

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PAMPA

LETÍCIA LEVY HAR

**PERCEPÇÕES ACERCA DA LEI
ANTIMANICOMIAL NA VISÃO DO
PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE
MENTAL NO RS**

Santa “Ana do Livramento

2022

LETÍCIA LEVY HAR

**PERCEPÇÕES ACERCA DA LEI
ANTIMANICOMIAL NA VISÃO DO
PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE
MENTAL NO RS**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Direito da
Universidade Federal do Pampa, como
requisito parcial para obtenção do Título de
Bacharel em Direito.

Orientador: Prof. Dr. Marcelo Mayora Alves

Sant'Ana do Livramento

2022

Ficha catalográfica elaborada automaticamente com os dados fornecidos
pelo(a) autor(a) através do Módulo de Biblioteca do
Sistema GURI (Gestão Unificada de Recursos Institucionais) .

H65p Har , Leticia
PERCEPÇÕES ACERCA DA LEI ANTIMANICOMIAL NA VISÃO DO
PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE MENTAL NO RS. / Leticia Har .
52 p.

Trabalho de Conclusão de Curso(Graduação)-- Universidade
Federal do Pampa, DIREITO, 2022.
"Orientação: Marcelo Alves ".

1. Lei Antimanicomial . I. Título.

LETÍCIA LEVY HAR

**PERCEPÇÕES ACERCA DA LEI
ANTIMANICOMIAL NA VISÃO DO
PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE
MENTAL NO RS**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Direito da
Universidade Federal do Pampa,
como requisito parcial para obtenção
do Título de Bacharel em Direito.

Trabalho de Conclusão de Curso defendido e aprovado
em: 02/08/2022

Prof. Dr. Marcelo Mayora Alves
UNIPAMPA

Prof. Dr. Jair Pereira Coitinho
UNIPAMPA

Prof. Dra. Vanessa Dorneles Schinke
UNIPAMPA

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meus pais por sempre me incentivarem a estudar e buscar novos caminhos e também todo apoio durante toda essa jornada. Agradeço a meu namorado Alexander kubiak por todo auxílio, carinho e apoio ao longo dos semestres. Gostaria de agradecer também a todos professores que contribuíram de forma positiva com meu caminho acadêmico, ademais gostaria de agradecer em especial meu orientador Marcelo Mayora Alves pelos ensinamentos e pela paciência, além disso pela confiança e liberdade de trabalho. Por fim gostaria de agradecer a todos que contribuíram de uma forma ou outra para que a concretização desse trabalho fosse possível.

“O manicômio não passava de um depósito humano que agrupava uma série de pessoas que dentre muitos estigmas que carregavam, também eram ditas improdutivas para toda uma sociedade” (BASAGLIA, 1991).

RESUMO

O presente trabalho trata sobre os impactos ocasionados pela Lei 10.216/01 no trabalho dos profissionais da área de saúde mental no Rio Grande do Sul e como isso modificou nos atendimentos e o tratamento de seus pacientes será objeto do estudo. Além disso, também buscou-se entender sobre o histórico acerca da loucura ao longo do tempo, e o surgimento da medida de segurança no ordenamento jurídico brasileiro. O método utilizado foi o qualitativo com escopo de analisar de forma empírica as modificações da referente legislação, além de pesquisa bibliográfica. Posteriormente pesquisou-se como ocorreu a reforma psiquiátrica brasileira e como foi promulgada a Lei Antimanicomial e as particularidades sobre a referida legislação. Por fim foi realizada entrevistas com diferentes especialistas que atuam no setor de saúde mental em diferentes cidades sendo elas: Porto Alegre, Rio Grande e Santana do Livramento, logo após os questionários foram analisados para se obter a resposta sobre as mudanças ocasionadas com o advento da Lei Antimanicomial, os desafios e conquistas trazidos acerca desse ordenamento serão escopo do trabalho.

Palavras Chaves: medida de segurança; transtornos mentais; sujeitos ditos loucos; Lei Antimanicomial.

RESUMEN

El presente trabajo trata de los impactos causados por la Ley 10.216/01 en el trabajo de los profesionales de la salud mental en Rio Grande do Sul y cómo cambió en el cuidado y tratamiento de sus pacientes será el objeto de estudio. Además, también se buscó comprender la historia de la locura a lo largo del tiempo, y el surgimiento de la medida de seguridad en el sistema jurídico brasileño. El método utilizado fue cualitativo con el fin de analizar de forma empírica las modificaciones de la legislación referente, además de la investigación bibliográfica. A continuación, se investigó cómo se produjo la reforma psiquiátrica brasileña y cómo se promulgó la Ley Anti-asilo y las particularidades sobre esta legislación. Por último, se realizaron entrevistas con diferentes especialistas que trabajan en el sector de la salud mental en distintas ciudades: Porto Alegre, Rio Grande y Santana do Livramento, poco después se analizaron los cuestionarios para obtener la respuesta sobre los cambios provocados con la llegada de la Ley 10. 216/01, los desafíos y logros que trajo esta ordenanza serán el alcance del trabajo.

Palabras clave: medida de seguridad; trastornos mentales; dementes; Ley Anti-asilo.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 ASPECTOS HISTÓRICOS SOBRE A LOUCURA E SOBRE A MEDIDA DE SEGURANÇA.....	12
2.1 ASPECTOS HISTÓRICOS SOBRE A LOUCURA.....	12
2.1.1 A LOUCURA NA IDADE MÉDIA.....	12
2.2 A LOUCURA NA IDADE CLASSICA.....	13
2.2.1 A LOUCURA NA IDADE MODERNA.....	14
2.2.2 ASPECTOS HISTÓRICOS DA MEDIDA DE SEGURANÇA.....	15
3 A LEGISLAÇÕES VOLTADAS A PESSOAS COM TRASTORNOS MENTAIS, ATÉ O ADVENTO DA LEI 10.216/01 E SEUS IMPACTOS	22
3.1 LEGISLAÇÕES DESTINADAS AOS SUJEITOS DITOS LOUCOS.....	22
3.1.1 O SURGIMENTO DA PSIQUIATRIA NO BRASIL	24
3.1.2 LEGISLAÇÃO EM OUTROS PAÍSES ACERCA DO TEMA.....	27
3.1.3 A INFLUÊNCIA DE BASAGLIA NO BRASIL PARA A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA.....	28
3.1.4 LEI 10.216/01 TAMBÉM CONHECIDA COMO LEI ANTIMANICOMIAL	31
4 ENTREVISTAS REALIZADAS COM TRABALHADORES DA ÁREA DE SAÚDE MENTAL.....	36
4.1 MATERIAL E MÉTODOS	36
4.2 BREVE RELATO DAS ENTREVISTAS	37
4.3 ANÁLISE DAS ENTREVISTAS.....	45
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	47
REFERÊNCIAS	50

1 INTRODUÇÃO

A motivação para pesquisar sobre a legislação acerca de pessoas com transtornos mentais, surgiu com a leitura do Livro Holocausto Brasileiro¹. Além disso quando realizei um curso online sobre Saúde Mental, Direitos Humanos e Sistema Penal², veio a vontade de conhecer mais sobre a legislação que trata de pessoas com transtornos mentais. A metodologia utilizada foi a qualitativa, através de questionários pré estabelecidos acerca da Lei Antimanicomial, com respostas abertas, também foi utilizada pesquisa bibliográfica sobre o tema.

