

# OS AVANÇOS NO ORDENAMENTO JURÍDICO BRASILEIRO A PARTIR DO MOVIMENTO ANTIMANICOMIAL E DA REFORMA PSIQUIÁTRICA

Clarindo Epaminondas de Sá Neto<sup>1</sup>

Mariella Kraus<sup>2</sup>

Beatriz Luiza Morais<sup>3</sup>

Resumo: A presente pesquisa tem como objetivo demonstrar as condições das instituições jurídico-psiquiátricas criadas no Brasil, a partir dos antigos Manicômios Judiciários, atualmente conhecidos como Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, para analisar os avanços ocorridos no ordenamento jurídico brasileiro. Para a concreção do objeto, foram consideradas as conquistas advindas do Movimento Antimanicomial e Reforma Psiquiátrica, que resultaram no processo de desinstitucionalização, bem como nas diretrizes da Lei 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos psíquicos e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Apesar dos avanços no campo teórico, a inobservância da aludida Lei – que foi resultado dos esforços do Movimento Antimanicomial e Reforma Psiquiátrica – evidencia a falta de efetividade nas medidas propostas, fazendo perdurar a situação precária e de grande desrespeito aos direitos humanos, existente desde antes da Reforma

---

<sup>1</sup> Doutor em Direito, Estado e Sociedade pela Universidade Federal de Santa Catarina; Mestre em Direito internacional e concretização de direitos pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Professor do programa de mestrado e doutorado em direito da UFSC. Professor da graduação em direito da UFSC.

<sup>2</sup> Mestranda pelo Programa de pós-graduação em Direito da UFSC.

<sup>3</sup> Bacharela em Direito.

Psiquiátrica em análise.

Palavras-Chave: Manicômio Judiciário; Movimento Antimanicomial; Desinstitucionalização; Direitos Humanos.

## ADVANCES IN BRAZILIAN LEGAL ORDINATION AND THE ANTIMANICOMIAL MOVEMENT AND PSYCHIATRIC REFORM

**Abstract:** The present research aims to demonstrate the conditions of the legal-psychiatric institutions created in Brazil, from the old Judicial Asylums, currently known as Hospitals of Custody and Psychiatric Treatment, to analyze the advances in the Brazilian legal system. For the concretization of the object, the achievements arising from the Anti-asylum Movement and Psychiatric Reform were considered, which resulted in the process of deinstitutionalization, as well as in the guidelines of the Law 10.216/2001, which provides for the protection and rights of people with mental disorders and redirects the mental health care model. Despite the advances in the theoretical field, the non-observance of the aforementioned Law - which was the result of the efforts of the Anti-asylum Movement and Psychiatric Reform - highlights the lack of effectiveness in the proposed measures, making the precarious situation and great disrespect for human rights, existing since before, persist of the Psychiatric Reform under analysis.

**Keywords:** Judicial Asylums; Antimanicomial Movement; Desinstitutionalization; Human Rights.

## INTRODUÇÃO



s Manicômios Judiciários no Brasil têm um longo e triste histórico de desrespeito aos direitos humanos, marcados por condições degradantes de sobrevivência. Este cenário era vivenciado por pessoas em conflito com a lei cuja capacidade de entendimento apresentava-se comprometida ao momento do delito, também conhecidos como “loucos infratores”, ou seja, uma população duplamente estigmatizada, desassistida, e sem nenhuma perspectiva de ressocialização, o que se deve ao fato do tratamento ser prestado de maneira inadequada, tornando o sistema de assistência ineficaz, de modo a conferir caráter perpétuo a sanção penal.

Nesse contexto, é de grande importância retratar o redirecionamento do modelo assistencial, que teve início por volta do ano de 1990, momento a partir do qual verificaram-se mudanças expressivas no campo da saúde mental no Brasil, consolidando a hipótese de desinstitucionalização e a consequente implementação de serviços abertos de tratamento. Devido a isso, foram editadas pelo Ministério da Saúde, um conjunto de portarias e leis que definem novas medidas com relação à assistência prestada aos portadores de transtornos mentais.

Por conseguinte, em 06 de abril de 2001, foi tardiamente aprovada a Lei nº 10.216, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, compreendendo a adequação das condições físicas das instituições de atendimento, a existência de projeto terapêutico e equipe multidisciplinar composta por profissionais qualificados, a fim de proporcionar melhorias significativas no quadro delineado. Nessa conjuntura foi que se deu a transição dos lendários Manicômios Judiciários para os atuais Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, tendo ficado conhecido tal movimento histórico como Reforma Psiquiátrica<sup>4</sup>.

---

<sup>4</sup> SÃO PAULO, 2014, p. 73.

No entanto, passados quase vinte anos desde a implementação da Lei nº 10.216/2001, ainda se constata a falta de efetividade nas medidas propostas, permanecendo a situação precária e vexaminosa das antigas instituições sob nova nomenclatura. Nesse sentido, a Lei nº 7.210/84 (Lei de Execução Penal) estabelece em seu artigo 3º, que é assegurado aos internados que cumprem medida de segurança, todos os direitos não atingidos pela sentença ou pela lei. Entre estes direitos estão: o de ser tratado dignamente, em local adequado e por profissionais competentes e, ainda, o direito de ser submetido a tratamento apropriado para proporcionar sua recuperação e o consequente retorno ao convívio social.

Diante das circunstâncias expostas, torna-se cabível o seguinte problema de pesquisa: é possível considerar que as instituições criadas para o tratamento das pessoas com problemas psíquicos salvaguardaram seus direitos e respeitaram os direitos humanos?

Assim sendo, a presente pesquisa, através do método bibliográfico, tem por objetivo apresentar um estudo do contexto histórico dos famigerados Manicômios Judiciários e os aspectos provenientes da Reforma Psiquiátrica, bem como as contribuições do Movimento da Luta Antimanicomial, retratando o constante redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental, que tem como cenário atual os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico.

Posto isso, a pesquisa se dividirá em cinco partes: inicialmente aborda como ocorreu a transição dos Manicômios Judiciários para Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico no Brasil; passando a analisar o Manicômio Judiciário e a Política Nacional de Saúde Mental; as relevantes contribuições do Movimento Antimanicomial, que denunciava os abusos e violações de direitos humanos sofridos pelos pacientes dos Manicômios; o processo de desinstitucionalização; e, por fim, o papel do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico no Brasil.

