterminado” existente no artigo supracitado, tendo em vista que não se admite pena de caráter perpétuo no território brasileiro (BRASIL, 1988).

Desta feita, assim dispõe a Súmula 527, do STJ:

STJ/Súmula 527: O tempo de duração da medida de segurança não deve ultrapassar o limite máximo da pena abstratamente cominada ao delito praticado. STJ. 3ª Seção. Aprovada em 13/05/2015.

Desta feita, embora não possam ultrapassar o limite máximo da pena cominada abstratamente, muitas vezes, o tratamento do indivíduo não é compatível com o tempo determinado em lei. Pois todo o acompanhamento médico necessita de uma resposta, que varia de pessoa para pessoa. Sendo assim, o caráter “indeterminado” do tempo de tratamento se revela neste sentido: de que nem sempre é possível que este se enquadre em períodos fixados em lei, devendo o paciente receber os recursos terapêuticos adequados até a sua completa estabilização.

Há que se considerar que, embora não possuam a mesma intensidade no âmbito jurídico que as penas, as medidas de segurança refletem o caráter punitivo daquelas, de modo grosseiro a se dizer. Pois, os agentes que confrontam a Lei, embora desprovidos de sua inteira capacidade intelectual no momento da ação delituosa, são postos à tratamentos de maneira coercitiva, baseada em sua periculosidade futura, de forma que se prevê ações delituosas que não se podem afirmar com clareza.

A desinternação ou liberação do agente inimputável se dará sempre de maneira condicional, com acompanhamento médico posterior durante um ano. Cumpre ressaltar que se o indivíduo volta a cometer fato indicativo de persistência de as periculosidade, a situação anterior é revertida. No que concerne ao período do tratamento ambulatorial, a qualquer momento esta pode ser alterada para internação, se este for o fim mais adequado para a cura do agente. (BRASIL, 1940).

3.2 Lei de Execução Penal e as medidas de segurança

A Lei 7.210/1984, conhecida como Lei de Execução Penal (LEP), dispõe sobre os procedimentos a serem adotados aos indivíduos que cumprem penas ou medidas de segurança, efetivando as decisões de sentença ou decisão criminal, buscando a integração social do condenado e do internado (BRASIL, 1984).

Desta forma, deixa claro em seu texto que é dever do Estado a assistência ao preso e ao internado, observando o amparo material, médico, jurídico, educacional, social e religioso, voltando-se para a possibilidade de reinserção destes indivíduos na sociedade (BRASIL, 1984).

Há nos artigos 99 a 101, da Lei 7.210/1984 (BRASIL, 1984), disposições de como devem ser os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, destinados aos inimputáveis e semi-imputáveis: o paciente deve ser internado em cela individual, com lavatório, dormitório e aparelho sanitário. A área mínima da cela deve ser de 6,00m² (seis metros quadrados), com salubridade que acarrete condicionamento térmico adequado, com ventilação e que nela adentre luz solar.

Destarte, a LEP (BRASIL, 1984), expõe os procedimentos a serem seguidos para aplicação das medidas de segurança. Inicialmente se faz necessário que após a sentença transitada em julgado, seja ordenada a expedição de guia para a execução, que após expedida, deverá ser rubricada em todas as folhas pelo escrivão e subscrita com o Juiz, sendo remetida à autoridade administrativa competente.

A guia de internamento ou de tratamento ambulatorial deve conter: i) qualificação do agente e o número de identificação do órgão oficial; ii) inteiro teor da denúncia e da sentença e a certidão do trânsito em julgado; iii) data em que cessará o prazo mínimo de internação ou tratamento ambulatorial; iv) demais peças consideradas indispensáveis ao tratamento adequado do paciente. O Ministério Público deve ser cientificado da guia de recolhimento. Assim, caso haja alterações sobre o prazo de execução, a guia será retificada (BRASIL, 1984).

Desta forma, dispõe a Lei de Execução Penal que a cessação de periculosidade será averiguada ao fim do prazo mínimo de duração da medida de segurança, através de exame das condições pessoais do agente, instruído com laudo psiquiátrico. Pode o Juiz ordenar que sejam realizados exames para verificação de cessação de periculosidade em qualquer tempo (BRASIL, 1984).

Notório se faz destacar que a permanência do paciente como interno ou em tratamento ambulatorial, se baseia em seu exame de periculosidade, realizado através de laudo psiquiátrico que tem o caráter de atestar se o paciente ainda é perigoso para a sociedade.

Entretanto, muito se vem discutindo a respeito do assunto. As rodas de debate que tem por objetivo a Luta Antimanicomial, bem como a melhoria dos tratamentos aplicados aos indivíduos portadores de doenças mentais que entram em conflito com a Lei, pressupõem a necessidade de um olhar mais atento para tal atestado. Ora, se quando o agente cometeu o fato delituoso, ele não tinha capacidade de entender o caráter ilícito da ação, tal fato se deu em um momento que não significa, necessariamente, que esta condição de perigo se perpetuará no tempo, pois o

tratamento já tem por objetivo a reinserção no meio social como meio de controle para que a periculosidade não seja requisito primário para lhe manter interno.

Os laudos de periculosidade são, portanto, baseados em uma condição futura do agente, vindos a atestar a possibilidade remota do paciente ser ou não um risco para a sociedade. Pois bem, se este indivíduo cometeu um fato delituoso em um lapso temporal em que não era capaz de entender a realidade ao seu redor, não pode-se afirmar com clareza que este venha a cometer novos delitos de forma empírica, visto que o paciente está em um tratamento que tem por finalidade a as reinserção social.

Destarte, se faz necessário uma análise metódica sobre a periculosidade que o paciente possa a vir apresentar. Muitas vezes, essa periculosidade não existe, apenas se deu em um momento ocasionado por uma série de fatores que transtornaram a mente do indivíduo naquele momento, seja por gravidade de sua doença ou descontrole mental, que através de tratamentos adequados pode o indivíduo não vir mais a ter tais súbitos.

Desta feita, as medidas de segurança devem ser aplicadas com base nas diretrizes elencadas nas legislações propícias, de maneira que haja o respeito à integridade física e mental do paciente, tendo como base a resistência em oferecer tratamentos tão degradantes como os outrora aplicados, como posteriormente visto no capítulo seguinte.

4 LUTA ANTIMANICOMIAL

4.1 Aspectos históricos dos hospitais psiquiátricos

Ao longo do tempo, os hospitais psiquiátricos receberam diversas denominações, como asilos, hospícios e manicômios. Independente de como eram chamados, tinham a intenção de esconder o que a sociedade não gostava de ver: pessoas que sofriam de doenças mentais, alcoólatras, prostitutas, desempregados, criminosos... era uma forma de enclausurar o que incomodava, escondendo a miséria e desordem econômica que se assolava na época (EDUCAÇÃO, 2020).

Segundo Botelho (2018), a palavra manicômio encontra sua origem na Grécia, em que *mania* tinha o significado de loucura, enquanto *Komêi* significava cura. Desta forma, era o local em que se deviam estar pessoas diagnosticadas com doenças da mente.

Na Idade Clássica havia um costume muito presente, em que os loucos eram colocados para fora dos muros das cidades, deixados para correr por longos e distantes campos, quando não eram entregues à marcadores peregrinos (FOUCALT, 1978, apud AMARANTE, 1998. p. 25). Já na Idade Média, a loucura através da percepção social, era entendida como uma pura alteridade, o estado mais verdadeiro, integral e originário do homem (AMARANTE, 1998).

Nestes períodos, os considerados loucos gozavam de uma certa extraterritorialidade, eram pessoas que não condiziam com a realidade vivenciada. O assunto era de natureza privada: não se tinha o conhecimento vasto que hoje tanto se discute. As famílias que detinham posse, asseguravam o seu familiar louco em casa, aos cuidados de uma pessoa que o cuidasse e o vigiasse. Aos pobres, sobravam-lhes a vagância pelos campos, cidades e mercados, ou eram vendidos aos camponeses para que trabalhassem nas lavouras (RESENDE, 2001).

Botelho (2018), afirma que na Idade Média, os que eram apontados como loucos, eram abrigados nas Santas Casas de Misericórdia, juntamente aos abandonados socialmente, e recebiam um mínimo conforto, condições apenas suficientes para suas subsistências. Estes indivíduos sofriam as repressões impostas pela Igreja Católica, e trabalhavam como forma de suprir a ociosidade em que viviam, além de receberem educação religiosa e moral; ficavam internos em porções dessas Santas Casas, submetidos a torturas e outras formas de punição.

As torturas eram formas de punição muito comuns. Já existia em 1496, uma lei na Inglaterra que os vagabundos e ociosos deviam ser postos em troncos, por três dias e três noites; quando reincidentes, deveriam ser chicoteados e ter um colar de ferro afixado ao pescoço, bem como poderiam ser marcados com ferro em brasa, ou mortos. Sendo assim, o tratamento dentro das Santas Casas não era distinto. Os loucos (criminosos ou não) eram submetidos, juntamente aos apartados da sociedade, a tratamentos (entendidos como médicos) degradantes, em que consideravam que os estados de humores dos pacientes deveriam ser equilibrados, livrando-os dos maus humores a partir do sangramento de seus corpos, que muitas vezes levava-os ao desmaio, ou eram purgados para que de seus intestinos não saíssem nada além de água; além de outros métodos extremamente torturantes (RESENDE, 2001).

Dentre os tratamentos aplicados, existiam métodos que se sucediam de acordo com o entendimento da época: i) as convulsoterapias – em que se induzia convulsões nos pacientes, através da inalação de cânfora, da inoculação dos parasitas da malária, choque insulínico e até choque elétrico; ii) eletroconvulsoterapias – em que se introduzia uma corrente elétrica no cérebro do paciente; iii) lobotomia – técnica cirúrgica que destuía a substância branca dos lobos temporais do cérebro, provocando alterações na personalidade do indivíduo; iv) psicofarmacologia – técnica recente em que se faz o uso de medicamentos para tratar as doenças mentais (BRASIL, 2007).