Os objetivos do presente trabalho são identificar os impactos que a Lei 10.216/01 trouxe para a forma de tratamento de pessoas consideradas insanas, e também as modificações sentidas pelos profissionais que trabalham na área de saúde mental. Também foi escopo do trabalho fazer uma análise sobre o histórico da evolução legislativa em relação ao tema. Além disso, distinguir e averiguar aspectos positivos ou negativos que a Lei Antimanicomial ocasionou na opinião dos especialistas entrevistados no tratamento com pessoas que possuem transtorno mental no Rio Grande do Sul.

No primeiro capítulo foi explicado as formas como as pessoas com transtornos mentais foram tratadas ao longo dos séculos. Inicialmente não existia legislação sobre as pessoas com transtornos mentais e a sociedade da época medieval relacionava qualquer alteração que a pessoa possuísse com perturbações externas. Também foi objeto de estudo deste capítulo o início da segregação dessas pessoas com o escopo de tratamento, isso começa a acontecer no século XIX que ocorre uma mudança de paradigmas da internação, das pessoas com transtornos mentais.

Ainda foi estudado no primeiro capítulo o surgimento do instituto da medida de segurança. A aplicação da medida de segurança é recente no ordenamento jurídico brasileiro, inicialmente era cabível o sistema duplo binário o qual aceitava aplicação da medida de segurança e da pena. Hoje em dia a legislação brasileira aplica o sistema vicariante ou unitário, no qual somente se pode aplicar um deles.

¹ Observação: ARBEX, Daniela. Holocausto brasileiro. Editora Intrínseca, 2019.

² Curso disponível em: <https://lumina.ufrgs.br/course/view.php?id=123>

No segundo capítulo é explicado como surgiram no Brasil legislações voltadas a proteção de pessoas com transtornos mentais. Somente no ano de 1934 com o decreto 24.559 surge uma noção da importância da proteção do sujeito considerado louco. Em 1970 ocorre um grande avanço na Itália com a Lei 180 de 1978, a qual proibia a criação de novos hospitais psiquiátricos e também previa o fechamento dos já existentes mudando as estruturas do tratamento de pessoas com transtornos mentais. Diversos países irão se inspirar na nova legislação Italiana inclusive o Brasil.

Também foi objeto de estudo do segundo capítulo a reforma psiquiátrica brasileira e o advento da Lei 10.216/01 a qual prevê o tratamento em liberdade e o fechamento de forma progressiva dos hospitais psiquiátricos. Além disso, são explicados dados atuais sobre as porcentagens de pessoas que cumprem medida de segurança no tratamento ambulatorial e sob o sistema de internação.

No terceiro capítulo foi relatado os questionários realizados com os profissionais que trabalham na área da saúde mental. Sendo três psicólogos dois enfermeiros e uma psiquiatra. As perguntas foram realizadas acerca da Lei Antimanicomial e as modificações que ela gerou no tratamento de pessoas com transtornos mentais e conseqüentemente no trabalho dos especialistas. O questionário foi aberto com quesitos pré-estabelecidos sobre o tema. Ao longo do terceiro capítulo é explicado o posicionamento dos profissionais, o qual no final é compilado e analisado, destacando os impactos trazidos sobre a referida legislação na visão dos especialistas.

2 ASPECTOS HISTÓRICOS SOBRE A LOUCURA E SOBRE A MEDIDA DE SEGURANÇA

2.1 ASPECTOS HISTÓRICOS SOBRE A LOUCURA

Neste capítulo serão tratados alguns aspectos sobre a visão da sociedade em relação à loucura ao longo das décadas e também será destacada a relevância da medida segurança ao longo do tempo. Segundo os estudos de Weigert (2015), a forma como a loucura é interligada de acordo com a maneira que o sujeito dito louco é tratado é associada com a visão da sociedade em relação ao mesmo e também como é criada nas diferentes culturas essa perspectiva. Dessa forma ao longo dos tempos na história foi taxado o que deveria ser considerado loucura. Ou seja, o entendimento do que seria considerado loucura acaba sendo um produto cultural de determinada época ou ainda de alguma sociedade e ainda determinada população.

2.1.1 A LOUCURA NA IDADE MÉDIA

Segundo a autora Weigert (2015), na concepção criada ao longo da idade média sobre a loucura, foi que a mesma apresentava uma visão sagrada. Essa visão também é verificada por Matias (2015), já que a mesma relata que nessa época existia uma perspectiva que tanto a doença física quanto a mental seria criada por perturbações externas, mais precisamente pertencentes ao mundo sobrenatural, essas perturbações poderiam ser benéficas ou maléficas. Portanto a pessoa com insanidade poderia ser um escolhido por Deus que consegue visualizar coisas que pessoas normais não conseguem.

Ainda de acordo com os estudos de Matias (2015), na época medieval a loucura era vista de forma dúbia uma relacionava o louco ao lado demoníaco na qual o mesmo assumiria o caos no outro lado a figura do insano poderia ser relacionada a humildade ou ainda a ingenuidade e que seria um ser por esse motivo incompreendido pelos homens. Geralmente as pessoas com transtornos mentais viviam de maneira errante, algumas cidades os corriam para fora dos muros para que vivessem afastados.

Existem registros que demonstram a preocupação com as pessoas ditas loucas, principalmente com os perigosos. Algumas regiões construía cabanas para os insanos foras dos muros de forma que estes ficassem afastados da maioria da

população. Dessa maneira se compreendia que o sujeito dito louco dessa época se relacionava com a religiosidade visto que durante esse período a maioria das coisas se relacionava de forma direta ou indireta com a religião.

Conforme os estudos de Amaral (2014), a partir da Alta Idade Média a figura que passa sofrer a segregação na sociedade são os leprosos. Ao longo da Europa começam a surgir lugares projetados para separar as pessoas com lepra. Nessa época esses indivíduos com essa doença estavam vivenciando um ato de Deus manifestando tanto sua ira quanto sua bondade. Portanto os leprosários não tinham como escopo o extermínio da lepra, mas sim, somente isolar os doentes, se percebe que a internação dos leprosos não possuía um objetivo médico, mas sim um caráter de exclusão.

Quando ocorre uma diminuição nos casos de lepra esses espaços de segregação ficam vazios dessa forma, após alguns séculos o sujeito portador da lepra é substituído por novos agentes entre eles: pobres, presidiários, dementes. Desse momento em diante a loucura passa a ter esse local de segregação, a partir da metade do século XVII, são construídas diversas casas de internação, muitas vezes também são utilizados os antigos leprosários.

2.2 A LOUCURA NA IDADE CLÁSSICA

De acordo com os estudos de Weigert (2015), no começo da Idade Clássica a demência ainda era vista como algo do cotidiano e que os insanos somente deveriam ser segregados do resto da população quando a loucura tomava proporções extremas, ou ainda quando esses poderiam causar algum dano de forma muito perigosa aos demais.

Conforme destaca Vilela (2012), na Idade clássica ocorre uma repressão forte e além disso um sistema de clausura. Dessa forma, a partir do século XVII, o sujeito dito louco começa a ser perseguido e acaba por se tornar um assunto de polícia, e acaba sendo criada uma concepção na qual tornam a visão do trabalho como fundamental para todos, inclusive para os acometidos por demência.

Assim a partir desse momento o âmbito da moral e da econômica, e também o próprio internamento acaba por se firmar também relacionado com o trabalho.

Portanto ocorre nesse período uma separação entre o trabalho e o ócio e acaba por ocorrer uma segregação também baseada nesses fatores.