## 1. TRANSIÇÃO DOS MANICÔMIOS JUDICIÁRIOS PARA HOSPITAIS DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO NO BRASIL

Inicialmente, para demonstrar como se deu a transição dos Manicômios Judiciários para os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, é imperioso observar, inicialmente, o contexto histórico dos Manicômios Judiciários<sup>5</sup>.

Nos séculos 16 e 17, "os Hospitais Gerais e Santas Casas de Misericórdia representavam o espaço de recolhimento de toda ordem de marginais" (AMARANTE, 1995, p. 24). Portanto, essas Instituições eram destinadas àqueles que representavam ameaça à ordem social (CASTEL, 1978, p. 21), e embora tivessem função eminente de "hospedaria" (AMARANTE, 1995, p. 24), eram acreditados pelo status de "instituição de cura" (AMARANTE, 1995, p. 24).

Nesta época, o internamento funcionava como espécie de guarda, e o enclausuramento ocorria de forma indiscriminada, de modo que nenhuma distinção era feita no tratamento dispensado às prostitutas, loucos, ladrões ou leprosos, evidenciando a ausência de critérios diferenciadores para se determinar a recuperação destes indivíduos (AMARANTE, 1995, p. 24).

Assim, segundo Foucault, em meados do século 17, os Hospitais Gerais ainda eram uma espécie de instrumento composto de exclusão e assistência, em que a condição médica não aparecia, permanecendo desta maneira até o começo do século 18 (FOUCAULT, 1979, p. 59).

Quanto ao tratamento, este se ausentava justamente por não ser o intuito principal das referidas Instituições. Nesse sentido, para Foucault:

Estas casas não têm vocação médica alguma; não se é admitido

---

<sup>5</sup> Entende-se que os Manicômios Judiciários são Instituições, por isso serão referenciadas com letras maiúsculas.

aí para ser tratado, mas porque não se pode ou não se deve mais fazer parte da sociedade. [...] O internamento que o louco, juntamente com muitos outros recebe na época clássica não põe em questão as relações da loucura com a doença, mas as relações da sociedade consigo própria [...]. É que, no mundo burguês em processo de constituição, um vício maior, o pecado por excelência no mundo do comércio, acaba de ser definido, [...] é a ociosidade. A categoria comum que [sic] grupa todos aqueles que residem nas casas de internamento, é a incapacidade em que se encontram de tomar parte na produção, na circulação ou no acúmulo de riquezas. [...] O internamento foi então ligado nas suas origens e no seu sentido primordial a esta reestruturação do espaço social. (FOUCAULT, 1975, p. 56)

Já no século 18, conforme Castel:

O louco é a figura generalizada da associabilidade. Ele não transgredir uma lei precisa como o criminoso, pode violá-las todas. O louco reativa a imagem do nômade que vagueia numa espécie de *no man's land* social e ameaça todas as regras que presidem à organização da sociedade. (CASTEL, 1978. p. 32)

No século 18, o Movimento das Luzes instaurou o “primado da razão”<sup>6</sup>, estabelecendo a alienação como novo critério de distinção do “louco” perante a coletividade, “ganhando o internamento características médicas e terapêuticas” (AMARANTE, 1995, p. 24).

Esta mudança de critérios, juntamente com a Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão de 1789, deram azo ao aumento das denúncias contra internações forçadas, indeterminação dos quadros clínicos considerando a indistinção do encarceramento, quanto aos loucos, libertinos, criminosos, etc. Assim, no final do século 18 surge o Manicômio, como resposta social à loucura e como espaço precipuamente destinado aos loucos, contudo, as características segregacionistas e hospitalocêntricas (cuja principal forma de tratamento é o internamento)

---

<sup>6</sup> O Iluminismo e seus pensadores pautaram-se no primado da razão, ou seja, defendiam o uso da razão em oposição ao pensamento religioso. Os iluministas acreditavam no progresso da ciência, eram contrários ao poder absoluto (baseado no Antigo Regime) e solicitavam a liberdade e a tolerância, nesse sentido a lição de Ernst Cassirer, na obra “A filosofia do Iluminismo”, ed. UNICAMP, 1992.

permaneciam arraigadas neste modelo assistencial que emergia, ainda que de maneira velada (BASAGLIA, 1985, p. 130).

A consagração deste modelo assistencial firmou-se com a "tecnologia pineliana", método criado pelo médico Philippe Pinel, que estabelece a doença como problema de ordem moral e que, segundo Castel:

O ato fundador de Pinel não é retirar as correntes dos alienados, mas sim o ordenamento do espaço hospitalar. Através da "exclusão" do "isolamento" do "afastamento" para prédios distintos, as categorias misturadas no enclausuramento são desdobradas em tantas quantas forem as razões para se tornar, um assistido: pobreza, velhice, solidão, abandono pelos parentes, doenças diversas. A categoria da loucura se destaca, então, em sua especificidade, decantada dessas complexidades ligadas pela universalidade da desgraça. (CASTEL, 1978. p. 60)

Enquanto que, para Amarante:

A obra de Pinel - estruturada sobre uma tecnologia de saber e intervenção sobre a loucura e o hospital, cujos pilares estão representados pela constituição da primeira nosografia, pela organização do espaço asilar e pela imposição de uma relação terapêutica (o tratamento moral) - representa o primeiro e mais importante passo histórico para a medicalização do hospital, transformando-o em instituição médica (e não mais social e filantrópica), e para a apropriação da loucura pelo discurso e prática médicos. (AMARANTE, 1995, p. 26)

E ainda:

Ao construir um espaço específico para a loucura e para o desenvolvimento do saber psiquiátrico, o ato de Pinel é, desde primeiro momento, louvado e criticado. As principais críticas dirigiram-se ao caráter fechado e autoritário da instituição [...]. (AMARANTE, 1995, p. 26-27).

Tais críticas eram devidas ao fato do modelo pineliano fundar-se na exclusão e maus-tratos dos internados e que, segundo Amarante, "terminam por consolidar um primeiro modelo de reforma à tradição pineliana, qual seja, a das colônias de alienados" (AMARANTE, 1995, p. 27), com objetivo de reestruturar o caráter fechado da instituição. Na prática, as colônias serviram para avultar a relevância da psiquiatria e amortecer as

críticas ao modelo tradicional, pois apesar do seu princípio de liberdade, com o passar dos anos em nada diferiam do modelo pineliano (AMARANTE, 1995, p. 27).