Somente a partir do século XVIII, com os ideais do Iluminismo, começou-se a modificar o tratamento aplicado aos doentes mentais. A partir de uma série de denúncias contra as internações e os métodos aplicados, o movimento da reforma psiquiátrica teve início, passando a separar os loucos de seus colegas de infortúnio, e dando-os o tratamento psiquiátrico adequado. Neste movimento, tiveram grandes nomes como Pinel (França), Tuke (Inglaterra), Chiaruggi (Itália), entre outros (RESENDE, 2001).

Surge, então, no final do século XVIII, a figura do médico clínico, que baseado na expressão pineliana (seguindo os conceitos de Philippe Pinel, 1745-1826), considera a doença mental como problema de ordem moral, consistindo da mesma forma o tratamento que aplicava: isolava o doente a fim de observá-lo, verificar seus sintomas e executar regulamentos de polícia interna. Desta forma, conseguia organizar o espaço asilar e libertar as vítimas, denunciando os suspeitos. (AMARANTE, 1998).

Embora tenha sido sancionado em 1841 por D. Pedro II, o decreto para criação do primeiro hospício brasileiro, este só veio a ser inaugurado em 1852, carregando o nome de Hospício de Pedro II, conhecido popularmente como Palácio dos Loucos, sendo internos os doentes mentais (que cometiam crimes ou não), e os desafortunados que eram marginalizados na sociedade. Cumpre ressaltar que até 1890, o Hospício era anexado à Santa Casa da Misericórdia (BRASIL, 2007).

Sabe-se que um dos primeiros manicômios judiciais existentes surgiu na Inglaterra, em 1863: a prisão especial de Broadmoor - era um hospital voltado para tratamento de pessoas diagnosticadas com algum transtorno ou doença mental grave e que entraram em conflito com a lei (CARRARA, 2010).

Botelho (2018), declara que os manicômios judiciários surgiram a partir da união de dois institutos presentes – a prisão e o manicômio, que tinham por finalidade reprimir e punir os agentes que cometiam faltas graves, ferindo a sociedade, desobedecendo as normas penais.

No Brasil, com a vigência do Código Penal de 1890, os agentes delituosos que eram passíveis de algum sofrimento mental, eram denominados de criminosos loucos, e por isso, deveriam ser entregues às suas famílias, ou internados em hospícios nos casos mais graves, por serem penalmente irresponsáveis, sendo papel do juiz a decisão do local (CARRARA, 2010).

Acontece que, entre 1890 e 1894 houve uma superlotação do hospício da época, chegando a ter 3.201 pacientes, quando só tinha capacidade para 350. Assim, se disseminou uma quantidade considerável de críticas sobre o modelo assistencial e o cotidiano dentro do hospício. Essas críticas se revelavam através de publicações em jornais e revistas, crônicas, caricaturas, poesias, entre outros. O aumento da quantidade de pacientes teve muitas implicações, dentre elas a deterioração das estruturas, deixando-as precárias, iniciando o modelo de local tão devasso que se remete quando se fala em hospícios (BRASIL, 2007).

Entretanto, só a partir de 1903, com o Decreto nº 1.132/1903, se teve uma reorganização da estrutura de assistência a esses pacientes, chamados de “Alienados”. Desta forma, ficou definido que aqueles que por doença mental perturbassem a ordem pública, deveriam ser recolhidos a um estabelecimento apropriado; caso o Estado não detivesse um Manicômio Judicial, o paciente deveria ficar em ala especial dentro dos asilos públicos, havendo expressa proibição de mantimento destas pessoas em cadeias públicas ou entre criminosos, bem como a

instauração de ação penal nos casos de violência e atentado ao pudor praticados contra os internos (BRASIL, 1903).

Entretanto, somente em 1921, com a promulgação do Decreto nº 14.831/1921, foi inaugurado o primeiro manicômio judiciário do Brasil, localizado no Rio de Janeiro, denominado Manicômio Judiciário Heitor Carrilho, passando a ser chamado, posteriormente após as reformas da legislação penal brasileira, Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Heitor Carrilho. Desta forma, encontrava-se expresso no texto do decreto a quem se destinava essa instituição: a) Aos condenados recolhidos em prisões que apresentassem sintomas de loucura; b) Aos acusados que, pelo mesmo motivo, se encontrassem submetidos a tratamento ou atenção especial; c) Aos delinquentes considerados irresponsáveis por não ter completo entendimento mental (BRASIL, 1921).

Por muito tempo, essas instituições passaram a ser temidas, por serem locais de abandono à própria sorte. As pessoas que lá eram internadas não tinham a sua dignidade preservada, apenas eram segregados da sociedade como maneira de mantê-la segura. Entretanto, não se buscava o correto tratamento psiquiátrico dos internos, apenas aplicava-se a medicina arcaica, que detinha a mentalidade de que, os que ali adentravam, jamais estariam aptos para o retorno ao convívio social.

Destarte, a partir do conhecimento do que se passava dentro dessas instituições, iniciou-se, em meados da década de 1970, o movimento das reformas psiquiátricas (motivado pelas comuns denúncias de maus tratos e abandono), em que se buscava o reconhecimento da cidadania do louco e a elaboração de propostas que modificassem o tratamento aplicado, de forma a incluir a diversificação dos saberes e das práticas adotadas (FONTELLES; SILVA, 2019).

Segundo Souza (2019), a década de 1990 trouxe pontos positivos para a Reforma Psiquiátrica no Brasil, seguindo amplamente a necessidade de mudanças no tratamento aplicado dentro dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (manicômios). Se instaurou uma nova mentalidade na esfera psiquiátrica, a permanência das reformas das diretrizes das políticas públicas, o saldo positivo das experiências renovadoras nas regiões do Brasil, e, principalmente, a notória mudança da visão sobre a loucura, buscando um espaço social para aqueles que eram temidos e segregados.

4.2 Lei 10.216/2001 – Lei Antimanicomial

As reformas psiquiátricas no Brasil tiveram vasta influência para o modelo que se busca seguir para tratamento dos doentes mentais. Desde a denominação que estes carregam, até o tratamento ou possibilidade de retorno ao convívio social. Foram necessários persistentes debates, reformulações de pensamentos e considerações de críticas para se chegar a uma lei que fosse de encontro com o modelo manicomial, por tantos anos, adotado.

As denúncias sobre os tratamentos adotados, as condições insalubres à que os pacientes eram submetidos, a necessidade de um olhar mais humano e a crescente população que se formava no Brasil, foram aspectos que contribuíram para o início das reformas psiquiátricas brasileiras. Os doentes mentais não eram mais só “problema” do Estado, mas da sociedade como um todo; carentes de cuidados médicos adequados; sendo vistos como humanos, não como seres merecedores de enclausuramento e torturas.

Muitos debates foram necessários, dentre eles sobre a necessidade de se lançar um olhar científico, com bases sólidas no tratamento destes pacientes, pois já não se podia nortear-se por uma medicina arcaica, baseada em experiências empíricas. Era necessário algo mais consistente, pois o olhar em torno destes indivíduos se tornara diferente: eram humanos com problemas de natureza médica hospitalar (RESENDE, 2001).

Após 12 anos de tramitação, no ano de 2001, foi promulgada a Lei 10.216/2001 – Lei Antimanicomial, que “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (BRASIL, 2001). Considerada um grande marco para o Direito e para a Psiquiatria, após longos anos de debates e insistências nas reformas dos modelos adotados dentro dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP).

Importante se faz destacar que já no 1º artigo da referida Lei, há a expressa vedação a qualquer discriminação, inclusive no que se refere ao grau de evolução do transtorno mental a que o paciente é acometido, sendo claramente uma evolução, considerando o louco um sujeito de direitos. Há, portanto, um respeito ao paciente, garantindo o melhor, humanizado e respeitoso tratamento do sistema de saúde, a proteção contra abusos e exploração; a garantia do sigilo das informações; ter assistência médica presente; garantia do livre acesso aos meios de comunicação; o

direito de ser informado e de conhecer a doença a que é acometido; e de ser tratado, preferencialmente, em centros comunitários (BRASIL, 2001).

Há no art. 2º da Lei 10.216/2001, um rol de direitos aos quais os portadores de doenças mentais são assistidos, bem como o claro dever de cientificar tais direitos aos familiares dos pacientes, de forma que se estabeleça uma maior segurança das relações que se firmam entre a instituição, o paciente e a família (BRASIL, 2001).

Pode-se elencar dentre os direitos do paciente: o tratamento humanitário e respeitoso, que seja consentâneo com as suas necessidades; a inserção no seio familiar, no trabalho e na comunidade como formas prioritárias de recuperação; a proteção contra abuso e exploração; ter suas informações cobertas de sigilo; ser assistido de presença médica, que esclareça suas dúvidas e lhe preste a maior quantidade de informações a respeito do seu tratamento e de sua doença; ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis e ser tratado em ambiente terapêutico, preferencialmente em serviços comunitários de saúde, por meios menos invasivos quanto forem possíveis (BRASIL, 2001).

Desta forma, a internação só é aplicada em último caso, quando os serviços extra-hospitalares em serviços comunitários de saúde se mostrarem insuficientes; cumpre ressaltar que todo o tratamento feito tem por finalidade a reinserção social do paciente em seu meio. Além de que a referida Lei deixa claro que deve ser incluído na internação os serviços de assistência social, psicológicos, de lazer, ocupacionais... além dos serviços médicos, para que o paciente seja assistido de maneira integral, tendo todos os direitos assegurados, vedando-se a internação em instituições com características asilares (BRASIL, 2001).

É previsto, nos artigos 99 a 101, da Lei 7.210/1984, as disposições referentes aos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, destinados aos inimputáveis e semi-imputáveis. Desta forma, dispõe que o paciente deve permanecer em cela individual, em que conterà lavatório, aparelho sanitário e dormitório. O ambiente deve ter uma área mínima de 6,00m² (seis metros quadrados), ser salubre com condicionamento térmico adequado, que penetre a luz do sol e seja aerado (BRASIL, 1984).