De acordo com Amaral (2014), a partir desse momento em diante os hospícios passam a ocupar um lugar entre a religião e a ordem pública. Esses espaços começam a segregar não somente sujeitos ditos loucos, mas também todos aqueles que de alguma forma não se enquadravam na ordem social e moral da época. A igreja em determinado momento acaba por aprovar a “grande internação”, sendo a internação percebida como uma oportunidade ou ainda como uma salvação ou ainda como uma forma de acolhimento ou de punição

Como citado anteriormente o ócio não era bem visto e sendo incentivado o trabalho, dessa maneira muitas pessoas eram internadas por estarem desempregadas. Nesse momento em diante é muito utilizada a mão de obra barata e além disso os mendigos deviam ser contidos. Nesses hospitais era utilizado o trabalho forçado, pois permitia o lucro desses ambientes ao mesmo tempo que condenava a ociosidade.

Ainda conforme Amaral (2014), por volta dos séculos XVII e XVIII, esses ambientes chamados de hospitais ou de casas de trabalho, não possuíam caráter médico. Já que o intuito desses locais não era o tratamento e sim a segregação das pessoas que na época não se encaixavam por algum motivo na vida em sociedade segundo a concepção daquele tempo. No decorrer dos séculos o internamento começa a ser destinado de maneira progressiva aos sujeitos ditos loucos e a partir dessa época a internação é vinculada ao transtorno mental e passa ter caráter médico.

2.2.1 A LOUCURA NA IDADE MODERNA

Conforme destaca Alarcão (2015), quando inicia o século XIX, ocorre uma nova visão na internação dos sujeitos ditos loucos. Alguns médicos que concretizaram algumas mudanças foram Wilian Tuke e Philippe Pinel, pois os mesmos foram responsáveis pela mudança nos tratamentos das pessoas com transtornos mentais fossem mais humanizados.

Desse momento em diante são inseridos novos tratamentos terapêuticos, a partir daí os hospitais ganham um caráter de tratamento médico e não mais um lugar de segregação, mas mesmo assim não ocorre uma libertação total, pois ainda ocorrem

punições justificadas pelo objetivo da cura. Existe um controle pela ideia do que moral, eles já não ficam mais em correntes, mas ocorre uma busca pela moral, que pode ser praticada através de privações de alimentos ou ainda castigos.

Portanto os pacientes estão sendo julgados, muitas vezes recebendo punições em busca de uma mudança de conduta moral. Mesmo assim existe um grande avanço em relação ao tratamento do sujeito dito louco nessa época, a busca para uma possível cura e um tratamento mais humanizado era impensável algumas décadas passadas.

2.2.2 ASPECTOS HISTÓRICOS DA MEDIDA DE SEGURANÇA

De acordo com Alves (2016), o surgimento da medida de segurança é recente, mas a base para o surgimento ocorreu entre os séculos XVII e XIX, quando ocorre a percepção de que existe pouca efetividade das penas privativas de liberdade.

Assim acaba por surgir uma nova visão em relação às penas as mesmas ganham a perspectiva de prevenção. Dessa maneira ocorre uma prevenção especial negativa a qual possui como escopo de neutralizar o sujeito dito louco da sociedade, para que não pratique novos delitos. Portanto, assim como as penas as medidas de segurança vêm com o intuito de realizar um controle social, pois o Estado dessa forma assume um maior controle sobre as pessoas. Sendo assim, medida de segurança acaba por ser uma alternativa diante das penas, quando fosse identificado que somente a pena não fosse capaz de prevenir a prática de outros delitos.

Quando surge a Escola Antropológica, ocorre um embate entre juristas e médicos antropológicos, visto que suas ideias e posicionamentos eram muito distintos, os juristas defendiam e fundamentavam seus posicionamentos no livre arbítrio, já os médicos atrelaram a figura do criminoso nato, baseado em um determinismo que se relaciona ao comportamento humano de algumas pessoas as quais por diversas características seriam criminosos natos.

Na opinião de determinados médicos que acreditavam no perfil do criminoso nato assim como Lombroso, pensavam que poderia ser detectada uma tendência de algumas pessoas para cometer delitos. Então esses sujeitos deveriam ser submetidos a exames e caso fosse verificada tal tendência deveriam internar os mesmos, fazendo dessa maneira com que a sociedade ficasse em segurança.

Conforme Marchewka (2001), alguns autores como Lombroso por volta de 1876 defendiam que os criminosos possuíam uma origem biopsíquica. Visto que esses homens não pertenciam ao círculo de pessoas consideradas sadias, já que esses sujeitos eram visualizados como pessoas de segunda classe provindos de raças inferiores, ou ainda que possuíam uma propensão para o mundo do crime segundo esses estudiosos.

Dessa forma a pessoa portadora de algum transtorno mental e os criminosos foram comparados, já que ambos deveriam cometer atos alheios a sua vontade devido às alterações que ambos possuíam em seu organismo. Após dois anos da publicação de Lombroso, ocorre um movimento conhecido como Escola Positiva de Direito Criminal, o surgimento da mesma foi entre 1875 e 1880, tendo Lombroso entre seus fundadores. Na citação abaixo percebemos como ocorreram de forma resumida as pesquisas.

Lombroso parte das pesquisas craniométricas de criminosos e do atavismo (retrocesso atávico ao homem primitivo), usando-se do método empírico. Criou uma teoria baseada em mais de 400 necropsias, na análise de seis mil delinquentes vivos e na investigação de 25 mil reclusos em prisões europeias. Sua conclusão é de que o criminoso é antes um doente do que um culpado, devendo ser, portanto, submetido a tratamento e não punição. Esta nova concepção, além de inovadora, traz um desafio tanto ao campo do Direito, quanto da Medicina. (CORDEIRO, Quirino, 2013, Pág. 44,).

Na visão dos positivistas seria relevante descobrir o motivo ou ainda as causas que os sujeitos praticavam o crime, a partir dessa concepção não se relaciona mais o crime com a moralidade, mas sim com uma questão médica, psicológica ou ainda sociológica.

No século XX o ordenamento penal brasileiro divide as sanções em dois tipos: primeiramente a pena amplamente aplicada ao longo dos séculos e a medida segurança, a última defendida pelo positivismo criminológico, a qual visava tanto o tratamento dos indivíduos ditos loucos quanto a prevenção de novos delitos.

O primeiro país a sistematizar a medida de segurança foi a Suíça em 1893, seguido de Portugal em 1896, e logo após a Noruega em 1902, seguida pela Argentina em 1921, e logo após pelo Código Penal Italiano em 1930. O Brasil passou a adotar a medida de segurança a partir do Código Penal de 1940.

Ainda de acordo Marchewka (2001), a medida de segurança surge como uma maneira alternativa de sanção aplicada aos inimputáveis que possuam algum transtorno mental, mas inicialmente também poderia ser aplicada aos imputáveis. No princípio da medida de segurança, foi adotado o sistema duplo binário no qual era possível a aplicação tanto da pena quanto da medida de segurança, onde a medida de segurança poderia ser aplicada em concomitância com a pena. Na atualidade é utilizado o sistema vicariante ou unitário o qual prevê que ao imputável, uma vez provada a acusação, a pena deve ser aplicada, já ao inimputável, deve ser aplicada a medida de segurança, sendo o sujeito absolvido impropriamente.

A medida de segurança é atrelada ao risco de o sujeito portador de transtorno mental infringir novamente em algum delito, sendo assim se vincula à medida ao risco e o perigo ou ainda a periculosidade. A partir dos séculos XIX e XX são desenvolvidas noções do que se entende por periculosidade sendo que a concepção mais aceita é que a probabilidade que a pessoa que cometeu o delito tem de praticá-lo novamente.