Salienta-se que, conforme assevera Amarante, "as reformas posteriores à reforma de Pinel, procuram questionar o papel e a natureza, ora da instituição asilar, ora do saber psiquiátrico" (AMARANTE, 1995, p. 27).

Nesse sentido é que se repensou o que Foucault sintetiza como:

[...] um encadeamento moral, que transformava o asilo numa espécie de estância perpétua de julgamento: o louco tinha que ser vigiado nos seus gestos, rebaixado nas suas pretensões, contradito no seu delírio, ridicularizado nos seus erros: a sanção tinha que seguir imediatamente qualquer desvio em relação a uma conduta normal. (FOUCAULT, 1975, p. 57)

O Manicômio, como instituição de caráter fechado, tem o poder de controle exercido pelo campo da medicina e da justiça:

[...] a lógica terapêutica no trato com a loucura possibilita a aproximação para com esta, por intermédio da justiça e da medicina. Ao atribuir ao louco uma identidade marginal e doente, a medicina torna a loucura ao mesmo tempo visível e invisível. Criam-se condições de possibilidade para a medicalização e a retirada da sociedade, segundo o encarceramento em instituições médicas, produzindo efeitos de tutela e afirmando a necessidade de enclausuramento deste para gestão de sua periculosidade. Assim, o louco torna-se invisível para a totalidade social e, ao mesmo tempo, torna-se objeto visível e passível de intervenção[...]. (AMARANTE, 1995, p. 46)

Assim, os indivíduos com transtornos mentais constituíram-se como objeto do saber médico, como se o doente fosse sujeito de sua doença, "o que significa que ele constitui um caso; na clínica, onde se trata apenas de exemplo, o doente é o acidente de sua doença, o objeto transitório de que ela se apropriou" (FOUCAULT, 1977, p. 66).

Portanto, a institucionalização da loucura, bem como o enclausuramento, acabaram por retirar a singularidade dos

sujeitos, pois "as práticas psiquiátricas pretendiam muito mais intervir/assistir ao paciente, feito objeto, do que interagir com a existência-sofrimento que se apresentava" (AMARANTE, 1995, p. 46).

Assim, o manicômio "concretiza a metáfora da exclusão, que a modernidade produz na relação com a diferença" (AMARANTE, 1995, p. 47):

[...] o problema das instituições psiquiátricas revelava uma questão das mais fundamentais: a impossibilidade, historicamente construída, de trato com a diferença e os diferentes. Em um universo das igualdades, os loucos e todas as maiorias feitas minorias ganham identidades redutoras da complexidade de suas existências. Opera-se uma identificação entre a diferença e exclusão no contexto das liberdades formais e, no caso da loucura, o dispositivo médico alia-se ao jurídico, a fim de basear leis e, assim, regulamentar e sancionar a tutela e a irresponsabilidade social. (AMARANTE, 1995, p. 48)

Outrossim, vale ressaltar que a exclusão vivenciada pelos internados está intimamente relacionada à incapacidade de produzir e acumular riquezas e o enclausuramento nas suas origens está condicionado à "reestruturação do espaço social" (CASTEL, 1978, p. 55).

Diante disso, um movimento surgido na Inglaterra por volta do ano de 1960, denominado como "antipsiquiatria", ganha destaque no cenário nacional e internacional. Este movimento procura romper com o modelo assistencial tradicional, buscando a reformulação da prática psiquiátrica em diversos países, a partir de denúncias contra afrontas à dignidade da pessoa humana. A proposta da antipsiquiatria era explorar novas maneiras de ação, fato que justifica o método terapêutico utilizado, com a ausência de fármacos e valorizando a análise de um discurso livre (AMARANTE, 1995, p. 42-43).

Sobre a antipsiquiatria, Foucault assevera que:

Em vez de retirada para fora do espaço asilar, se trata então de destruição sistemática através um trabalho interno. E se trata de transferir para o próprio doente o poder de produzir a sua loucura e a verdade de sua loucura ao invés de procurar reduzi-

la a nada. (FOUCAULT, 1979, p.72)

Desse modo iniciou-se o processo de desinstitucionalização, indo ao encontro dos ideais propostos pela tradição basagliana, que evidencia o caráter antiterapêutico revelado pela estrutura institucional do manicômio. Para Basaglia, a instituição "passou a ver o doente como um objeto, quando o doente deveria ser sua única razão de ser" (BASAGLIA, 1985, p. 122). Em virtude disso, Amarante assevera que o projeto de transformação institucional proposto por Basaglia é sobretudo um projeto de desconstrução e superação (AMARANTE, 1995, p. 49).

## 2. O MANICÔMIO JUDICIÁRIO E A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL

Em 30 de maio de 1921, por força do Decreto 14831 de 25 de maio de 1921, foi inaugurado no Brasil o primeiro hospital destinado aos "loucos criminosos" (CARRARA, 1998, p. 20), denominado como Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro. A segunda instituição do gênero teve como sede a cidade de Barbacena, em Minas Gerais, no ano de 1929, e a terceira, instalou-se em São Paulo, no ano de 1933 (SANTOS; FARIAS, 2014, p. 520).

Sobre esses acontecimentos, o autor Carrara afirma:

Anunciavam, primordialmente, a emergência de uma forma inteiramente nova de intervenção social, mais flexível, mais globalizante, mais autoritária. Coroava-se então um processo muito mais amplo que, atingindo as práticas jurídico-penais como um todo, fez com que nossos tribunais, como bem apontou Foucault [1997], passassem, a partir de finais do século XIX, a não julgar mais atos criminosos, mas a própria alma do criminoso. (CARRARA, 1998, p. 194)

Nesse sentido, em que pese a criação dos Manicômios Judiciários, para Carrara, "a ideia central é de que os 'loucos perigosos ou que estivessem envolvidos com a justiça ou polícia' deveriam ser separados dos alienados comuns, constituindo-se em objeto institucional distinto" (CARRARA, 1998, p. 148).