A Lei 10.216/2001 ainda dispõe sobre os pacientes que estão há muito tempo hospitalizados, ou os quais se caracterize situação de grave dependência institucional, por seu quadro clínico ou falta de suporte social; instituindo que deve-se estabelecer política específica de alta planejada, e assistência psicossocial, sob responsabilidade

de autoridade sanitária e supervisão de instância definida pelo Poder Executivo, assegurando a continuidade do tratamento destes pacientes (BRASIL, 2021).

A internação, somente realizada mediante laudo médico que fundamente os motivos, pode ser considerada de três tipos: i) voluntária – na qual o usuário consente; ii) involuntária – o usuário não consente, é feita mediante pedido de terceiro, devendo ser comunicada tanto a internação quanto a alta ao Ministério Público Estadual no prazo de setenta e duas horas; iii) compulsória – determinada pela Justiça, devendo o juiz competente verificar as condições do local, sua respectiva segurança considerando a salvaguarda do paciente, dos demais internos e dos funcionários da instituição (BRASIL, 2001).

Além do acompanhamento regular da situação do paciente pela família, a Lei Antimanicomial ainda afirma que nos casos de transferência, evasão, acidente, falecimento ou intercorrência clínica grave, serão comunicados pela direção da instituição de saúde mental aos responsáveis legais ou familiares dos pacientes, e à autoridade sanitária responsável, no prazo de vinte e quatro horas (BRASIL, 2001).

Importante ressaltar que as pesquisas científicas que tenham por finalidade diagnósticos ou terapias não poderão ser realizadas sem que o paciente ou seu representante legal consinta de forma expressa, devendo haver a comunicação de tais procedimentos ao Conselho Nacional de Saúde e aos conselhos profissionais competentes (BRASIL, 2001). Sendo esta uma forma de regulamentar o que outrora foi tão comum: a prática de experiências científicas em pacientes. Destarte, com os devidos cuidados, comunicação aos conselhos e autorizações expressas, não se faz mais uma pesquisa arcaica, baseada em experiências empíricas. O que se busca é aprimorar o tratamento destes internos de forma científica, embasada, que demonstre eficácia e a busca por um tratamento mais confortável e humano para o paciente.

Percebe-se, pois, o novo dimensionamento que a Lei 10.216/2001 buscou implementar ao tratamento de pessoas que são portadoras de doenças mentais, inclusive àquelas que entram em conflito com a Lei: há que se ter um olhar mais humano, enxergando tais pessoas como sujeitos de direitos e deveres, mas que necessitam de ajuda, sendo de responsabilidade do Estado e de toda a comunidade assegurar a dignidade e amplificar as possibilidades de inserção no seio social.

Sendo assim, a Lei Antimanicomial busca dar uma nova visão ao tratamento aplicado aos portadores de doença mental, voltando-os para uma reinserção social, aplicando métodos diversificados nas mais diversas áreas: do lazer, do conhecimento,

médica, física, entre outras. Adotando a internação como última instância, devendo, prioritariamente, o paciente ser tratado em centros comunitários, sendo responsabilidade do Estado e da família assegurar os seus direitos.

4.3 Recomendações do CNJ

O Conselho Nacional de Justiça – CNJ, é uma instituição que busca o melhoramento do trabalho do sistema judiciário brasileiro, de forma a manter a transparência e o controle administrativo e processual. Com a missão de promover a unidade e efetividade do Poder Judiciário através de políticas voltadas para os valores de justiça e paz social (JUSTIÇA, 2020).

Sendo assim, no que concerne ao tratamento aplicado às pessoas vítimas de sofrimento mental que entram em conflito com a Lei, dois Atos do CNJ se fazem pertinentes como norteadoras das práticas a serem adotadas pelo sistema judiciário: a Resolução nº113/2010 e a Recomendação nº 35/2011.

A Resolução nº 113/2010 dispõe sobre o procedimento a ser adotado para a execução da medida de segurança, em consonância com a Lei 7.210/1984 (Lei de Execução Penal) e a Lei 10.216/2001 (Lei Antimanicomial). Implica a referida Resolução que deve ser elaborada a peças detalhadas sobre o agente delituoso, bem como a expedição de duas vias da guia de internação ou do tratamento ambulatorial; expressando que, sempre que possível, deverá o juiz competente implantar políticas antimanicomiais (BRASIL, 2010).

Tal Resolução conta, ainda, em seu anexo (incluído pela Resolução nº 251, de 4 de setembro de 2018), os elementos que devem constar na guia de internação do paciente. Dentre eles, pode-se citar: 1) a qualificação da pessoa; 2) o número único da guia de internação, gerado automaticamente; 3) número do processo ou procedimento; 4) tipo de guia – definitiva ou provisória; 5) data da expedição do documento; 6) a designação do órgão judiciário em que foi expedido o documento; 7) o local, o Estado e Município da custódia do internado; 8) tipificação penal; 9) dados da medida de segurança; 10) local de cumprimento, condições impostas, nome do curador; 11) data de emissão do laudo médico, constando o número do CRM do médico que emitiu o laudo; 12) nome do defensor; dentre outros requisitos (BRASIL, 2018).

A Recomendação nº 35/2011, por sua vez, “dispõe sobre as diretrizes a serem adotadas aos pacientes judiciários e a execução da medida de segurança”; adotando medidas que compatibilizem com as diretrizes antimanicomiais, de maneira que os agentes sujeitos às medidas de segurança sejam tratados com respeito aos seus direitos fundamentais e sociais, por profissionais capacitados e interdisciplinares, que os auxiliem através do diálogo e do acompanhamento (BRASIL, 2011).

Desta forma, dispõe a referida Recomendação que sejam adotadas as diretrizes de mobilização dos mais diversos segmentos sociais, em que haja o compartilhamento de responsabilidades com métodos humanizadores, ensejando parcerias com a sociedade civil e políticas públicas existentes, criação de núcleo interdisciplinar com o intuito de auxiliar o magistrado nos casos que envolvam pessoas em sofrimento mental; bem como adoção de medidas adequadas à ação cometida pelo agente, de modo que suas singularidades sociais e biológicas sejam respeitadas (BRASIL, 2011).

A referida Recomendação dispõe, ainda, de incentivo à política de reinserção do paciente ao meio social, e de mantimento do contato deste com a rede pública de saúde com vistas a instituição de um projeto de integral atenção à essas pessoas; devendo a internação, quando necessária, ser acompanhada de programa especializado de atenção à estes pacientes (BRASIL, 2011).

A interdisciplinaridade ganha destaque, uma vez que é recomendado a criação de um núcleo para auxiliar o juiz quando este se deparar com casos de agentes que estão em sofrimento mental. Ora, é a humanização do tratamento aplicado – é a nova perspectiva que vai além da aplicação da letra da lei, mas faz o Magistrado entender as causas e consequências do sofrimento a que o agente é acometido.

Destarte, tais disposições dadas pelo Conselho Nacional de Justiça, visam o melhor tratamento do paciente, dispondo sempre que a finalidade está na reinserção deste no seio social (quando necessária internação), ou mantimento deste em sociedade (quando sujeito à tratamento ambulatorial). Portanto, a responsabilidade não recais somente sobre o Estado, mas sobre a comunidade como um todo – quando se busca o estabelecimento de parcerias e diálogos sobre o assunto, de forma que a questão não seja vista apenas no âmbito jurídico ou médico, mas no âmbito social também.

Desta feita, as atrocidades que persistiram em todo o mundo e que cominaram na Reforma Psiquiátrica, também se fizeram presentes na Paraíba e em muitos

estados brasileiros, desemborcando na Luta Antimanicomial na Paraíba, enfrentando os problemas que particularmente eram encontrados no estado.

5 LUTA ANTIMANICOMIAL NA PARAÍBA

5.1 Evolução histórica dos asilos na Paraíba

Em meados do século XIX, foi criada a Santa Casa de Misericórdia da Parahyba, responsável pela administração do Hospital Santa Isabel e do Asilo Santa Ana (este com a finalidade de abrigar pessoas que sofriam de doenças mentais, denominados na época de “alienados”). Era uma instituição responsável pelo atendimento nos diversos setores caridosos da província: atendimento médico, pedido de esmolas para presos, acolhimento de órfãos, serviço de funeral e enterros dos habitantes (ALVES, 2018).

Assim, o atendimento médico realizado pela Santa Casa da Misericórdia era dividido em diferentes setores: havia o atendimento às mais diversas enfermidades que acometiam homens, mulheres, idosos, crianças e os doentes mentais, que eram separados dos demais pacientes em cômodos privados dentro do Hospital. O atendimento era realizado de acordo com a classe social dos pacientes, existindo distinção entre os valores pagos à instituição. Os militares tinham um espaço reservado para si, permanência que era paga pelos soldos que recebiam; além do atendimento às pessoas que eram acolhidas nas ruas ou deixadas na instituição (ALVES, 2018).

Os indivíduos que sofriam de algum transtorno mental chegavam ao Hospital, rotineiramente, trazidos por funcionários da Delegacia de Polícia da Parahyba, por terem perturbado a ordem moral da sociedade, na época, cometendo algum tipo de delito em suas cidades de origem; ou advindos de suas próprias famílias, que os deixavam na instituição por não poderem meios para mantê-los em casa (ALVES, 2018).

Neste período, já se disseminava a necessidade de higienização das cidades, advinda do pensamento higienista que já era disseminado na Europa, uma vez que a população paraibana era crescente, e com pessoas advindas dos interiores para a capital, aumentava-se o número de epidemias como a febre amarela, a varíola e a cólera que assolavam a população (ALMEIDA, 2018).

Com a disseminação de doenças, a epidemia de cólera e disseminação da sífilis na população, iniciou-se uma grande preocupação a respeito da higiene na época. Oliveira (2015) retrata que o lixo era jogado nas ruas, que por terem muito

buracos, tornavam-se fontes de atoleiros; as fontes que a cidade possuía servia como locais de banho, de lavagem de roupa e fonte de água para animais; os banheiros eram as ruas da cidade, em que os dejetos eram lançados nos quintais, ou perto de fossas; o matadouro público que fazia parte do centro da cidade, era um local de grande proliferação de doenças, assim considerado pelas autoridades sanitárias da época. Desta forma, houve uma grande preocupação para sanar tais males na sociedade.