E além disso é levado em conta a capacidade de entendimento do sujeito que vai cometer um delito, essa possibilidade de possuir capacidade de entendimento ou não, torna possível que não ocorra o julgamento do ato praticado, mas sim que se enfatize a particularidades mentais dessa pessoa no momento em que foi praticado o ato, visto que os mesmos são inimputáveis, dessa forma não existe a punição pelos crimes cometidos, mas sim a prevenção de novos possíveis delitos.

Segundo Costa (2014), para que ocorra a medida de segurança deve existir a inimputabilidade, visto que a mesma é um excludente de culpabilidade. Assim existem dois critérios para que o agente seja passível de ser caracterizado como inimputável: - primeiramente deve se levar em conta o caráter biológico que vai identificar se existe uma doença mental ou ainda um desenvolvimento mental retardado, depois disso é necessário - a verificação do critério psicológico o qual vai conferir se o agente possuía no tempo da ação ou ainda da omissão e ainda, - a possibilidade de distinguir de forma absoluta que estava cometendo um ilícito penal.

Dessa forma, na legislação brasileira é adotado o sistema biopsicológico que junta tanto o critério biológico quanto o critério psicológico, devendo ser levado em conta o discernimento de entendimento do agente no momento do ato ilícito. Portanto

deve ser comprovado que no momento da prática do delito o agente não possuía nenhuma capacidade para entender o ato criminoso que praticava.

Caso não existam vagas em hospitais de custódia poderá ocorrer o tratamento em hospitais comuns ou ainda particulares, aos sujeitos ditos loucos só não poderão ficar em cadeia pública. Quando terminar o prazo para o cumprimento da medida de segurança deverá ser verificada se ainda persiste a periculosidade, isso deverá ser verificado através de exames de periculosidades, para verificar qual a probabilidade de o agente cometer novos delitos.

Dessa maneira o tempo de duração da medida de segurança está vinculado à existência ou não de periculosidade, sendo o tempo mínimo de conforme é destacado no artigo 97 §1º do Código Penal é de 1 a 3 anos, mas o tempo máximo da medida de segurança não está exemplificado na lei.

Ainda conforme Costa (2014), como não existe tempo máximo para que a pessoa com transtorno mental fique em tratamento, o mesmo pode vir a durar toda a vida do agente, visto que pode ser verificado que o mesmo ainda apresenta periculosidade para voltar ao âmbito social.

Dessa maneira deverá continuar na medida de segurança. Alguns autores acreditam que as medidas de segurança são inconstitucionais visto que no Brasil não são aceitas as penas de caráter perpétuo, como é exemplificado em nossa Carta Magna no artigo 5º inciso XLVII, alínea b.

De acordo com Lebre (2012), somente existirá responsabilidade penal para aquele sujeito que possuía discernimento e capacidade dos seus atos o conhecido como imputável, ou seja, aquele no momento do ilícito praticado possuía capacidade de entender o ato ilícito praticado. Já a inimputabilidade na legislação pátria se divide por dois fatores: o etário e o psíquico.

Dessa maneira conforme é exemplificado em nosso Código Penal conforme o artigo 26, será considerado isento de pena o sujeito que por doença mental ou ainda desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era no momento do delito tanto por ação ou omissão totalmente incapaz de conhecer o caráter ilícito de sua ação. Já a incapacidade etária é exemplificada no artigo 27 do Código Penal a qual afirma que todos

aqueles com menos de 18 anos são inimputáveis sendo assim sujeitos a legislação especial.

De acordo com Nucci (2018), quando o agente possui algum transtorno mental em que seja cabível a medida de segurança, existem quatro correntes que podem ser seguidas: a primeira destaca, - que a medida de segurança tem duração indefinida, como está disposto no art. 97º, § 1.º, do Código Penal, a segunda afirma, - que a medida de segurança deve ter o mesmo tempo da pena privativa de liberdade aplicada, a terceira explica, - que a medida de segurança só pode durar no máximo 30 anos, o mesmo limite que existe para pena privativa de liberdade conforme o artigo 75 do Código Penal, e a quarta corrente defende, - que só poderá ter duração no máximo em abstrato previsto como pena para o delito que originou a medida de segurança.

Portanto se percebe que não existe uma unanimidade no tempo que deve cumprir o sujeito submetido a medida de segurança ficando muitas vezes a cargo do juiz a decisão desse fator.

Segundo estudos de Weigert (2015), com o advento da reforma penal de 1984 foi alterado o sistema duplo binário para o sistema vicariante para os agentes que fossem considerados imputáveis é utilizado o conceito de culpabilidade. Já para os sujeitos com algum transtorno mental conhecido como inimputáveis cabe a medida de segurança a qual como exemplificada anteriormente se baseia na periculosidade.

Dessa maneira cabe ao psiquiatra legista detectar o grau de periculosidade do agente. Sendo que esse é visto como um atestado de uma pessoa anti social, baseado em um juízo de probabilidade de delinquir, assim o Código de Processo penal comprova através de uma perícia psiquiátrica que se tratando de agente com transtorno mental que cometeu algum ilícito deverá ser segregado em alguma instituição manicomial ou ainda em um hospital de custódia.

Portanto, conforme a decisão judicial afirmativa da internação não ocorre contestação, visto que ela é baseada na ciência. Dessa forma, quando alguém recebe o diagnóstico o mesmo acaba por se tornar uma verdade absoluta visto que a mesma é baseada na ciência.

Sendo assim, é relevante o procedimento que vai efetivar o laudo psiquiátrico quando não existe clareza quanto o transtorno mental ou a dita normalidade do acusado, nesses casos, o juiz poderá pedir de ofício ou ainda a requerimento do Ministério Público e também do defensor, ascendente, descendente para que ocorra um exame médico-legal. Visto que o juiz não possui o conhecimento técnico-científico para verificar a mentalidade do sujeito infrator. Já que o mesmo não pode diagnosticar a imputabilidade ou inimputabilidade do agente, cabendo assim somente a aplicação da medida de segurança quando for verificado pelo psiquiatra que o mesmo é inimputável conforme é exemplificado no Código de Processo Penal artigo 149.

De acordo com Weigert (2015), é visível a relevância da união entre a psiquiatria e o direito, visto que a mesma se torna de suma importância. Visto que somente com o exame de periculosidade se poderá possibilitar o tratamento do sujeito com transtorno mental, então é relevante a verificação da sanidade ou ainda da insanidade do agente. Dessa forma o incidente de insanidade mental pode ser instaurado em qualquer momento do processo.

Se o agente já estiver preso e se for verificado que o mesmo deve cumprir medida de segurança ele será transferido para um ambiente adequado, ou seja, um hospital de custódia. Caso esteja solto será encaminhado para o local adequado o qual foi indicado pelo juiz. Em alguns casos na primeira fase da persecução penal, mais precisamente na fase do inquérito policial. Visto que de acordo com o Código de Processo Penal como é exemplificado no artigo 149 § 1º é cabível que seja proposto o incidente por parte da autoridade policial esta deve ser analisada pelo juiz em caso afirmativo será nomeado um curador até que se verifica ou não o transtorno mental do agente.

O prazo para que seja declarada a sanidade ou não do sujeito de acordo com o Código de Processo penal art. 150 § 1º é de 45 dias, podendo ocorrer prolongamento no prazo se existir um motivo justificado pelos peritos responsáveis. Após a verificação do laudo pericial, ocorre o prosseguimento do processo, até a sentença. Caso seja verificado inimputabilidade do agente, o mesmo será absolvido e deverá cumprir a medida de segurança

Ainda segundo Weigert (2015), as medidas de segurança não possuem um limite estabelecido por lei. Já que a manutenção do agente no cumprimento da medida

de segurança é atrelada ao grau de periculosidade do indivíduo e também a como o mesmo responde ao tratamento e se o mesmo consegue se recuperar. A nossa Carta Magna apresenta limites quanto à duração das penas, mas não se refere ao tempo que devem ocorrer as medidas de segurança, e como estas não são iguais as penas, a delimitação em relação ao tempo das medidas de segurança não são aplicadas.