No que concerne à periculosidade, importante esclarecer, que seu conceito é objeto de inúmeros debates nas áreas jurídica e médica. Para Diniz, "periculosidade é um dispositivo de poder e de controle dos indivíduos" (DINIZ, 2013, p. 15). Nesta linha de raciocínio, Castel afirma que:

A supremacia da internação compulsória sobre a internação voluntária mantém a rotulação quase exclusiva da doença mental como periculosidade. O asilo não é em nada um hospital como qualquer outro, mas o último recurso para os indivíduos que se vêm rejeitados de toda a parte. (CASTEL, 1978. p. 160)

Assim, a implementação dessas instituições no país apresenta, desde a sua origem, uma natureza de "caráter ambíguo e contraditório" (CARRARA, 2010, p. 28), em razão de condensar em sua estrutura tanto características de uma prisão, quanto de um hospital psiquiátrico.

Exemplo da contradição, segundo Diniz, é o fato de alguns Manicômios Judiciários serem vinculados à Secretaria de Justiça e não à Secretaria de Saúde, como no caso das instituições psiquiátricas tradicionais, em razão de pertencerem ao sistema penitenciário, como o Hospital Penitenciário Valter Alencar, situado no Piauí e o Complexo Médico-Penal do Paraná (DINIZ, 2013, p. 199-225).

Quanto à condição legal da pessoa acometida por transtorno mental e autora de delito, no âmbito nacional, foi regulamentada pelo Código Penal de 1830; posteriormente pelo Código Penal de 1890; sucessivamente passou a ser regida pelo mesmo diploma legal de 1940, até chegada da reforma penal de 1984 (RAUTER, 2003).

As instituições inicialmente denominadas de Manicômios Judiciários, "assumiram centralidade no cumprimento das medidas de segurança, principalmente pelo marco estabelecido pelo Código Penal de 1940" (DINIZ, 2013, p. 15).

Nessa perspectiva:

O Código Penal de 1940 se caracterizava pelo "sistema do duplo binário". [...] tal sistema se caracterizava por comportar dois tipos de reação penal. De um lado, a pena, de caráter

expiatório, medida segundo o grau de culpabilidade do sujeito e a gravidade de seu ato, e, de outro, a [sic] medida-de-segurança, fundada na avaliação do grau de periculosidade do acusado. A [sic] medida-de-segurança deveria atingir os loucos criminosos e algumas outras classes de delinquentes não-alienados. (CARRARA, 1998, p. 31)

Enquanto que, para Fragoso:

A pena é sanção e se aplica por fato certo, o crime praticado, ao passo que a [sic] medida-de-segurança não é sanção e se aplica por fato provável, a repetição de novos crimes. A pena é medida afliativa, ao passo que a [sic] medida-de-segurança é tratamento, tendo natureza assistencial, medicinal ou pedagógica. O caráter afliativo que esta última apresenta não é fim pretendido, mas meio indispensável para sua execução finalística. (FRAGOSO, 1981, apud, CARRARA, 1998, p. 31)

Assim, a medida de segurança é precipuamente destinada ao louco criminoso, "a ser cumprida em manicômio judiciário, por um período determinado, ao fim do qual será avaliada a cessação de sua periculosidade e a cura de sua doença, o que poderá não ocorrer jamais..." (RAUTER, 2003, p. 72).

Salienta-se que, o Manicômio Judiciário era uma instituição destinada exclusivamente às pessoas acometidas por transtornos mentais autoras de delitos, sendo fechada ao público em geral, na contramão dos hospitais psiquiátricos. Entretanto, de acordo com o autor Tavolaro, como "a ideia era formar uma sociedade asséptica. Os cidadãos considerados improdutivos – idosos ou deficientes com tendência para comportamentos agressivos – também encontraram seu espaço definitivo no Manicômio" (TAVOLARO, 2002. p. 25).

Historicamente, "os Manicômios abriram suas portas, e o tratamento em regime asilar passou a ser descrito como inumano" (DINIZ, 2013, p. 13). Nesse sentido, ao delinear a situação do Manicômio Judiciário de Barbacena, em Minas Gerais, vulgarmente conhecido como "Colônia", Arbex afirma:

Homens, mulheres e crianças, às vezes, comiam ratos, bebiam esgoto ou urina, dormiam sobre capim, eram espancados e violados. Nas noites geladas da Serra da Mantiqueira, eram

atirados ao relento, nus ou cobertos apenas por trapos. [...] Os pacientes do Colônia, morriam de frio, de fome, de doença. Morriam também de choque. Em alguns dias, os eletrochoques eram tantos e tão fortes, que a sobrecarga derrubava a rede do município. Nos períodos de maior lotação, dezesseis pessoas morriam a cada dia. (ARBEX, 2013, p. 14)

Um cenário equivalente apresentava-se no Manicômio Judiciário de Franco da Rocha, em São Paulo, que após a ditadura militar de 1964, encontrava-se arruinado:

[...] sem nenhuma modernização em suas estruturas, o manicômio se transformou num verdadeiro depósito de loucos. [...] O descaso do governo com o sistema de saúde mental resultou num dos capítulos mais nefastos da história do tratamento aos doentes criminosos no país. (TAVOLARO, 2002, p. 42)

Diante disso, a história dos Manicômios Judiciários é tragicamente marcada por aspectos segregacionistas e de violação de direitos humanos.

### 3. O MOVIMENTO ANTIMANICOMIAL E A REFORMA PSIQUIÁTRICA

No Brasil, o Movimento da Reforma Psiquiátrica teve início no final da década de 1970 e destacou-se com o Movimento dos Trabalhados em Saúde Mental, que denunciou as precárias condições de trabalho, as irregularidades e a violência que existiam nas instituições psiquiátricas, "é o ator a partir do qual originalmente emergem as propostas de reformulação do sistema assistencial" (AMARANTE, 1995, p. 51-52):

O Movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira tem como estopim o episódio que fica conhecido como a 'Crise da DIN-SAM' (Divisão Nacional de Saúde Mental), órgão do Ministério da Saúde responsável pela formulação de políticas de saúde do subsetor saúde mental. Os profissionais [...], deflagram uma greve, em abril de 1978, seguida da demissão de 260 estagiários e profissionais". (AMARANTE, 1995, p. 51).