Essa preocupação se deu após a visita do Imperador Dom Pedro II à Paraíba, em dezembro de 1859. Relatórios da época demonstram que as autoridades contavam com grande insatisfação no que se referia à situação sanitária e urbanística da cidade, bem como as condutas dos habitantes. Nesse sentido, o Estado precisava se fazer presente, como forma de controle da população (OLIVEIRA, 2015).

Desta Forma, algumas doenças, mesmo tendo caráter de baixa mortalidade, conseguiam atingir fatalmente boa parte dos indigentes que perambulavam pelas ruas, principalmente os retirantes, que vítimas da fome e da seca, chegavam às ruas da capital em estados deploráveis, mendigando e carentes de saúde. Assim, as autoridades da época começaram a tomar medidas emergenciais para tentar conter as doenças que se disseminavam ali (ALVES, 2018).

As ruas foram limpas, hospitais de caráter emergencial foram abertos, distribuição de comida para os indigentes, foram exemplos e medidas realizadas na época como forma de reestruturação da saúde pública. Um dos hospitais emergenciais, foi o Hospital da Cruz do Peixe, que nessa época atendia, principalmente, as pessoas que sofriam de varíola (doença que na época se disseminava na Paraíba, fazendo inúmeras vítimas fatais); desta forma era conhecido como Hospital dos Variolosos (ALVES, 2018).

Entretanto, continuavam os doentes mentais como vítimas da sociedade. Eram abrigados nas Casas de Misericórdia, juntamente com criminosos, mendigos e enfermos (BRITO, 2016).

Só em 1890 foi que o estado da Paraíba criou um asilo de alienados. Era então Governador o Dr. Venâncio Neiva. Logo após foi entregue à administração da Santa Casa de Misericórdia. Como sucede sempre que o Estado pretende livrar-se da obrigação de manter a assistência a alienados, na Paraíba o asilo do Hospital Santa Anna é mero depósito de insanos, não é casa de tratamento para tais doentes. O atual governador, um dos representantes da nação que aprovaram a nova lei de assistência, por certo

vai dotar aquele Estado de um serviço digno dele (MOREIRA, 1905, apud BRITO, 2016, p. 78).

Porém, a superlotação na Santa Casa de Misericórdia já era algo que preocupava a todos. Não se detinha de especialidades médicas psiquiátricas que condissessem com a realidade da época. Muitas vezes, era necessário enclausurar os pacientes mentais em quartos gradeados, e algemá-los, pois, é retratado em relatos da época que estes indivíduos eram causas de desordem, e que se medidas não fossem assumidas pelas Autoridades, os meios de trata-los iriam ficar ainda mais violentos (ALVES, 2018).

Em 1892, por meio da lei estadual nº 5, de 12 de dezembro, promulgada pelo então governador do Estado da Paraíba Álvaro Lopes Machado, foi criada uma ala separada para os internos que sofriam de loucura, enviados para uma enfermaria do Hospital Cruz do Peixe, denominado Asilo Santa Ana (BRITO, 2016).

Os pedidos de internação chegavam constantemente, maioria advindos da capital e do interior (como Campina Grande, Mamanguape, Ingá, Cuité, segundo relatos). Nos casos de agressão ou outros delitos, os alienados (assim chamados na época), comumente passavam um tempo nas prisões locais antes de seguirem para a internação, tendo contato com outros criminosos, e sem tratamento (JUNQUEIRA, 2016)

Somente por força da Lei de Assistência (Decreto nº 1.132 de 22 de dezembro de 1903), foi instituída a reorganização do tratamento e assistência prestados aos doentes mentais no Brasil. Foi a primeira lei que passou a considerar estas pessoas como sujeitos de direitos, não como objetos de depósitos em instituições de caridade (BRITO, 2016).

Entretanto, a permanência dos doentes mentais no Hospital Cruz do Peixe durou pouco tempo. Pois, além da insuficiência financeira que sofria a instituição, houve várias denúncias de maus tratos pelos quais sofriam estes pacientes. Muitas destas denúncias eram advindas dos retirantes, que para lá também eram mandados, e observavam os abusos físicos e psicológicos que estes pacientes sofriam, por serem considerados como imorais, sujeitos estranhos à humanidade. Assim, a instituição servia para atender dois males sociais da Santa Casa da Misericórdia: os loucos e os retirantes que eram encontrados aos montes pelas ruas; afastando assim do centro da capital o que a sociedade não queria ver (JUNQUEIRA, 2016).

A situação de abandono era tamanha, que relatos da época afirmam que os pacientes se encontravam em situação degradante: um amontoado de corpos esqueléticos, sujeitos às condições do tempo, fedorentos, doentes, famintos a ponto de disputarem os restos de comida entregues aos cães, disputando locais com doentes contagiosos, em que entre vivos e os que davam o último suspiro, não se fazia distinção (ALVES, 2018).

Esqueléticos, outros inchados, cobertos de asquerosos trapos e muitos completamente nus. Sobre toda esta sórdida exposição de desgraças, fervilha[va] um mosqueiro impiedoso alimentando-se na imundície d'aquela ajuntamento de seres, que parec[ia] estar abandonado pela compaixão dos homens. (Jornal Gazeta da Parahyba, 1889 apud JUNQUEIRA, 2016, p. 87).

O pavilhão, que mais tarde seria chamado de Asilo Santa Ana, continha cerca de trinta metros quadrados de área coberta, com doze celas sem ventilação, escuras e engradeadas, das quais era possível escutar por longa distância, os gritos que ecoavam de seu interior. A comunicação entre o interno e o enfermeiro, bem como a entrega das refeições era feita através das grades. Em cada cela existia um orifício da fossa no piso, de onde se exalavam odores terríveis. Os visitantes que lançavam olhares curiosos e se aproximavam das grades, careciam de cuidados, pois não era anormal que os internos jogassem restos de comidas e bolos fecais nos curiosos (ALVES, 2018).

Sobre incompatível com os fins próprios e especiaes d'esta Instituição, a admissão de doentes d'esta espécie repugna aos dictames da sciencia e demonstraões positivas da experiência reduzem muitas e já em si e para seu fim exíguas proporções do Hospital, ao mesmo tempo em que n'elle é impossível um tratamento regular da doença [...] com gritos, arruídos e scenas pouco-edificantes, sobre-saltam, e incommodam, de dia e denoute, doentes outros de toda a idade, cegos e condições, moradores e transeuntes, tornando-se merecedores de um regimem de polícia que este estabelecimento não esta[va] no cazo de dispensar-lhes. (NOVAES, 1980 apud JUNQUEIRA, 2016, p. 22).

Os doentes mentais passaram então, a serem alvos de inúmeras críticas e objetos de preocupação médica. À altura do século XX, já era comum no Brasil os estudos sobre os doentes mentais, infundindo pelos grandes doutrinadores da Psiquiatria, a necessidade do aprimoramento de métodos científicos adequados, bem como a separação dentro dos asilos dos loucos que cometiam crimes dos demais.

Ampliando a observação e adequação de procedimentos adequados para cada problema (BRITO, 2016).

Somente em 1928, no dia 23 de junho, foi inaugurado o Hospital-Colônia Juliano Moreira, que carregava o nome de um grande médico psiquiatra brasileiro, considerado fundador da disciplina de psiquiatria e psicanálise no Brasil por promover avanços nestas áreas. Dentro do Hospital havia a separação daqueles que eram considerados normais dos anormais, que culminou mais tarde com a criação do Manicômio Judiciário da Paraíba dentro da mesma instituição. Desta forma a loucura agora tinha um espaço reservado para si, sob a nova perspectiva médica que o assunto carregava (BRITO, 2016).

5.2 Complexo Judiciário Juliano Moreira

No início da década de 1990, por desvalorização dos produtos locais e pela seca que assolava o estado naquela época, a Paraíba vivia uma grande crise econômica, aliada à má administração política, que concedia privilégio a poucos. Com isso, houve o afloramento do banditismo no interior do estado, contribuindo bastante para a carência de segurança pública. Assim, o debate sobre a situação do sítio Cruz do Peixe que se fazia tão fervoroso na época, foi perdendo espaço para questões políticas. Somente com a criação da lei estadual nº 426, de 8 de novembro de 1915, houve a autorização legislativa para a criação do “Asylo de Alienados”. Entretanto, por trâmites burocráticos, tal criação só se materializou em 1928 com a criação do Hospital-Colônia Juliano Moreira (JUNQUEIRA, 2016).

Carregava o Hospital o nome de um precursor da psiquiatria no Brasil: Juliano Moreira (1873-1933). Baiano, de família pobre, buscou estudar sobre as doenças mentais, visitando asilos do Brasil e da Europa. Defendia que a profilaxia, e a promoção da higiene mental eram bases necessárias para o papel da psiquiatria, criando assim modelos de intervenção copiados em todo o Brasil (ODA; DALGALARRONDO, 2000).

Segundo Junqueira (2016), quando inaugurado, tinha capacidade para cem pacientes: cinquenta do sexo feminino e cinquenta do sexo masculino, recebendo pacientes tidos como loucos de todo o gênero, sem distinção entre os que cometiam crimes e os passivos. Tinha como ideal, o tratamento baseado na liberdade dos pacientes, de forma que o modelo de prisão com grades e algemas seria totalmente

abolido... o que não aconteceu nos anos seguintes. Os loucos agitados, assim chamados os pacientes mais agressivos, eram colocados em jaulas, como forma de contenção, além de receberem doses altas de medicamentos, chamadas à época de camisa de força química.

Segundo Brito (2016), combater o banditismo e outras formas de imoralidades dentro da sociedade era uma preocupação crescente. Imaginava-se que os vícios (principalmente provenientes do álcool), deveriam ser exterminados da sociedade. Era necessário, pois, reduzir por meio do combate ao álcool e à sífilis o número de criminosos e doentes mentais, para garantir o futuro moral da sociedade. Assim, as pessoas que estavam em sofrimento mental (muitas vezes acusados de serem vítimas provenientes do abuso do álcool ou da doença sífilis), deveriam ser afastadas.