Apesar disso alguns Tribunais estão estabelecendo prazo máximo às medidas de segurança, dessa forma os magistrados tem feito cálculos para definir a sanção penal comparando como se o sujeito fosse imputável, logo após seria indicada a mudança para medida de segurança, que seria regulada no máximo ao cumprimento como se o sujeito fosse capaz de entender o caráter ilícito no momento da ação do delito, uma coisa contraditória que ocorre é que apesar de não existir limite máximo estabelecido na lei , existe um limite mínimo em que a medida de segurança deve ser aplicada que é um ano em que o sujeito dito louco deveria ficar em tratamento. Essa decisão fica clara na citação abaixo:

O Supremo Tribunal Federal manifestou-se do seguinte modo: “A interpretação sistemática e teleológica dos artigos 75, 97 e 183, os dois primeiros do Código Penal e o último da Lei de Execuções Penais, deve fazer-se considerada a garantia constitucional abolidora das prisões perpétuas. A medida de segurança fica jungida ao período máximo de trinta anos” (Habeas Corpus 84.219, relator ministro Marco Aurélio, julgamento em 16-8-2005, Primeira Turma, DJ de 23-9-2005). No mesmo sentido, houve votação do ministro Ricardo Lewandowski (HC 98.360, julgamento em 4-8-2009, Primeira Turma, DJE de 23-10-2009) e do ministro Cezar Peluso (HC 97.621, julgamento em 2-6-2009, Segunda Turma, DJE de 26-6-2009). (CORDEIRO Quirino, 2013; Pág. 134,).

O entendimento das Cortes Superiores acerca do prazo máximo para que o agente cumpra a medida de segurança deve se limitar ao limite geral das penas ou seja 30 anos, esse entendimento é exemplificado pelo Superior Tribunal de Justiça em sua súmula 527, que destaca que a medida de segurança não deve ultrapassar o limite máximo da pena abstratamente cominada ao delito praticado.

Na medida de segurança existe a obrigatoriedade do tratamento médico-psiquiátrico às vezes o tratamento ocorre com internação, mas nem sempre a mesma é necessária visto que alguns pacientes recebem o tratamento ambulatorial devendo comparecer nos dias previamente combinados com os médicos para que ocorra o tratamento terapêutico, mas podendo voltar para casa sem a obrigatoriedade de internação.

Conforme Weigert (2015), anteriormente o advento da Lei Antimanicomial, mais precisamente em 1966, tornou-se vigente no país o regime de alta progressiva. O que torna possível saídas controladas de forma progressiva aos pacientes que estão internados em hospitais de custódia, o escopo é a reintegração dos pacientes na sociedade de forma lenta, na maioria dos casos é necessário que alguém se responsabilize pelo sujeito, dando medicamentos nos horários combinados, visto que ainda na maioria das vezes, os sujeitos necessitam de algum auxílio para seguir o tratamento de forma adequada.

Em alguns estados como São Paulo e Amazonas a alta progressiva recebe o nome de desinternação progressiva, ambas possuem o mesmo objetivo, o qual seja, reintegrar o agente na sociedade e de certa forma também se equivar às execuções de penas e sua possibilidade de progressão dos sujeitos.

Também explica Diniz (2013), sobre a manutenção da medida de segurança e esta se prolongará até o momento que a periculosidade do indivíduo seja verificada. Dessa forma, quando ocorre o término da medida o indivíduo recebe a desinternação condicional, qual possui como o prazo de doze meses, se não ocorrer nenhum novo delito que leve a reinternação do sujeito, a medida de segurança será declarada extinta. Na maioria das unidades ocorre a alta progressiva ou ainda a desinternação progressiva, as quais possuem como escopo a reintegração de forma gradativa dessas pessoas na sociedade.

3 A LEGISLAÇÕES VOLTADAS A PESSOAS COM TRASTORNOS MENTAIS, ATÉ O ADVENTO DA LEI 10.216/01 E SEUS IMPACTOS

3.1 LEGISLAÇÕES DESTINADAS AOS SUJEITOS DITOS LOUCOS

Conforme exemplifica Britto (2004), na França iniciou-se uma coleta e informações acerca do Hospital Geral de Paris que visava uma reestruturação do mesmo. Dessa maneira, no ano de 1780, foram contabilizados os números de doentes, onde se inserem no ambiente hospitalar, quais eram os tratamentos que recebiam, o número de mortalidade e ainda a possível cura. Nessa época existiam diversas reformulações no tratamento médico e em sua prática, inicialmente o escopo da coleta era minimizar os possíveis efeitos negativos desses lugares de segregação. Porque a doença era concebida como um fenômeno natural o qual teria interferência entre a

ação do meio e como o mesmo influenciava a pessoa, a ação médica deveria ser focada também no ambiente ao qual o sujeito considerado louco estava inserido.

Portanto, como o ambiente no qual o agente estava inserido possuía uma grande relevância na concepção da época, existiam alguns princípios que deveriam ser seguidos: o primeiro era o isolamento, que tinha objetivo afastar o que pudesse influenciar na observação do sujeito. E logo após em uma nova união de acordo com características comuns com o objetivo de se classificar os sujeitos.

Dessa maneira, e em conjunto com a presença do médico no ambiente hospitalar, foi possível que doenças fossem catalogadas separadas e ainda analisadas de maneira mais específica, permitindo sua classificação. A partir desse momento os hospitais se tornaram centro de aprendizado e ainda um local em que ocorria uma transmissão do saber no qual foi possível a criação de novos paradigmas na medicina.

Ainda segundo os estudos de Britto (2004), nessa mesma época Pinel modificou os parâmetros sobre o tratamento do sujeito dito louco. Ele foi responsável por tirar as correntes dos pacientes, conhecido como pai da psiquiatria, sendo ele o médico que fez a libertação dos sujeitos com transtornos mentais. Nesse tempo começa a ocorrer a análise sistemática da loucura e das suas várias facetas.

Existia uma concepção de que a insanidade seria o contrário da razão, que esses sujeitos teriam rompido com a realidade. Dessa maneira, pessoas consideradas loucas ficariam sob controle dos médicos. Visto que os mesmos deveriam isolar, separar, classificar e ainda agrupar de acordo com algumas características dos pacientes. Portanto o sistema acrescido por Pinel, o qual internava o agente considerado louco, o medicava, e o classificava. Acabava gerando ambientes de grande aprendizado e de novas teorias e novas práticas acerca do tratamento de sujeitos com transtornos mentais. Como a insanidade se relaciona com a perda da razão e também da liberdade, a recuperação dos sujeitos ditos loucos será atingida por meio da reeducação da mente desse agente.

Portanto, a recuperação moral devia se basear no isolamento do paciente com transtorno mental em relação ao mundo exterior. Dessa maneira o foco principal para a busca da recuperação seria o isolamento. Já que o meio em que o indivíduo considerado louco vivia seria uma causa de sua insanidade. Partindo dessa premissa

Pinel fundamentou o isolamento dos sujeitos considerados insanos e sua internação. Fica então exemplificado pelo médico a relevância do hospital, do asilo, pois de acordo com o mesmo esses ambientes eram relevantes para a recuperação dos pacientes.