Assim, a partir da deflagração da greve, nasceu o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), "cujo

objetivo é constituir-se em um espaço de luta não institucional” (AMARANTE, 1995, p. 52), e que:

[...] assume papel relevante nas denúncias e acusações ao governo militar, principalmente sobre o sistema nacional de assistência psiquiátrica, que inclui práticas de tortura, fraudes e corrupção. As reivindicações giram em torno de aumento salariais, redução de número excessivo de consultas por turno de trabalho, críticas a cronificação do manicômio e ao uso do eletrochoque, melhores condições de assistência à população e pela humanização dos serviços. (LUCHMANN; RODRIGUES, 2007, p. 402)

Ainda, cabe ressaltar, que o referido movimento, “aglutina informações, organiza encontros, reúne trabalhadores em saúde mental e associações de classe, bem como de entidades e setores mais amplos da sociedade” (AMARANTE, 1995, p. 52).

Em razão disso, vários eventos passaram a ocorrer no país, encontrando lugar de destaque, o V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, realizado em Camboriú, em 1978, conhecido como “Congresso da Abertura”, o I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições, realizados no Rio de Janeiro, em 1978, que contou com a presença dos principais militantes das correntes de pensamento crítico no campo da saúde mental, dentre eles, Franco Basaglia, Robert Castel e Erving Goffman, tendo ficado conhecido como “Feira da Psicanálise”. Também se destacou, o I Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, realizado em São Paulo, em 1979, que deu ênfase ao debate sobre o modelo de assistência psiquiátrica. Ainda, no mesmo ano, o III Congresso Mineiro de Psiquiatria, realizado em Belo Horizonte, com a proposta de realização de trabalhos alternativos, bem como, o I Encontro Regional dos Trabalhadores em Saúde Mental, realizado no Rio de Janeiro, em 1980, onde discutiu-se temas como, política nacional de saúde mental, alternativas aos profissionais da área e denúncias de irregularidades no modelo asilar. Por fim, e não menos importante, o II Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, realizado em Salvador, em 1980, onde debateu-se questões de

direitos humanos dos pacientes psiquiátricos, revisão da legislação penal e civil concernente ao doente mental e a ineficiência do modelo assistencial (AMARANTE, 1995, p. 53-56).

Decorrente da intensa atuação do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, surge o Movimento Antimanicomial, “que fez sua a causa da transformação da realidade da assistência psiquiátrica nacional” (CORREIA, 2006, p. 85). Ademais, importante registrar, que o Movimento Antimanicomial nasceu no II Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental, também conhecido como o “Congresso de Bauru”, e conforme Correia, seu lema era:

[...] ‘Por uma sociedade sem Manicômios’, que exigia que os hospícios fossem substituídos por outras formas de tratamento, capazes de garantir a dignidade e a liberdade dos usuários dos serviços de saúde mental, com base nos seus direitos. Ao denunciar as precárias condições de atendimento e as péssimas condições sanitárias encontradas nos manicômios, o Movimento Antimanicomial luta pela implementação de instituições abertas, que tenham no seu bojo o respeito aos direitos daqueles usuários. Os profissionais atuantes nessa área propuseram o fechamento dessas estruturas e a divulgação de novos referenciais terapêuticos. Sendo assim, percebe-se que o Movimento do Trabalhados de Saúde Mental se desfaz, enquanto tal, para dar lugar ao Movimento da Luta Antimanicomial, configurando-se, então, um movimento social. (CORREIA, 2006, p. 86)

Nesse sentido, quanto à sugestão de fechamento apresentada pelo Movimento Antimanicomial:

Como o próprio nome indica, o objetivo imediato dessa luta é a extinção do manicômio: do hospital psiquiátrico, do muro, do confinamento, da internação. No entanto, a questão manicomial ecoa muito além dos muros do hospital psiquiátrico ou do domínio estrito das práticas manicomiais, estendendo-se pelo tecido social como naturalização do manicômio, da doença mental e da exclusão, como patologização e atribuição de periculosidade à loucura [...]. A questão manicomial diz respeito à família, à rua, à cidade, às relações imediatas com o louco, e também às grandes máquinas sociais, às formas de enfrentamento social e às políticas em relação à questão [...]. (PRADO

FILHO; LEMOS, 2012, p. 55-56)

No bojo das discussões propostas pelo Movimento Antimanicomial, Basaglia pontua que, “falar de uma reforma da atual lei psiquiátrica significa não somente desejar encontrar novos sistemas e regras sobre os quais apoiar a nova organização, mas principalmente, enfrentar os problemas de ordem social que se são correlatos” (BASAGLIA, 1985, p. 116).

Dessa maneira, os movimentos sociais passaram a reunir não somente os profissionais da área, mas também, os familiares e os próprios usuários. Logo, diante do novo momento no cenário da saúde mental brasileira, “o louco/doente mental deixa de ser simples objeto da intervenção psiquiátrica, para tornar-se, de fato, agente de transformação da realidade, construtor de outras possibilidades” (AMARANTE, 1995, p. 121).

Assim, nos anos compreendidos entre 1980 e 1990, vários eventos foram realizados no país, em torno de diferentes temas e objetos, entretanto, com a mesma finalidade: a humanização das práticas no campo da saúde mental e a superação do Manicômio Judiciário (AMARANTE, 1995, p. 52).

Nessa perspectiva, com o advento da Constituição Federal de 1988 e o “pano de fundo macropolítico de redemocratização” (PRADO FILHO; LEMOS, 2012, p. 47), em 1989, passou a tramitar perante o Congresso Nacional o Projeto de Lei 3.657/89, do deputado Paulo Delgado, que tratava sobre proteção e os direitos do doente mental quanto ao tratamento e a extinção progressiva dos manicômios no país (AMARANTE, 1995, p. 75).