Passou-se então a cobrar da Justiça o seu posicionamento. Ora, os criminosos eram pautas de segurança pública, mas aqueles que também sofriam de algum transtorno mental deveriam receber tratamento médico. É neste contexto que se iniciam as ligações entre o Direito e a Psiquiatria, fazendo surgir o primeiro Manicômio Judiciário da Paraíba, como anexo do Hospital-Colônia Juliano Moreira, inaugurado em 16 de agosto de 1943 (ALMEIDA, 2018).

O primeiro regimento interno do Manicômio contava com procedimentos para internação dos pacientes, os quais deveriam vir acompanhados de documentos em que se constasse a identificação do paciente, prontuário médico psiquiátrico e identificação do tratamento. Continha dois pavimentos, cada um com duas enfermarias com capacidade para oito leitos. Era um novo modelo de instituição que permeava a psiquiatria e a justiça, uma ao lado da outra, de natureza preventiva (BRITO, 2016).

Mister se faz denotar que o processo de desinternação já era vinculado à uma decisão judicial, em que era devido adotar medidas de segurança à estes pacientes, observando a sua periculosidade. Se ao fim do tratamento o paciente ainda apresentasse distúrbios psicológicos, mesmo não oferecendo periculosidade, este deveria ser observado por meio de uma “liberdade vigiada”, concedida pelo juiz; sujeito à fiscalização e comparecimento periódico à instituição (ALMEIDA, 2018). Observa-se neste ponto, conceitos penais e processuais que hoje temos presente na legislação vigente.

Já instituía o Decreto Estadual nº 471, de 16 de agosto de 1943, a internação: dos delinquentes irresponsáveis submetidos às Medidas de Segurança, de acordo

com a sua periculosidade; dos sentenciados que apresentassem doenças mentais; e dos acusados submetidos à exame de sanidade mental (ALMEIDA, 2018).

Segundo Brito (2016), o Manicômio Judiciário, com o encargo de recolher sentenciados que enlouqueceram na prisão ou insanos que cometem crimes, foi essencial para a observação da individualização da pena, pois era possível aplica-los rigor científico, a fim de atestar a periculosidade do indivíduo com o tempo, a partir da investigação em torno do acusado; o que não seria possível em instituições psiquiátricas comuns.

Atualmente a Penitenciária de Psiquiatria Forense da Paraíba (Manicômio Judiciário), localizado no Complexo Psiquiátrico Juliano Moreira, embora tenha capacidade para 92 internos, abriga mais do que o permitido (contava com 117 internos em 2018). As mulheres que necessitam de atendimento são encaminhadas ao Complexo Psiquiátrico Juliano Moreira, por falta de uma ala específica na Penitenciária de Psiquiatria. Os crimes mais comuns cometidos pelos pacientes do sexo masculino eram: crimes dolosos contra a vida e lesões corporais, geralmente envolvendo violência e praticados contra pessoas de seu próprio núcleo familiar; já entre os crimes cometidos pelas internas se encontram o tráfico de drogas, pois estas mulheres são usadas como “mulas” para transportar drogas em razão de não terem consciência da ilicitude do ato (LEITE; ALCANTARA, 2018, 2020).

As doenças recorrentes dos pacientes nos casos de medidas de segurança são esquizofrenias (paranoica e hebefrênica), retardos mentais, severos ou moderados. O atendimento se dá por meio de uma equipe interdisciplinar: médico, enfermeiro, assistente social, técnico de enfermagem, psicólogo; que promovem atividades terapêuticas e assistência familiar. A assistência jurídica se dá por meio de dois defensores públicos que fazem parte da Penitenciária de Psiquiatria Forense (LEITE; ALCANTARA, 2018, 2020).

Segundo relatório de Leite e Alcantara (2020), os internos da PPF (Penitenciária de Psiquiatria Forense) e as internas submetidas às medidas de segurança do CPJM (Complexo Psiquiátrico Juliano Moreira), contam com assistência familiar, o que é um fator de facilitação no processo de desinstitucionalização. Importante se faz destacar que quando o tempo de cumprimento da medida de segurança chega ao fim, submete-se o interno à um novo exame de sanidade mental, em que será observado se a periculosidade do agente cessou. O laudo, por sua vez, é encaminhado ao Poder Judiciário que o analisa e pode sentenciar a desinternação

condicional. Sendo esta concedida. O paciente sai da internação e passa a ser submetido à tratamento ambulatorial, com acompanhamento.

O tratamento ambulatorial, geralmente, é feito nos CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), que em suas modalidades distintas presta serviços de saúde de natureza comunitária e ampla; substituindo o modelo asilar. Nestes Centros, há uma equipe multidisciplinar que atua no tratamento de pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e às pessoas com sofrimento ou transtorno mental de maneira genérica, sob uma perspectiva interdisciplinar (BRASIL, 2019).

Desta forma, percebendo que as medidas de segurança eram merecedoras de uma atenção especial, ficou entendido que a atenção à saúde da população dos estabelecimentos prisionais deveria ser condizente com os princípios e diretrizes do SUS (Sistema Único de Saúde), e que os Ministérios da Justiça e da Saúde passariam a ser atuantes nestes processos. Destarte, a rede de atenção em saúde mental e o SUS são responsáveis pelo tratamento da pessoa que cumpre medida de segurança. O que se traduz em um avanço de grande proporção no que concerne ao combate dos antigos manicômios (BRASIL, 2019).

5.3 Portarias importantes

Importante se faz destacar que foram criados documentos de atos administrativos de autoridades pública, com finalidade de regulamentar a execução de leis e instituir procedimentos para o tratamento adequado das pessoas em sofrimento mental que entram em conflito com a lei.

A Portaria Interministerial nº 1/MS/MJ, de 2 de janeiro de 2014, estabeleceu a PNAISP (Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional), com o principal objetivo de garantir o acesso integral ao Sistema Único de Saúde (SUS), das pessoas privadas de liberdade (que se encontram sob custódia do Estado em estabelecimentos prisionais ou em cumprimento das medidas de segurança). O Grupo Condutor do PNAISP é constituído em cada unidade federativa, pelas respectivas Secretaria de Saúde, Secretaria de Justiça, Administração Prisional, e pelos respectivos Conselho de Secretários Municipais de Saúde e Ministério da Saúde. Tem como finalidades a promoção do acesso das pessoas privadas de liberdade à Rede de Atenção à Saúde; a garantia da autonomia dos profissionais da saúde para o cuidado integral destas pessoas; a

qualificação e humanização da atenção à saúde no sistema prisional; a promoção da intersectorialidade das relações entre direitos humanos, políticas sociais e afirmativas e sociais e a Justiça Criminal; e o fortalecimento do controle e participação social. (BRASIL, 2014).

A Portaria nº 95, de 14 de janeiro de 2014, “dispõe sobre o financiamento do serviço de avaliação e acompanhamento às medidas terapêuticas aplicáveis ao paciente judiciário, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).” Desta forma, institui o incentivo financeiro fixo no valor de R\$ 66.000,00 (sessenta e seis mil reais) mensais, para custeio do serviço de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei. Cumpre ressaltar que tal financiamento está condicionado à demanda local e aos limites orçamentários postos pelo Ministério da Saúde para o exercício financeiro vigente à época da solicitação (BRASIL, 2014b).

Por fim, a Portaria nº 94, de 14 de janeiro de 2014, dispõe sobre o serviço de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis aos agentes com transtorno mental que entram em conflito com a Lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), vinculado à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP). O serviço acima referido é prestado pela Equipe de Avaliação e Acompanhamento das Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP), que tem como objetivos (BRASIL, 2014c):

- I - Realizar avaliações biopsicossociais e apresentar proposições fundamentadas na Lei 10.216 de 2001 e nos princípios da PNAISP, orientando, sobretudo, a adoção de medidas terapêuticas, preferencialmente de base comunitária, a serem implementadas segundo um Projeto Terapêutico Singular (PTS);
- II - Identificar programas e serviços do SUS e do SUAS e de direitos de cidadania, necessários para a atenção à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei e para a garantia da efetividade do PTS;
- III - Estabelecer processos de comunicação com gestores e equipes de serviços do SUS e do SUAS e de direitos de cidadania e estabelecer dispositivos de gestão que viabilizem acesso e corresponsabilização pelos cuidados da pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei;
- IV - Contribuir para a ampliação do acesso aos serviços e ações de saúde, pelo beneficiário, em consonância com a justiça criminal, observando a regulação do sistema;
- V - Acompanhar a execução da medida terapêutica, atuando como dispositivo conector entre os órgãos de Justiça, as equipes da PNAISP e programas e serviços sociais e de direitos de cidadania, garantindo a oferta de acompanhamento integral, resolutivo e contínuo;
- VI - Apoiar a capacitação dos profissionais da saúde, da justiça e programas e serviços sociais e de direitos de cidadania para orientação acerca de

diretrizes, conceitos e métodos para atenção à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei; e
VII - Contribuir para a realização da desinternação progressiva de pessoas que cumprem medida de segurança em instituições penais ou hospitalares, articulando-se às equipes da PNAISP, quando houver, e apoiando-se em dispositivos das redes de atenção à saúde, assistência social e demais programas e serviços de direitos de cidadania. (BRASIL, 2014c).

Percebe-se que tal portaria busca um modelo de assistência baseado na atenção contínua com os pacientes, sobrepondo os direitos de cidadania e a comunicação fluida entre os profissionais e as pessoas com transtorno mental que se encontram em tratamento.

5.4 Grupos atuantes na Paraíba

Atualmente, conta a Paraíba com o andamento do grupo GITIS (Grupo Interinstitucional de Trabalho Interdisciplinar em Saúde Mental), que é composto pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ), Poder Judiciário estadual, Secretaria Estadual de Saúde, Sistema Penitenciário, Secretaria Municipal de Saúde, Universidade Federal da Paraíba (UFPB), através do Grupo de Extensão Loucura e Cidadania, Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), Ministério Público, Defensoria Pública, além de outros órgãos da sociedade civil e do poder público. O Grupo tem a preocupação de aplicar à todo ciclo penal, as experiências exitosas de outros estados, de tratamento e ressocialização das pessoas em sofrimento mental que entram em conflito com a lei, de forma que o acompanhamento seja realizado por profissionais adequados e com o devido acompanhamento, garantindo a efetivação das normas e legislações vigentes sobre o assunto, garantindo a sustentabilidade das soluções. O propósito está em diminuir consideravelmente a falta de políticas públicas no setor de cárcere e instrumentalizar estes agentes submetidos aos tratamentos com saúde pública eficiente e permanente, buscando sempre a qualificação dos profissionais e melhorias nas ações promovidas (PARAÍBA, 2019).