Outro fator que determinou a segregação das pessoas com transtornos mentais foi a sua equiparação com a periculosidade e ainda com a figura do criminoso. Sendo o sujeito considerado louco fora de si, que fugiu da realidade e a razão o qual por esses motivos acabavam por representar um perigo para toda população e também podendo prejudicarem a eles mesmos, o que acaba por tornar aceito a segregação dessas pessoas consideradas insanas.

Nessa época o sujeito dito louco tinha apenas reconhecido como direito o tratamento. Dessa forma sua cidadania não era reconhecida, somente seria visto como um sujeito de direito quando recuperasse sua cidadania, ou seja, quando conseguisse se recuperar.

Conforme constatou Britto (2004), com o advento de uma legislação Francesa de 1838 sobre pessoas consideradas loucas, ocorreu uma influência na legislação de diversos países. A ideia de que somente com a internação hospitalar poderia ocorrer o tratamento desses sujeitos foi fomentada por essa legislação. Existe de forma muito clara um papel de controle por parte do Estado sobre os agentes insanos, desde o surgimento dos hospícios até a alta do sujeito considerado louco.

Nesse tempo para que ocorresse a internação nem sempre ocorria com o aval de um médico, porém para que ocorresse a alta do paciente era de suma importância a opinião do médico, então as autoridades públicas sempre levavam em conta a avaliação do médico para que houvesse a permanência ou ainda a alta do agente dito louco. Dessa forma a opinião médica poderia determinar se uma pessoa seria considerada ou não cidadão, pois se fosse verificado que o sujeito possuía algum transtorno mental o mesmo seria visto como incapaz pelo menos até conseguir voltar à normalidade.

3.1.1 O SURGIMENTO DA PSIQUIATRIA NO BRASIL

Segundo Britto (2004), quando ocorre a vinda da família real para o Brasil, isso acaba por fazer surgir a psiquiatria no Brasil. Visto que ocorreu inclusive um aumento

populacional no país nessa época. Só com a família real vieram em torno de 15 mil pessoas, além disso muitas pessoas acreditando num crescimento econômico do Brasil acabam por imigrar para o país o que faz que ocorra um grande acréscimo populacional nessa época, juntamente com esse fator surgem novos problemas entre eles o aparecimento de pessoas consideradas loucas pelas ruas.

Sendo que esses sujeitos ou iriam para prisão ou iriam para Santa Casa de Misericórdia. Este último era um local mais de caridade, e não um local de tratamento, quando pessoas com transtornos mentais chegavam ficavam nos porões insalubres. Muitas vezes recebiam agressões físicas e verbais, sem receber atendimento médico o intuito era realizar uma segregação desses agentes insanos do restante da sociedade.

De acordo com os estudos Britto (2004), no ano de 1841 ocorreu um marco histórico com a criação do Hospício Pedro II. O mesmo demora 11 anos para ser inaugurado, isso ocorrendo apenas em 1852.

Baseando-se no movimento higienista europeu um grupo de médicos em conjunto criam a Comissão de Salubridade que tinha como escopo a criação de um Código de Posturas. Essa Comissão pesquisou e verificou que os sujeitos considerados loucos viviam de forma insalubre com esparsas condições, independentemente do local em que se encontravam, seja prisões, hospitais ou nas ruas. Dessa forma, quando o hospício Dom Pedro II foi criado tinha como objetivo sanar esses problemas.

Porém esse intuito não obteve tanto êxito visto que o hospício Dom Pedro II, começou a receber diversas críticas. A principal delas se relaciona que a supervisão do local deveria caber a um médico. Já que a administração do hospital cabia às irmãs de caridades. E também não existia a classificação dos internos e nem tampouco a separação dos pacientes. Outra coisa que era muito equivocado e ocorria, era a falta de critérios para a internação dos pacientes, o número deficitário de médicos e além disso os maus tratos destinados aos sujeitos considerados loucos, isso tudo fazia com que não fosse alcançado o objetivo inicial que era o tratamento das pessoas com transtornos mentais.

Segundo Pereira (2004), logo após o advento da proclamação da República, surgiu o Decreto 142 A, o qual trouxe uma nova nomenclatura ao hospício Dom Pedro

II. E começou a se chamar Hospício Nacional de Alienado. Nesse momento esse estabelecimento se torna independente e público ficando o Estado responsável pela organização sendo administrado por médicos.

E todos internamentos a partir dessa época deveriam ser fiscalizados por médicos e somente ocorrer com aval desses profissionais. No ano de 1892 surge um documento que cria um pavilhão especial para se analisar doentes que estavam em fase de admissão ao Hospital Nacional de Alienados. Nessa época ocorre uma maior participação da Faculdade de Medicina nesta instituição. Sendo que alguns setores estavam vinculados com as cadeiras da faculdade, tornando esse espaço um ambiente de estudo acadêmico.

Diversos decretos foram promulgados no século XIX na área de saúde mental. Isso demonstra que se tinha como objetivo tornar o ambiente hospitalar mais salutar, no qual as análises clínicas fossem mais eficazes em busca de um acréscimo científico na área. No ano de 1903 ocorre o advento de um novo decreto de número 1.132, o qual exemplificou sobre parâmetros gerais sobre o sujeito considerado louco que deviam ser seguidas em todo o Brasil, o que acabou se tornando um marco no âmbito da alienação mental.

Desse momento em diante também ocorre uma ligação entre os agentes considerados loucos e o sistema penal, a partir de então se torna proibido segregar pessoas insanas em cadeias públicas. Dessa maneira se torna de suma importância a criação de ambientes especiais para internar sujeitos com transtornos mentais que cometeram delitos.

Ainda segundo Pereira (2004), no ano de 1934, ocorreu um avanço em se tratando de legislação voltada à psiquiátrica no Brasil. Mudando os paradigmas propostos até então nessa área, com o advento do Decreto 24.559 no mesmo ano referido foi explicado uma nova profilaxia mental e sobre o que deveria ocorrer uma constante vigilância nos serviços psiquiátricos.

Foi o primeiro documento legal que desenvolveu uma noção de proteção em relação aos sujeitos ditos loucos criando preceitos nesse âmbito. Dessa forma ficou vinculado os direitos legais das pessoas com transtornos mentais juntamente com a assistência psiquiátrica, sendo responsabilidade desta última verificar que está

ocorrendo a proteção legal dos sujeitos considerados loucos, ocorrendo uma interdisciplinaridade entre a psiquiatria e a área jurídica.

A verificação da capacidade civil ou não do agente era entrelaçada a verificação médico-psiquiátrica, no caso de verificação de algum transtorno mental do sujeito, seria suficiente para que fosse decretada a incapacidade civil do paciente independentemente do grau desse transtorno. Portanto a verificação médica era fundamental para se saber se determinado agente possuía ou não os direitos civis.

3.1.2 LEGISLAÇÃO EM OUTROS PAÍSES ACERCA DO TEMA

Conforme Pereira (2004), na Itália ocorre um avanço legislativo na área da psiquiatria, sendo excluída a vinculação entre a doença mental e o conceito de periculosidade. Dessa forma no ano de 1970, existe uma mudança de paradigmas estabelecidos até então e uma nova orientação na forma de assistência dos sujeitos com transtornos mentais, a mesma legislação também proíbe a construção de novos hospitais psiquiátricos e novas internações e também estabelece que deveriam ser fechados os hospitais que já existem com o tempo.

Alguns anos depois, mais precisamente no início da década de 1990, foram desenvolvidos alguns documentos que serviriam de base para outros países no estabelecimento de reforma de legislações voltadas às pessoas com transtornos mentais. Como por exemplo a Declaração de Caracas de novembro de 1990, entre outras. Acaba por ocorrer grandes revisões legislativas sobre a garantia dos direitos dessas pessoas.