Por conseguinte:

A aprovação da Lei Paulo Delgado, em 2001, após mais de dez anos de tramitação no Congresso constitui, talvez, o ponto culminante da luta antimanicomial brasileira como marco institucional da extinção dos manicômios no país, bandeira do movimento da luta antimanicomial e objeto estratégico de luta que, conquistado, denota vitória. Esse acontecimento concretizou a implantação do projeto dos Centros de Atenção Psicossociais, que aciona o início do fechamento dos hospitais psiquiátricos

e a criação de hospitais-dia e enfermarias psiquiátricas na figura do hospital geral, implicando um deslocamento do modelo hospitalocêntrico para estratégias de atenção psicossocial. (PRADO FILHO; LEMOS, 2012, p. 47)

Entretanto, a aprovação da Lei nº 10.216/2001 (Lei Paulo Delgado) não foi suficiente para dar cabo aos problemas estruturais do modelo assistencial:

[...] em que pese a importância dos acontecimentos e inovações surgidas nesta trajetória, muitos novos problemas se apresentaram desde então. Um deles refere-se aos novos serviços que, embora tenham apontado para uma nova tendência no que diz respeito ao modelo assistencial, chamou atenção para o aspecto da qualidade dos mesmos. Em outras palavras, percebeu-se que o fato de ser um serviço externo não garante sua natureza não manicomial, pois pode reproduzir os mesmos mecanismos ou características da psiquiatria tradicional [...]. (AMARANTE, 1995, p. 84)

Quanto aos resultados provenientes da aprovação da referida Lei, mister é destacar que, “o equívoco legalista-cartorialista operante na cultura brasileira dificulta perceber que não se decreta uma transformação social através de um ato legal” (PRADO FILHO; LEMOS, 2012, p. 60). Portanto, a sensibilidade social não se forma automaticamente a partir da aprovação de uma lei, o tratamento social de doenças psíquicas exige muito mais que um ato formal para ser modificado.

O Movimento da Luta Antimanicomial “por um lado, concentrou esforços num campo institucional, numa estratégia de suporte legal para a extinção do manicômio, por outro, parece ter se acomodado com a conquista obtida quando da aprovação da Lei Paulo Delgado” (PRADO FILHO; LEMOS, 2012, p. 60).

Destarte, passados quase vinte anos desde a implementação da Lei nº 10.216/2001, ainda se constata a falta de efetividade nas medidas propostas:

O que se verifica na prática é que os manicômios brasileiros ainda se encontram em funcionamento, convivendo com os serviços substitutivos, o que se aproxima mais de uma reforma psiquiátrica do que propriamente de uma abolição manicomial. O próprio termo “serviço substitutivo” empregado no texto

oficial para designar as estratégias de atenção social é problemático, uma vez que acaba herdando a maldição do manicômio, do muro, do estigma, facilitando sua captura pelo poder psiquiátrico. (PRADO FILHO; LEMOS, 2012, p. 60)

Assim, a inobservância das diretrizes da referida Lei faz com que os “usuários”<sup>7</sup> sejam frequentemente vítimas de violação de direitos humanos.

Por fim, apesar das adversidades, o movimento identificado como Movimento de Luta Antimanicomial ou como Movimento pela Reforma Psiquiátrica “cumpre um importante e único papel no campo das transformações em saúde mental: é o ator político a construir as propostas e possibilidades de mudanças” (AMARANTE, 1995, p. 121).

#### 4. O PROCESSO DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

Um dos principais pilares da reforma psiquiátrica no Brasil é a desinstitucionalização (AMARANTE, 1995, p. 75) que nada mais é do que uma mudança nos padrões dentro do campo da saúde mental (VASCONCELOS, 2008, p. 40):

Diante da complexidade do processo de desinstitucionalização e das problemáticas em torno dele, é preciso considerar a existência de uma lógica manicomial que atravessa as mais diferentes realidades no campo da saúde mental, dizendo respeito ao caráter asilar, segregante e tutelar dos processos de subjetivação na contemporaneidade, para além desse campo específico de interesse. Esta lógica manicomial parece estar presente nos diferentes espaços e tempos, configurando diferentes formas de controle da vida que superam as formas disciplinares de aprisionamento dos corpos. (AMORIM; DIMENSTEIN, 2007, p. 198)

A desinstitucionalização é entendida como, “um movimento constante de renovação de todo sistema de saber e cuidados em saúde mental” (VASCONCELOS, 2008, p. 40). Nessa

---

<sup>7</sup> Segundo Amarante (1995), o termo “usuário”, surge em substituição aos termos “louco”, “doente mental” ou “cliente”. Entretanto, percebeu-se que apesar da mudança da nomenclatura, as consequências continuavam as mesmas.

perspectiva, tem lugar de destaque o artigo 5º da Lei nº 10.216/2001, que faz menção a uma política específica para a desinstitucionalização:

Art. 5º - O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário. (BRASIL, 2001)

Outrossim, um dos maiores desafios da reforma psiquiátrica é a desinstitucionalização de pacientes egressos de Manicômios Judiciários e com longos históricos de internações, uma vez que são usuários duplamente estigmatizados, como loucos e criminosos. Em razão disso, são temidos pela sociedade e muitas vezes abandonados à sorte pela família. Ademais, raramente conseguem ter acesso aos meios de tratamentos alternativos que substituem a hospitalização (BIONDI; FIALHO; KOLKER, 2003, p. 12).

Portanto, a desinstitucionalização objetiva a desconstrução da realidade dos Manicômios Judiciários, para além das barreiras físicas (muros) e visa a construção de novas realidades, a partir de novas bases políticas e sociais, transformando toda uma cultura que sustenta a violência, a segregação e o enclausuramento da loucura (BASAGLIA, 1985, p. 124).

A desinstitucionalização pretende “transformar as relações de poder entre instituição e os sujeitos” (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 2001, p. 53), sendo “um processo ético de reconhecimento de uma prática que introduz novos sujeitos de direito e novos direitos para os sujeitos” (AMARANTE, 1995, p. 494). Entretanto, sobre a desinstitucionalização:

[...] não significa fechar hospícios (ou hospitais psiquiátricos, se preferirem) e abandonar as pessoas em suas famílias, muito menos nas ruas. Não significa também fechar leitos para reduzir custos, no sentido do neoliberalismo ou no sentido do engugamento do Estado (aliás, em princípio, a rede de novos

serviços e cuidados tende a requerer maior investimento, não apenas técnico e social, mas também financeiro) [...]. (AMARANTE, 1995, p. 493)

Importante registrar que a proposta da desinstitucionalização não é transferir a responsabilidade para os familiares, o que se busca é recuperar os vínculos entre o usuário e a família e possibilitar a assistência e cuidados, sob uma perspectiva, a de reincluir e não mais aprisionar.

Nesse sentido, o artigo 4º, § 1º, da Lei nº 10.216/2001, dispõe que, “o tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio”. Logo, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), as Residências Terapêuticas, bem como o Programa de Volta para Casa, revelam-se como grandes aliados para a efetivação do processo de desinstitucionalização.