Criado em 2012, o Grupo de Pesquisa e Extensão Loucura e Cidadania (LouCid), vinculado ao Departamento de Ciências Jurídicas (DCJ) do Centro de Ciências Jurídicas (CCJ) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), tem por objetivo contribuir com os debates sobre saúde mental e direitos humanos, seguindo os pressupostos da luta antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica, a partir da assessoria jurídica popular universitária, por meio de um grupo interdisciplinar. Com

atuação inicial no Complexo Psiquiátrico Juliano Moreira, e posteriormente no CAPS AD, as principais atividades consistiram em promoção de oficinas temáticas em direitos humanos, com perspectiva da educação popular, utilizando como meios a exposição de clipes, vídeos, filmes, poesias, músicas, pinturas, exposição em grupo, técnicas do Teatro do Oprimido, construção de telejornal e teatros, entre outros. Além disso, o LouCid promoveu reuniões com os trabalhadores do Complexo explanando as atividades realizadas e atendendo demandas jurídicas identificadas (CORREIA, 2018).

Mister se faz expor que o LouCid, em seus dois anos iniciais atuou diretamente no CPJM (Complexo Psiquiátrico Juliano Moreira), em que acompanhava casos individuais de pessoas em sofrimento mental que entraram em conflito com a lei, prestando assistência jurídica. Entretanto, no decorrer do segundo ano o projeto recebeu uma resistência vinda dos responsáveis pelo Complexo, de maneira que foram impostas limitações às atividades ali realizadas, ocasionando a indisponibilidade da direção e dos trabalhadores para diálogo, restringindo alas para que os internos não fossem convidados para a participação de oficinas, acarretando em uma decisão unilateral por parte do CPJM de suspender as atividades do projeto na instituição. Assim, foi iniciada a continuação do projeto no CAPS AD, tendo como finalidade o fortalecimento da política de saúde antimanicomial, através do diálogo articulado entre os órgãos do Sistema de Justiça, órgãos públicos, movimentos sociais e instituições (CORREIA, 2018).

Além, merece destaque o programa De Volta para Casa, instituído por meio da lei federal nº 10.708/2003, em que se dispõe sobre o custeio federal para pessoas que sofrem de doenças mentais que passaram dois ou mais anos internadas em hospitais psiquiátricos e que tenham condições de retorno ao convívio social. Destarte, visa o acompanhamento da volta para o lar e a e a reinserção social do usuário e de sua saúde mental, garantindo a cidadania do agente visando seu retorno ao convívio social comunitário (BRASIL, 2019).

5.5 Desafios atuais da luta antimanicomial na Paraíba

Apesar da história tão desolada, repleta de caos e tormentos, os hoje chamados Hospitais Psiquiátricos são produto da evolução histórica de lutas e debates sobre o tratamento aplicado aos doentes mentais. Foram necessárias muitas

inquietações e provocações por parte de médicos, psicólogos e da sociedade como um todo. Não admitir mais a degradação humana que acontecia nos manicômios foi uma conquista por parte de todos aqueles que enxergavam e ainda enxergam esses indivíduos como seres carentes de cuidados especiais.

Por mais que hoje sejam debatidos tais assuntos, aprimorados os tratamentos aplicados, e que existam leis vigentes para a proteção da dignidade dessas pessoas, o retrocesso bate na porta do nosso cotidiano.

Ora, a exemplo disso relatos do Programa de Extensão LouCid apontam que, muitas vezes, a própria instituição fecha as portas, de forma que a promoção do debate entre os internos e a explicação simplificada das doenças (garantias dos internos), são observadas por alguns profissionais com maus olhos, pois muitas vezes, o profissional trabalha numa hierarquia de superioridade sobre os pacientes. (CORREIA, 2018).

Porém, basta dar a palavra a esses indivíduos ditos perigosos para perceber o que nossa experiência revela: essa engenhoca conceitual está a serviço de uma ficção, e mesmo por ser ficção não deixa de ter efeitos mortíferos ao incidir no real dos corpos e das práticas institucionais, na maioria das vezes, calando e mortificando a resposta do sujeito em sua singularidade inequívoca e impossível de prever. Esse artifício talvez ainda sobreviva porque alimenta a arte do discurso do mestre, político-gestor, em fazer crer ser possível presumir a periculosidade das pessoas e garantir a segurança para os demais. Contudo, o perigo aí se instala quando essa ideia termina por suturar a possibilidade de novas leituras para os atos humanos e sua articulação intrínseca ao contexto sociológico de cada época. Quando se procuram respostas nos corpos, deixa-se de interrogar o discurso que faz o laço da política e da sociedade e que, sobremaneira, afeta os corpos, seus atos e respostas. (BARROS-BRISSET, 2011, p.49).

Além de que, o tratamento oferecido pelos CAPS precisa contar com o apoio da sociedade e dos familiares dos pacientes, o que muitas vezes é um empecilho gigante, quando na própria residência, o paciente encontra obstáculos como familiares usuários de drogas, ou álcool, ou até mesmo outros transtornos mentais (BRASIL, 2019).

Ainda, há a população que julga os agentes que cometem crimes, de uma maneira extremamente pejorativa, e pior se faz quando o agente sofre de alguma doença mental. Pois a este é dado um tratamento social quase desumano, beirando o medo e a invisibilidade. A comunidade, quando os enxerga, prefere os manter afastados, pois acredita que estes agentes são capazes de cometer atrocidades, não sendo de senso comum que no momento que estas pessoas praticaram algum delito

não estavam em suas faculdades mentais, não tendo noção da realidade que os rodeava.

Embora legislações vigentes assegurem o tratamento digno e humanizado para as pessoas em sofrimento mental que cometem delitos, foi extinguido em 2019, o Serviço de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Aplicáveis a Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP), existente desde 2014 que prevê o acompanhamento profissional destas pessoas por meio de atendimento com assistentes sociais, psiquiatras, enfermeiros, psicólogos e terapeutas ocupacionais. O serviço, por ironia, foi extinto por meio da Portaria GM/MS nº 1325, de 18 de maio de 2020, no dia nacional da Luta Antimanicomial. Desta forma, cerca de mais de quatro mil pessoas que se encontram submetidas a medidas de segurança, serão amplamente prejudicadas, o que se traduz em um verdadeiro obstáculo frente ao levantamento da bandeira antimanicomial (LIMA, 2020).

As dificuldades ainda se fazem presentes no ambiente profissional: tanto na saúde quanto no setor jurídico, pois há uma grande necessidade de engajamento por parte destes, uma vez que o tratamento das pessoas em sofrimento mental que entram em conflito com a lei requer atenção especial, e não mero cumprimento do dever. Ora, não se pode apenas ser um trabalho rotineiro, pois cada paciente tem a sua peculiaridade – seja o grau de seu transtorno, sejam os seus problemas familiares, entre uma série de fatores, que devem ser abarcados junto ao tratamento.

Desta forma, uma rede de relacionamentos ainda é um obstáculo para todos que atuam como profissionais ou voluntários nessa área, pois ainda há certo receio e resistência quando se buscam esforços para quebrar o estigma da periculosidade que subentende que estes pacientes oferecem. Pois, é de entendimento médico que quando a doença está controlada através de medicamentos, o paciente oferece o mesmo perigo que uma pessoa sem transtornos.

Sendo assim, a rede de proteção vai além dos setores da saúde e jurídico: se estende à família e à comunidade. O que é outro desafio constante, pois o acolhimento por parte destes encontra diversos problemas, desde a falta de estrutura das famílias, até um ambiente comunitário que demonstra resistência em aceitar o paciente. Em que pese, grande parte das dificuldades está relacionada à estigmatização de periculosidade que desde os tempos antecedentes, acompanham as pessoas que se encontram em sofrimento mental. O que se torna a primeira barreira a ser

ultrapassada para que possamos, por fim, aplicar corretamente as diretrizes da Lei 10.216/2001.

Por fim, necessário se faz ressaltar a importância de um olhar mais amplo e atencioso para a aplicação das medidas de segurança, que precisam estar em consonância com a legislação, bem como atuar de forma ao tratamento do paciente, voltando-se para o futuro, como finalidade de assistência e prevenção; e não para o passado, baseando-se na punição do agente.

6 METODOLOGIA

Para o desenvolvimento deste projeto e dedução ao saber científico, utilizou-se o método científico dedutivo, em que se buscam bases sólidas para firmar a construção do conhecimento partindo de leis percebidas como universais objetivando o alcance de dados particulares.

O método escolhido baseia-se na construção lógica, partindo de uma premissa maior tida como genérica, em busca de premissas menores, mais específicas. Desta forma, busca-se chegar ao resultado esperado por meio da conclusão da investigação científica empenhada.

A pesquisa científica abrange o desenvolvimento de um estudo demarcado através da aplicação prática de um conjunto sistematizado de processos metodológicas de investigação, utilizando sistemas e rigidez na investigação, com o intuito de vislumbrar novas afinidades entre o tema estudado e temas afins.

Quanto aos fins, a pesquisa será exploratória, pois terá o intuito de proporcionar maior familiaridade com o problema em questão, oferecendo-lhe maior visibilidade; haja vista que levantará hipóteses, fará um arrolamento bibliográfico e analisará práticas já adotadas, com vistas a um propósito acadêmico da temática em questão.

Quanto aos meios, é caracterizada como uma pesquisa bibliográfica, ponderando que sua execução partirá do estudo de materiais já publicados, em específico, artigos científicos, livros de autores renomados. Será feito um estudo do assunto abordado e desenvolvido, tendo como base materiais publicados em livros, revistas, redes eletrônicas e demais meios fundamentais e complementares àqueles.