As legislações vão se basear na norma legislativa que foi, a Lei da Reforma Psiquiátrica Italiana, Lei 180, de 13 maio de 1978, legislação a qual influenciou diversos países quanto a mudança de normas as quais tratam sobre pessoas com transtornos mentais.

De acordo com o que argumenta Pereira (2004), o psiquiatra Franco Basaglia teve um papel fundamental na mudança de tratamento de pessoas consideradas loucas, pois o médico criou um circuito de atenção que poderia conseguir substituir o hospital psiquiátrico, no qual contava com algumas alternativas entre elas, Serviço de Diagnose e Cura, Cooperativas de Trabalho, Centros de Saúde Mental os quais deveriam funcionar 24 horas, entre outros.

A renovação da legislação na Itália envolve o Ministério da Saúde e o parlamento no qual foi criado uma comissão juntamente com o Ministério do Trabalho para fazer uma proposta de revisão legislativa. As idéias de Basaglia acabam por influenciar o novo ordenamento legislativo. Já que a grande repercussão que seu tipo de tratamento diferenciado resultou tanto a nível nacional quanto internacional.

3.1.3 A INFLUÊNCIA DE BASAGLIA NO BRASIL PARA A REFORMA PSQUIÁTRICA BRASILEIRA

Conforme os estudos de Guimarães (2018), influenciados pelo enfrentamento contra o regime ditatorial no final da década de 70, surge o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) que começam a confrontar a forma como eram tratados os sujeitos considerados loucos e conseqüentemente o tipo de assistência psiquiátrica destinado às pessoas com transtornos.

Destacando a falta de respeito dos direitos humanos destinado aos alienados, no ano de 1979 ocorreu um evento desenvolvido pelo MTSM, em que teve como participação do psiquiatra de Franco Basaglia que tinha como escopo tentar achar novas alternativas no tratamento de pessoas com transtorno mental no Brasil.

Basaglia enfatizou que o país deveria criar uma assistência em saúde mental que tenha inspirações nas realidades locais e não nas reformas que ocorreram em outros países. Dessa maneira ele explica que os fechamentos dos manicômios deveriam ocorrer da melhor forma para o Brasil. Quando o médico visitou o país ele conheceu a Colônia que se localizava em Barbacena MG. Ele ficou abismado com a forma como os pacientes eram tratados como fica destacado no trecho do livro a seguir:

Em 1979, o psiquiatra italiano Franco Basaglia, pioneiro da luta pelo fim dos manicômios, esteve no Brasil e conheceu o Colônia. Em seguida, chamou uma coletiva de imprensa, na qual afirmou: “Estive hoje num campo de concentração nazista. Em lugar nenhum do mundo, presenciei uma tragédia como esta”. (ARBEX, 2019, Pág. 13.).

De acordo com Goulart (2018), a Reforma Psiquiátrica brasileira teve apoio de grande parte da população. Visto que a sociedade da época estava se voltando contra

as torturas do regime militar e isso acaba por influenciar na forma como a população via a internação dos alienados e a negligência pelo qual os pacientes eram tratados. Dessa maneira, as mudanças políticas e suas influências na área do tratamento de pessoas com transtornos mentais vão ser fundamentais na Reforma Psiquiátrica. Além disso, passam a ocorrer diversas denúncias nos ambientes de segregação como os hospitais psiquiátricos, elas ocorrem além na forma de testemunho de pessoas que trabalham nesses locais. Mas a proporção do que ocorria nesses locais só se torna possível, quando o jornalista Hiram Firmino, demonstra o que ocorria lá através de uma série de reportagens, que é destacada no livro, citado abaixo:

Se Franco Basaglia foi decisivo para a implantação do movimento da reforma psiquiátrica mineira, o jornalista Hiram Firmino, sessenta e um anos, foi o grande porta-voz dos pacientes de Barbacena. Ele é o autor da série de reportagens “Os porões da loucura”, publicada em 1979 no jornal Estado de Minas, onde trabalhou por mais de vinte anos. Com trinta anos à época, conseguiu entrar no subterrâneo da loucura, após quase duas décadas de esquecimento da imprensa. Naquele momento, fazia dezoito anos que as denúncias da revista O Cruzeiro, feitas pelo fotógrafo Luiz Alfredo e pelo repórter José Franco, tinham sido publicadas. De 1961 a 1979, nenhum outro jornalista havia conseguido transpor os muros do Colônia. Com o país na ditadura militar, desde 1964, e a edição do Ato Institucional número 5 (AI-5), dois anos depois, o hospital estava blindado. Hiram não só conseguiu entrar no Colônia, mas também despertar na sociedade a necessidade de mobilização. (ARBEX, 2019, Pág. 13.).

Com o recebimento de denúncias nesses locais de internações, ocorrem mudanças de paradigmas sobre os manicômios. Esses passam a ser vistos como locais de opressão os quais deveriam ser combatidos, e as pessoas consideradas insanas que viviam nesses locais deveriam ser reintegradas à sociedade principalmente através da inclusão social.

Segundo Goulart (2018), a Lei Italiana 180 conhecida como Lei Basaglia, mesmo que o psiquiatra não seja o autor da referida Lei, o tratamento destinado aos pacientes e as mudanças de paradigmas utilizadas por Basaglia, foram inspiração para a Lei Italiana.

No Brasil ele também vai servir de base nas mudanças legislativas e também na reformulação no tratamento psiquiátrico em relação aos sujeitos com transtornos mentais. As reformas na legislação brasileira em relação ao tratamento de pessoas com transtornos mentais ocorreram somente depois da promulgação da nossa Carta Magna.

Já que somente no ano de 1989 ocorreu a apresentação do projeto de lei com abrangência nacional número 3657 do deputado Paulo Delgado, de Minas Gerais. Que tinha como objetivo contestar a psiquiatria tradicional, que antes se baseava na internação em manicômios dos sujeitos considerados loucos. Inspiradas nas modificações realizadas por Basaglia na Itália, surge então a ideia de reforma psiquiátrica.

A Reforma vai se basear na extinção de forma progressiva dos manicômios, ocorrendo em consequência disso um acréscimo na área de tratamento de pessoas com transtornos mentais de maneira interdisciplinar, com a criação de novas modalidades de serviço, aumentando dessa forma a quantidade de pacientes atendidos e as áreas as quais auxiliavam esse atendimento.

De acordo com Souza (2018), o projeto nº 3.657º o qual serviu de base para Lei Antimanicomial, se baseava em três premissas: em primeiro lugar, - extinguir os manicômios em todo país de forma progressiva, - em segundo lugar que ocorresse um novo direcionamento de recursos públicos para que fossem criadas novas estruturas de tratamento diferentes dos manicômios, - e em terceiro lugar, tornava a comunicação imediata obrigatória quando ocorresse internações compulsórias. Inicialmente o projeto foi aprovado na Câmara de Deputados, ficando parado 10 anos no Senado, depois disso ocorreu a aprovação de um projeto substituto em 2000.

O projeto substituto permitia a criação de hospitais psiquiátricos e ainda tornava possível a contratação de leitos em hospitais gerais. Dessa forma como a primeira previsão citada era contrária a base do movimento antimanicomial brasileiro, acabou sendo retirada do texto quando o mesmo retornou a Câmara de Deputados, sendo aprovada a Lei nº 10.216 também conhecida como Lei Antimanicomial.