Isto posto, mister salientar que entre todos os meios alternativos de assistência à saúde mental, os Centros de Atenção Psicossocial têm valor estratégico para a reforma psiquiátrica brasileira. Nessa perspectiva, a Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas<sup>8</sup>, realizada pelo Ministério da Saúde, dispõe que,

É o surgimento destes serviços que passa a demonstrar a possibilidade de organização de uma rede substitutiva ao Hospital Psiquiátrico no país. É função dos CAPS prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando assim as internações em hospitais psiquiátricos; promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais através de ações intersetoriais; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação e dar suporte à atenção à saúde mental na rede básica. É função, portanto, e por excelência, dos CAPS organizar a rede de atenção às pessoas com transtornos

---

<sup>8</sup> Segundo preleciona Dal Poz et al, a “Declaração de Caracas foi proclamada, em novembro de 1990, pela Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina no contexto dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS), convocada pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 1990) [...]. A Declaração de Caracas forneceu justificativa ideológica e suas recomendações estimularam a discussão de alternativas técnicas no cuidado ao doente mental. Na realidade, a Declaração aglutinou e deu força, organicidade e sustentação institucional, sob a chancela das organizações internacionais, aos movimentos reformistas do continente”.

mentais nos municípios. Os CAPS são os articuladores estratégicos desta rede e da política de saúde mental num determinado território. Os CAPS devem ser substitutivos, e não complementares ao hospital psiquiátrico. Cabe aos CAPS o acolhimento e a atenção às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, procurando preservar e fortalecer os laços sociais do usuário em seu território. De fato, o CAPS é o núcleo de uma nova clínica, produtora de autonomia, que convida o usuário à responsabilização e ao protagonismo em toda a trajetória do seu tratamento. (BRASIL, 2005, p. 27)

Assim, os Centros de Atenção Psicossocial, “no processo de construção de uma lógica comunitária de atenção à saúde mental, oferecem então os recursos fundamentais para a reinserção social de pessoas com transtornos mentais.” (BRASIL, 2005, p. 31).

## 5. O PAPEL DOS HOSPITAIS DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO

A partir da Reforma Penal de 1984, passou-se a empregar a terminologia “Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico”, que, conforme Bitencourt, “não passa de uma expressão eufemística utilizada pelo legislador [...] para definir o velho e deficiente Manicômio Judiciário” (BITENCOURT, 2013, p. 856). Mesmo considerando a boa intenção do legislador, Bitencourt salienta que de fato nenhum Estado brasileiro empregou recursos na construção de novos (BITENCOURT, 2013, p. 856).

A referida reforma deu-se por meio da Lei nº 7.209 de 11 de julho de 1984, Lei de Execuções Penais, que alterou a parte geral do Código Penal de 1940 e estabeleceu em seu Capítulo VI, artigo 99, que “o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico destina-se aos inimputáveis e semi-imputáveis referidos no artigo 26 e seu parágrafo único do Código Penal”.

Nessa perspectiva, o artigo 26 do Código Penal:

Art. 26 - É isento de pena o agente que, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender

o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.

Redução de pena

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

Assim, a inimputabilidade “é a incapacidade para apreciar o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com essa apreciação” (PALLOS, 1965, apud, TOURINHO FILHO, 2013, p. 517). Enquanto que na semi-imputabilidade os agentes “possuem *capacidade penal*, são plenamente responsáveis e puníveis com redução de um a dois terços da pena; por exceção, na hipótese de *especial tratamento curativo* (art. 98, CP)” (SANTOS, 2008, p. 661-662).

No que concerne ao tratamento dispensado aos pacientes internos em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, “ainda hoje controverso, é considerado por alguns autores como inexistente, implicando mais uma vez na dicotomia hospital presídio” (SÃO PAULO, 2013, p. 232). A exemplo disso, Carrara observa que “o fato de os internos quase sempre se dizerem ‘presos’, e não ‘doentes’, ou de se referirem à sua estada no MJ [Manicômio Judiciário] quase sempre como uma ‘pena’, e nunca como um ‘tratamento’” (CARRARA, 1998, p. 38).

Esses fatores ressaltam que o tratamento recebido pela maioria dos pacientes não é adequado, devido a precariedade assistencial e ao sucateamento do sistema (SÃO PAULO, 2013, p. 233).

Os hospitais para “loucos infratores” resistiram à Reforma Psiquiátrica, sendo que, inclusive, alguns foram inaugurados depois da Lei nº 10.216 de 2001, ocasião em que houve uma “reorientação do cuidado da loucura” (DINIZ, 2013, p. 13).

Nesse sentido, é importante registrar a previsão feita para o término de todos estes estabelecimentos até o ano de 2019, entretanto, para cada vez mais a incerteza da possibilidade de

uma sociedade livre dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, tendo em vista o controle social exercido por tais instituições (SANTOS, 2015, p. 1216).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A discussão sobre os Manicômios Judiciários é relativamente recente no Brasil, surgiu por força do Movimento Antimanicomial e desenvolveu-se, sobretudo, durante a trajetória da Reforma Psiquiátrica, que teve início na década de 1970.

Apesar de todas as conquistas e avanços advindos da Reforma Psiquiátrica, momento a partir do qual verificaram-se mudanças significativas no campo da saúde mental, por ter consolidado a hipótese de desinstitucionalização e a consequente implementação de serviços abertos de tratamento, observou-se que muitos dos direitos dos portadores de transtornos psíquicos autores de delitos, continuam sendo violados, tendo em vista o tratamento inadequado e precário que é dispensado à essa população, duplamente estigmatizada, desassistida e sem nenhuma perspectiva de reinserção social.

Diante dessas circunstâncias, lamentavelmente, nos dias continua sendo evidente a escassez de políticas públicas que promovam a saúde mental e o tratamento digno aos indivíduos que cumprem medida de segurança, contrariando assim, os preceitos legais e o respeito aos direitos humanos.

Portanto, a inobservância das garantias constitucionais, bem como das diretrizes da Lei nº 10.216/2001, configura uma tradição fundada no desprezo aos direitos humanos no tocante aos apenados portadores de transtornos mentais que não dispõem de um modelo assistencial estruturado e eficiente ao ponto de prestar assistência de maneira contínua e integral.

A pesquisa se dividiu em cinco partes, iniciando sobre a transição dos Manicômios Judiciários para Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico no Brasil, partindo para analisar o

Manicômio Judiciário e a Política Nacional de Saúde Mental, as contribuições do Movimento Antimanicomial, que contribuiu para o processo de desinstitucionalização e, conseqüentemente, para o papel do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico no Brasil, demonstrando avanços no ordenamento jurídico brasileiro neste sentido.