A técnica, definida como a maneira de tratar detalhes técnicos com o intuito de realizar procedimentos, sob o comando de alicerces lógicos de investigação, em conjunto com os instrumentos, são considerados como bases para a estruturação da pesquisa.

Utilizou-se a técnica de investigação teórica, que objetiva assessorar o pesquisador a ter contato mediato com a realidade estudada, valendo-se de fontes documentais e bibliográficas sobre o assunto abordado.

Adotou-se técnicas conceituais, tendo por base o referencial teórico para construção e desenvolvimento das ideias, buscando o tratamento adequado para a resolução do problema levantado. Desta forma, a técnica bibliográfica e as estruturas lógicas do raciocínio são ponderadas constantemente dentro pesquisa.

7 RESULTADOS E DISCUSSÕES

A partir da análise dos trabalhos que serviram como base para a pesquisa, foi possível notar a necessidade de voltar, de forma atenciosa, o debate sobre os doentes mentais, principalmente aqueles que entram em conflito com a Lei.

É perceptível as dificuldades que ainda se encontram no tratamento dado à estas pessoas: por mais que existam projetos psicossociais bem planejados para atendimento, as barreiras se fazem presentes em inúmeros tópicos.

Pontualmente, se vê que a infraestrutura dos locais de atendimento merece atenção do poder público por necessitarem de reformas e constantes reparos, além da manutenção, o que demanda valores advindos dos cofres públicos, além de licitações e, antes de tudo, iniciativa.

Ademais, há a necessidade de ampliação dos grupos atuantes, dando-lhes mais autonomia e agregação de pessoas para que possam alcançar ainda mais localidades.

Posteriormente se faz notável que as equipes que compõem os hospitais psiquiátricos e os centros de atendimento (CAPS), se encontram em sua maioria com limitação de profissionais, que em pequena quantidade atendem um grande número de pacientes, resultando em uma sobrecarga do atendimento prestado.

Por fim, há uma barreira social muito grande no que concerne à conscientização sobre o assunto. Se faz necessário uma disseminação acerca da possibilidade destas pessoas (doentes mentais que entram em conflito com a lei), terem um atendimento afastado das instituições de internação, podendo levar uma vida normal, desde que sejam acompanhados constantemente por profissionais da saúde.

O que se pode afirmar com toda certeza é que não há mais espaço para o que se passou: a luta antimanicomial revela diariamente as conquistas que profissionais e pacientes buscaram por décadas. O sofrimento que outrora existiu não pode servir de molde para o tratamento aplicado hoje. O mundo está em constante evolução, a luta antimanicomial faz parte dela, assim como as futuras conquistas que o poder legislativo em conjunto com a sociedade poderá trazer para àqueles que carecem de atenção – os inimputáveis por doença mental.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A loucura, objeto de espanto por longos anos, teve que transpor as barreiras da sociedade, deixar de ser algo extraordinário para percorrer os acontecimentos cotidianos. Os loucos, desde os primórdios foram isolados, não lhes era dada a tenção que mereciam, ficando a mercê de sua própria sorte.

O sofrimento pelo qual estes indivíduos passaram, por serem acometidos de doenças da mente, não lhes deixavam escolha a não ser a marginalização dentro de suas próprias casas, famílias e comunidades. Pior ainda: a normalização da marginalização os fez, por muitos anos, serem indignos de conviver em sociedade ou sequer serem considerados humanos. Havia o estranhamento destes seres; e quando passaram a receber os olhares da sociedade, foram vistos como problemas de ordem social, devendo serem “guardados” das vistas de uma gente que se considerava sã.

Mas, quem era verdadeiramente sã? Aqueles que se achavam superiores e dignos de torturar pessoas ou os que, por infelicidade do destino, foram vítimas de súbitos mentais que os permitiam vagar entre a realidade e a inconsciência? São questionamentos que nos levam a refletir sobre um passado não tão distante assim.

Depositar como meros objetos aqueles que tinham vida e careciam de cuidados, foi uma das piores atrocidades que a humanidade enfrentou. Pior que isso, é perceber que não foi um acontecimento remoto se distanciar dessa realidade.

A Reforma Psiquiátrica no Brasil data do século passado; a lei que institui a Luta Antimanicomial está em vigor há apenas vinte anos... ambos sob fortes ameaças de serem desconstituídos aos poucos por uma sociedade que reluta em debater e normalizar o assunto, muitas vezes reagindo com piadas ou ausência de comunicação sobre os que precisam de cuidados mentais.

Ora, se há uma normalização sobre os cuidados do corpo, deveria haver a normalização sobre os cuidados da mente. Há a necessidade de expandir o senso comum sobre a necessidade da garantia dos direitos destes indivíduos.

Mais complexo se faz quando o agente que sendo doente mental, entra em conflito com a Lei. De um lado, se tem a sociedade que além de já temer a doença mental, ainda lança o temor sobre a capacidade desta pessoa de praticar um crime. De outro se tem a Justiça, que embora já tenha entendido que no momento do fato o indivíduo não era capaz de entender o caráter ilícito da ação, faz com que este seja

submetido a exames de periculosidade; apontando uma forma de mantê-lo ou libertá-lo baseado em um evento futuro e incerto, que não se pode afirmar com precisão.

Desta forma, perfazer o percurso histórico até os dias atuais e enxergar as dificuldades que antes assolavam abertamente os manicômios e que hoje se encontram de maneira silenciosa e quase invisível, se mostrou neste trabalho, uma luta que ainda não chegou ao seu ápice, não concluiu o seu objetivo. A luta antimanicomial ainda está em seus primeiros estágios, como uma criança que está aprendendo a falar: ainda há a necessidade de voz, de escuta e de olhares para esta população que tanto sofreu e ainda sofre: os doentes mentais que entram em conflito com a Lei.

Desta forma, se vislumbra em território nacional, principalmente na Paraíba, a necessidade do engajamento dos profissionais, familiares dos pacientes e da comunidade. Pois ainda há grande estigmatização por parte de todos, bem como ainda não é de conhecimento geral, o entendimento sobre as doenças, tratamentos e até mesmo controle destas. De forma que é uma luta constante, debater o assunto e lavá-los para os mais diversos setores, de maneira que seja facilitada a rede de acolhimento e proteção dos pacientes, facilitando a inserção destes no meio social.

Há a necessidade de empatia e respeito, de defesa e de amplitude, de ultrapassar os muros outrora levantados e aplicar medidas de segurança baseadas na dignidade como forma principal de prevenção e não de punição; visando a reinserção destas pessoas ao convívio social, através de tratamentos humanos e edificantes que promovam o desenvolvimento e equilíbrio mental.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Olívia Maria de. **Desinstitucionalização das medidas de segurança na Paraíba**: entre controles e abandonos. 2018. 220 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Direitos Humanos, Cidadania e Políticas Públicas, Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2018.

ALVES, Gerlane Farias. **A Administração da Loucura**. 2018. 200 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de História, Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2018. Disponível em: <https://repositorio.ufpb.br/jspui/bitstream/123456789/13219/1/Arquivototal.pdf>. Acesso em: 03 fev. 2021.

AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. 205 p.

BARROS-BRISSET, Fernanda Otoni de. Genealogia do Conceito de Periculosidade. **Responsabilidades**, Belo Horizonte, v. 1, n. 1, p. 37-52, ago. 2011. Disponível em: https://app.uff.br/observatorio/uploads/GENEALOGIA_DO_CONCEITO_DE_PERICULOSIDADE.pdf. Acesso em: 07 fev. 2021.

BITENCOURT, Cezar Roberto. **Tratado de Direito Penal**: parte geral 1. 17. ed. São Paulo: Saraiva, 2012. 351 p.

BOTELHO, Rodrigo de Oliveira. Os Hospitais de Custódia. In: BOTELHO, Rodrigo de Oliveira. **Hospitais Psiquiátricos Ou Unidades Prisionais: a necessidade da reforma dos hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico**. Anápolis: Unievangélica, 2018. p. 05-34. Disponível em: <http://repositorio.aee.edu.br/bitstream/aee/686/1/Monografia%20-%20Rodrigo.pdf>. Acesso em: 21 jan. 2021.

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

_____. **Decreto nº 1.132, de 22 de dezembro de 1903**. Reorganiza a Assistência a Alienados. Rio de Janeiro: Diário Oficial da União, 25 dez. 1903. Seção 1. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1900-1909/decreto-1132-22-dezembro-1903-585004-norma-pl.html>. Acesso em: 19 set. 2020.

_____. **Decreto nº 14.831, de 25 de maio de 1921**. Aprova o Regulamento do Manicômio Judiciário. Rio de Janeiro: Diário Oficial da União, 28 mai. 1921. Seção 1. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1920-1929/decreto-14831-25-maio-1921-518290-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 20 set. 2020.

_____. **Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001.** Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/LEIS_2001/L10216.htm. Acesso em: 23 ago. 2020.

_____. Lei nº 2.848, de 07 de dezembro de 1940. **Código Penal.** Rio de Janeiro, 07 dez. 1940. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm. Acesso em: 31 ago. 2020.

_____. **Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984.** Institui a Lei de Execução Penal. Brasília, DF, Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7210.htm. Acesso em: 18 set. 2020.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Memória da Loucura.** 2007. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/memoria%20da%20loucura/mostra/apresenta.html>. Acesso em: 22 jan. 2021.

_____. **Portaria Interministerial nº 1,** de 2 de janeiro de 2014. Brasília, Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/pri0001_02_01_2014.html. Acesso em: 07 fev. 2021.

_____. **Portaria nº 95,** de 14 de janeiro de 2014. Brasília, Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0095_14_01_2014.html. Acesso em: 06 fev. 2021.

_____. **Portaria nº 94,** de 14 de janeiro de 2014. Brasília, Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0094_14_01_2014.html. Acesso em: 06 fev. 2021.

_____. **Recomendação nº 35, de 12 de julho de 2011.** Dispõe sobre as diretrizes a serem adotadas em atenção aos pacientes judiciários e a execução da medida de segurança. Brasília, DF, Disponível em: https://atos.cnj.jus.br/files//recomendacao/recomendacao_35_12072011_22102012170144.pdf. Acesso em: 22 set. 2020.

_____. **Resolução nº 113, de 20 de abril de 2010.** Dispõe sobre o procedimento relativo à execução de pena privativa de liberdade e de medida de segurança, e dá outras providências. Brasília, DF, Disponível em: https://atos.cnj.jus.br/files/resolucao_113_20042010_25032019153433.pdf. Acesso em: 22 set. 2020.

_____. **Resolução nº 251, de 04 de setembro de 2018.** Institui e regulamenta o Banco Nacional de Monitoramento de Prisões – BNMP 2.0, para o registro de mandados de prisão e de outros documentos, nos termos do art. 289-A do CPP, acrescentado pela Lei n. 12.403, de 4 de maio de 2011, e dá outras providências.

DJE/CNJ, 05 set. 2018. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/atos-normativos?documento=2666>. Acesso em: 02 fev. 2021.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. Área Técnica de Saúde Mental (org.). **Cartilha de Orientação em Saúde Mental: um caminho para a inclusão social**. João Pessoa: Imprensa, 2019. 34 p. Disponível em: <https://paraiba.pb.gov.br/diretas/saude/arquivos-1/cartilha-saude-mental.pdf>. Acesso em: 05 fev. 2021.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. Secretaria de Estado da Saúde (org.). **Relatório do monitoramento dos serviços da Rede de Atenção Psicossocial (Raps) da Paraíba em 2018.2**. João Pessoa: Governo do Estado da Paraíba, 2020. 62 p. Disponível em: <https://paraiba.pb.gov.br/diretas/saude/arquivos-1/relatorio-do-monitoramento-da-rede-de-atenacao-psiocossocial-na-paraiba-2018-2.pdf>. Acesso em: 05 fev. 2021.

_____. Superior Tribunal de Justiça. Habeas Corpus nº 108517. Relator: Ministro Arnaldo Esteves de Lima. São Paulo, SP, 16 de setembro de 2008. **Diário da Justiça Eletrônico**. São Paulo, 20 out. 2008. Disponível em: <https://stj.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/943348/habeas-corpus-hc-108517-sp-2008-0129088-7/inteiro-teor-12764744>. Acesso em: 25 jan. 2021.

_____. Superior Tribunal de Justiça. Habeas Corpus nº 113.016. Relator: Ministra Jane Silva. **Diário Oficial da União**. Brasília, 09 dez. 2008. Disponível em: <https://stj.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/2008500/habeas-corpus-hc-113016-ms-2008-0174630-2/inteiro-teor-12224999>. Acesso em: 18 set. 2020.

_____. Superior Tribunal de Justiça. Súmula nº 527. **Diário Oficial da União**. Brasília, 13 maio 2015.

BRUNO, Aníbal. **Direito Penal: parte geral**. 5. ed. São Paulo: Forense, 2005. 240 p.

CAPEZ, Fernando. **Curso de Direito Penal: parte geral**. 16. ed. São Paulo: Saraiva, 2012. 1 v.

CARRARA, Sérgio Luis. A História Esquecida: os Manicômios Judiciários no Brasil. **Revista Brasileira de Crescimento Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 16-29, abr. 2010. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v20n1/04.pdf>. Acesso em: 19 set. 2020.

CORREIA, Ludmila Cerqueira. **Por uma pedagogia da loucura: experiências de assessoria jurídica popular universitária no contexto da reforma psiquiátrica brasileira**. 2018. 383 f. Tese (Doutorado) - Curso de Direito, Universidade de Brasília, Brasília, 2018. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/32533>. Acesso em: 07 fev. 2021.

CUNHA, Carolina da Silva; DINIZ, Laura do Carmo. A inimizabilidade e o direito penal. **Jornal Eletrônico**. Juiz de Fora, p. 349-377. ago. 2020. Disponível em: <https://jornaleletronicofivj.com.br/jefvj/article/view/767/748>. Acesso em: 20 nov. 2020.

CUNHA, Rogério Sanches. **Manual de Direito Penal**: parte geral (arts.1º ao 120). 5. ed. Salvador: Jus Podivm, 2017. 592 p.

EDUCAÇÃO, Colunista Portal. **Os primeiros hospitais psiquiátricos**. 2020. Disponível em: <https://siteantigo.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/enfermagem/os-primeiros-hospitais-psiquiatricos/32104#>. Acesso em: 26 jan. 2021.

FONTELLES, Fernanda de Lima; SILVA, Roberta Barbosa da. Reforma Psiquiátrica, luta antimanicomial e novas formas de institucionalização. **Revista Mosaico**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 10, p. 124-131, jul. 2019. Disponível em: <http://editora.universidadedevassouras.edu.br/index.php/RM/article/view/1825/1333>. Acesso em: 20 set. 2020.

FOUCAULT, Michel. **História da Loucura**. São Paulo: Perspectiva, 1978. 608 p.

GRECO, Rogério. **Curso de Direito Penal**: parte geral. 10. ed. Rio de Janeiro: Impetus, 2009. 205 p.

_____. **Código Penal Comentado**. 11. ed. Niterói: Impetus, 2017. 1930 p.

JESUS, Damásio de. **Direito Penal**: parte geral. 32. ed. São Paulo: Saraiva, 2011. 792 p.

JUNQUEIRA, Helmara Gicceli Formiga Wanderley. **Doidos[as] e doutores**: a medicalização da loucura na província/estado da Parahyba do norte. 2016. 466 f. Tese (Doutorado) - Curso de História, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2016. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/22221/1/WANDERLEY%20JUNQUEIRA.%20TESE%20DOUTORADO%20DOIDOS%5bAS%5d%20E%20DOUTORES.%20UFPE.2016.pdf>. Acesso em: 04 fev. 2021.

JUSTIÇA, Conselho Nacional de. **CNJ**: quem somos. Quem somos. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/ouvidoria-cnj/carta-de-servicos-ao-cidadao/quem-somos-visitadas-e-contatos/>. Acesso em: 22 set. 2020.

LEITE, Rosimeire Ventura; ALCANTARA, Rhuan Rommell Bezerra de. **A INIMIZABILIDADE DE AGENTES COM DOENÇAS MENTAIS**: análise do

cumprimento das medidas de segurança dos internos da penitenciária de psiquiatria forense da paraíba. Campina Grande: Uepb/cnpq, 2018. 17 p.

_____. Rosimeire Ventura; ALCANTARA, Rhuan Rommell Bezerra de. **As vulnerabilidades da mulher em cumprimento de Medida de Segurança no Complexo Psiquiátrico Juliano Moreira**. Campina Grande: Uepb/cnpq, 2020. 21 p.

LIMA, José Fabrício Silva de. **Nota Técnica**. CONDEGE: Conselho Nacional dos Defensores Públicos Gerais. Pernambuco, 2020. 31 p. Disponível em: https://anadep.org.br/wtksite/cms/conteudo/44561/Nota_Tecnica___EAP_vf_condeg_e_assinada_.pdf. Acesso em: 07 fev. 2021.

SOUZA, Thalia Soares de. **A inimizabilidade por doença mental e a aplicação de medidas de segurança no ordenamento jurídico brasileiro. 2019**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Direito) – Faculdade de Ciências Jurídicas e Sociais, Centro Universitário de Brasília, Brasília, 2019.

MAGALHÃES, Ana Maria. **A PSICOPATIA À LUZ DAS SANÇÕES PENAIS: inimputabilidade ou falha do sistema legislativo. 2019. 46 f.** Monografia (Especialização) - Curso de Direito, Unievangélica, Anápolis, 2019. Disponível em: <http://repositorio.aee.edu.br/bitstream/aee/1263/1/Monografia%20-%20Ana%20Maria%20Magalh%C3%AAs.pdf>. Acesso em: 21 nov. 2020.

NUCCI, Guilherme de Souza. **Código Penal Comentado**. 17. ed. Rio de Janeiro: Forense Ltda, 2017. 969 p.

ODA, Ana Maria Galdini Raimundo; DALGALARRONDO, Paulo. Juliano Moreira: um psiquiatra negro frente ao racismo científico. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, [S.L.], v. 22, n. 4, p. 178-179, dez. 2000. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1516-44462000000400007>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462000000400007. Acesso em: 05 fev. 2021.

OLIVEIRA, Luiza Iolanda Pegado Cortez de. Simpósio nacional de história - lugares dos historiadores: velhos e novos desafios, 28., 2015, Florianópolis. **Higiene é norma: Salubridade pública na cidade da Paraíba oitocentista**. Florianópolis: Anpuh-Sc/ufsc, 2015. 16 p. Disponível em: http://www.snh2015.anpuh.org/resources/anais/39/1427839063_ARQUIVO_OLIVEIRA,LuizalolandaP.C.de.HigieneenormasalubridadepublicanaParaibaoitocentista.pdf. Acesso em: 04 fev. 2021.

PARAÍBA. Tribunal de Justiça da. **Plano Estadual de Atenção da Pessoa em Sofrimento Mental e em Conflito com a Lei começa a ser criado**. 2019. Elaborado por Fernando Patriota/Ascom-TJPB. Disponível em: <https://www.tjpb.jus.br/noticia/plano-estadual-de-atencao-da-pessoa-em-sofrimento-mental-e-em-conflito-com-a-lei-comeca-a>. Acesso em: 07 fev. 2021.

PAREKH, Ranna. **What Is Mental Illness?** 2018. Disponível em: <https://www.psychiatry.org/patients-families/what-is-mental-illness>. Acesso em: 21 jan. 2021.

RESENDE, Heitor. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: COSTA, Nilson do Rosário; TUNDIS, Silvério Almeida (Org.). **Cidadania e loucura**: políticas de saúde mental no Brasil. 7. ed. Petrópolis: Vozes, coedição ABRASCO, 2001.

ANEXO A – RETRATOS DO ASILO DE SANTA ANA EM CRUZ DO PEIXE



Fonte: JUNQUEIRA, 2016.



Fonte: JUNQUEIRA, 2016.

ANEXO B – MANICÔMIO JUDICIÁRIO DA PARAÍBA / CONSTRUÇÃO DO CPJM

Fonte: JUNQUEIRA, 2016.



Fonte: JUNQUEIRA, 2016.