Por meio do método bibliográfico, a pesquisa teve o objetivo de apresentar um estudo do contexto histórico dos famigerados Manicômios Judiciários e os aspectos provenientes da Reforma Psiquiátrica, bem como as contribuições do Movimento da Luta Antimanicomial, retratando o constante redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental, que tem como cenário atual os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico.

Diante disso, o problema de pesquisa proposto, sobre a possibilidade de considerar que as instituições criadas para o tratamento das pessoas com problemas psíquicos salvaguardaram seus direitos e respeitaram os direitos humanos, tem-se que a preocupação do aparato jurídico-psiquiátrico no Brasil se demonstrava muito mais com a proteção da sociedade ao retirar o indivíduo que, em tese, seria o “causador dos problemas” para tratamento, do que com a pessoa a ser tratada ou reinserida ao convívio social e o seu sofrimento psíquico. Por isso, os direitos humanos não eram considerados uma prioridade nestes casos.



## REFERÊNCIAS

- AMARANTE, Paulo. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1995.
- AMARANTE, Paulo. Novos sujeitos, novos direitos: o debate

- em torno da reforma psiquiátrica. Caderno Saúde Pública, Rio de Janeiro, Vol. 11, n. 3, p. 491-494, 1995.
- AMORIM, Ana Karenina de Melo Arraes; DIMENSTEIN, Magda. Desinstitucionalização em saúde mental e práticas de cuidado no contexto do serviço residencial terapêutico. Ciência & saúde coletiva, Vol. 14, n. 1, Rio de Janeiro, 2007.
- ARBEX, Daniela. Holocausto brasileiro. São Paulo: Geração Editorial, 2013.
- BASAGLIA, Franco. A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico. 3. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.
- BIONDI E., FIALHO J., KOLKER T. A reinserção social do portador de transtorno mental infrator: propostas para a adequação das medidas de segurança à Lei 10.216/01, 2003. Disponível em: <http://www.carceraria.org.br>. Acesso em: 14/01/2020.
- BITENCOURT, Cezar Roberto. Tratado de Direito penal: parte geral 1. 19. ed. rev., ampl. e atual. São Paulo: Saraiva, 2013.
- BRASIL. Código penal brasileiro. 16. ed. São Paulo: Saraiva, 2016.
- BRASIL. Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984. Institui a Lei de Execução Penal.
- BRASIL. 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. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, 2005.

- CARRARA, Sérgio. Crime e loucura: o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século. Rio de Janeiro: EdUERJ; São Paulo: EdUSP, 1998.
- CARRARA, Sérgio. A história esquecida: os manicômios judiciários no Brasil. *Revista Brasileira de Crescimento Desenvolvimento Humano*. São Paulo, USP, Vol. 20, n. 1, 16-29, 2010.
- CASTEL, Robert. *A Ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo*. Tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque. 2. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.
- CORREIA, Ludmila Cerqueira. O movimento antimanicomial: movimento social de luta pela garantia e defesa dos direitos humanos. *Prima Facie*. Vol. 5, n. 8, p. 83-97, 2006.
- DAL POZ, Mario Roberto; LIMA, José Carlos de Souza; PERAZZI, Sara. Força de trabalho em saúde mental no Brasil: os desafios da reforma psiquiátrica. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, Vol. 22, n. 2, p. 621-639, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v22n2/12.pdf>. Acesso em: 10/12/2019.
- DINIZ, Débora. *A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil: censo 2011*. Brasília: Letras Livres: Editora Universidade de Brasília, 2013.
- CASSIRER, Ernst. *A filosofia do iluminismo*. São Paulo: Editora da UNICAMP, 1992.
- FOUCAULT, Michel. *Doença mental e psicologia*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1975.
- FOUCAULT, Michel. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Graal, 1977.
- FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- LUCHMANN, L.H.H; RODRIGUES, J. O movimento antimanicomial no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, Vol. 12, n. 2, p. 399-407, 2007.
- PRADO FILHO, Kleber; LEMOS, Flavia Cristina Silveira. Uma

- breve cartografia da luta antimanicomial no Brasil. Contemporânea. São Paulo, UFSCar, Vol. 2, n. 1, p. 45-63, 2012.
- RAUTER, Cristina. Criminologia e subjetividade no Brasil. Rio de Janeiro: Revan, 2003.
- ROTELLI, Franco; LEONARDIS, Ota; MAURI, Diana. Desinstitucionalização. São Paulo: Hucitec, 2001.
- SANTOS, Ana Luiza Gonçalves dos; FARIAS, Francisco Ramos de; PINTO, Diana de Souza. Por uma sociedade sem hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, Vol. 22, n. 4, p.1215-1230, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v22n4/0104-5970-hcsm-22-4-1215.pdf>. Acesso em: 10/12/2019.
- SANTOS, Ana Luiza Gonçalves dos; FARIAS, Francisco Ramos de. Criação e extinção do primeiro manicômio judiciário no Brasil. Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental. São Paulo, Vol. 17, n. 3, 515-527, 2014.
- SANTOS, Juarez Cirino dos. Direito penal: parte geral. 3. ed. Curitiba: ICPC; Lumen Juris, 2008.
- SÃO PAULO. Conselho Regional de Medicina, Medida de Segurança: uma questão de saúde e ética. CORDEIRO, Quirino (Org.), ARANHA DE LIMA, Mauro Gomes (Org.). São Paulo: CREMESP, 2013.
- SÃO PAULO. Conselho Regional de Medicina. Hospital de custódia: prisão sem tratamento – fiscalização das instituições de custódia e tratamento psiquiátrico do Estado de São Paulo. CORDEIRO, Quirino (Org.), ARANHA DE LIMA, Mauro Gomes (Org.). São Paulo: CREMESP, 2014.
- TAVOLARO, Douglas. A casa do delírio: reportagem no Manicômio Judiciário de Franco da Rocha. São Paulo: SENAC São Paulo, 2002.

TOURINHO FILHO, Fernando da Costa. Manual de Processo Penal. 16. ed. rev. e atual. São Paulo: Saraiva, 2013

VASCONCELOS, Eduardo Mourão (Org.). Saúde Mental e Serviço Social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. São Paulo: Cortez, 2008.