Com o advento da Reforma Psiquiátrica são levados mais em consideração os direitos humanos de sujeitos com transtornos mentais. Visando respeitar esses princípios foram criados serviços interdisciplinares substitutivos, com um olhar mais amplo e desenvolvido uma rede de serviços que tem como escopo o tratamento integral, visando um completo tratamento à saúde mental.

3.1.4 LEI 10.216/01 TAMBÉM CONHECIDA COMO LEI ANTIMANICOMIAL

De acordo com os estudos de Grycajuk (2017), com o advento da Lei 10.216/01 são mudadas as noções em relação ao tratamento. Sendo alterado pela concepção de prevenção o que geraria a não aceitação do estado de periculosidade. Dessa forma sendo substituída por medidas de cuidado e além disso acompanhamento, e também reintegração do sujeito com transtorno mental na sociedade.

Com a saída das instituições das pessoas consideradas loucas graças ao Movimento Antimanicomial e a promulgação da Lei 10.216/01, esses sujeitos passam a ser vistos como cidadãos com poder de participação e podendo dessa forma transmitir suas vontades e sentimentos, começando assim a ser visto como um sujeito de direitos.

Conforme é destacado no artigo 6, da Lei 10.216/01, existem três tipos de internações psiquiátricas: - primeiramente a que se realiza através de um laudo médico circunstanciado, em segundo lugar- ocorre a internação voluntária quando existe consentimento do paciente, e em terceiro lugar a internação compulsória que ocorre com decisão judicial. No último caso deverá ser levado em conta as condições do ambiente devendo ser levado em conta a proteção destinada ao paciente e funcionários e além disso o tratamento desses sujeitos.

De acordo com Sousa (2018), a Lei Antimanicomial estabelece no seu artigo 5 que os pacientes que estão por um longo período hospitalizados em função de sua condição clínica ou ainda por ausência de suporte social - deverão receber um auxílio através de políticas visando a alta planejada em conjunto com a reabilitação psicossocial, objetivando a reintegração desses sujeitos a sociedade.

De acordo com Vaz (2015), após a promulgação da Lei Antimanicomial existe uma expansão e também uma maior consolidação ao modelo voltado à atenção psicossocial, de forma a assegurar de maneira mais plena o exercício da cidadania dos sujeitos com transtornos mentais, para que não ocorra violação aos direitos humanos. Em 2001 ocorreu a III Conferência Nacional de Saúde Mental

(CNSM), a partir daí ocorreu uma reversão no modelo que antes primava pela internação do sujeito considerado louco.

Desse momento em diante passa a ser ofertado um cuidado com essas pessoas que deve ocorrer fora dos manicômios. É fortalecida a ideia de tratamento fora desses ambientes de exclusão, e é fomentada a redução de maneira progressiva dos manicômios e também de leitos em hospitais psiquiátricos. Logo após ocorre uma expansão e uma maior implementação de CAPS (Centros de Atenção Psicossocial), em suas diferentes modalidades (I, II, III, infantil, álcool e drogas).

Mesmo assim ocorre uma grande resistência à Reforma Psiquiátrica por parte dos locais que abrigam pessoas com transtornos mentais e que cometeram delitos. Já que mesmo depois da promulgação da Lei Antimanicomial, ocorreram inaugurações de novos hospitais de custódia, como é destacado abaixo:

Os hospitais para loucos infratores resistiram à Reforma Psiquiátrica; alguns foram, inclusive, inaugurados após a Lei 10.216 de 2001, ocasião em que houve uma reorientação do cuidado da loucura — do modelo asilar para o ambulatorial (Brasil, 2001). Ainda há pessoas internadas em regime de abandono perpétuo: trinta anos é o limite da pena a ser imposta pelo Estado aos indivíduos imputáveis, segundo decisão do Supremo Tribunal Federal (Brasil, 2005). Entretanto, o censo encontrou dezoito indivíduos internados em hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico há mais de trinta anos. Jovens, eles atravessaram os muros de um dos regimes mais cruéis de apartação social. Idosos, eles agora esperam que o Estado os corporifique para além dos números aqui apresentados e reconheça-os como indivíduos singulares com necessidades existenciais ignoradas em vários domínios da vida. (DINIZ, 2013. Pág. 13).

Ainda segundo Vaz (2015), ocorre a aprovação pelo Congresso do Programa “De Volta Para Casa” conhecido como (PVC), pela Lei nº 10.708/03. Esse programa visa uma reabilitação ao paciente, por meio de recursos monetários, para pessoas com transtornos mentais que morarem em hospitais de custódia ou ainda hospitais psiquiátricos, os valores são repassados de maneira direta aos beneficiários, isso somente não ocorre quando existe incapacidade do sujeito em praticar atos da vida civil, nesse caso o valor será repassado a seu representante legal.

De acordo com os entendimentos de, De Faria Silvestre (2020), ocorreram com o advento da nova legislação novos investimentos em âmbito interdisciplinar voltados à atenção psicossocial, o número de CAPS (centro de

atenção psicossocial) aumentou no ano de 2014 já ultrapassaram de dois mil, e estão presentes em praticamente em todas cidades que possuem mais de 100 mil habitantes. Portanto a Lei 10.216/01 se torna um marco sobre o respeito aos direitos fundamentais das pessoas com transtornos mentais. A mesma tem como escopo principal o fechamento dos hospitais psiquiátricos de maneira progressiva e em conjunto visa fomentar a criação de uma rede diversificada de atenção à saúde mental.

Conforme os estudos de Ribeiro (2021), ainda existe uma pequena possibilidade para internação de pessoas com transtornos mentais como é disposto no artigo 4º da Lei Antimanicomial, que só ocorrerá internação quando toda essa rede interdisciplinar não se mostrar suficiente.

Dessa maneira será oferecida uma assistência integral de uma rede composta de médicos, psicólogos, assistentes sociais entre outros, nunca perdendo o objetivo de reintegrar o paciente a sociedade, devendo ser criada uma estrutura para que torne isso possível.

Ainda de acordo com Ribeiro (2021), com o advento da Lei 10.216/01, existe uma responsabilização por parte do Estado para que ocorra a criação de ambientes de tratamento fora dos hospitais. Então esse tratamento deve ocorrer em espaços de atenção psicossociais com profissionais de áreas diversas, com uma destinação maior de recursos voltados aos tratamentos ambulatoriais com a finalidade de tratamento integral desses pacientes.

De acordo com os estudos de Fernando Lannes Villela (2022), existe a Resolução nº 113/2010, editada pelo Conselho Nacional de Justiça que exemplifica qual o procedimento deve ser seguido pelos magistrados em relação ao cumprimento da medida de segurança. Segundo o artigo 17 da referida resolução, o responsável pelo julgamento da medida de segurança, sempre que for possível deverá adotar políticas voltadas a não internação em manicômios desses sujeitos, para que seja assim compatível com a Lei nº 10.216/01.

No ano de 2013 foi criado um local de troca de informações essenciais para a construção da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP). Com representantes do Ministério da Saúde, Ministério da Justiça, Secretaria de Direitos Humanos,

Conselho Nacional de Justiça, Conselho Nacional de Políticas Criminais e Penitenciárias, Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão, entre outras entidades, com o objetivo de elaborar e acompanhar medidas terapêuticas aplicáveis aos sujeitos com transtornos mentais em conflito com a lei.

Ainda de acordo com Villea (2022), no decorrer do mesmo ano foi oficializado um convênio com a Universidade Federal Fluminense (UFF) e a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), com o objetivo de elaborar técnicas metodológicas visando traçar o perfil dos agentes que possuem transtornos mentais e se encontram internados compulsoriamente em unidades prisionais e com o intuito de desinternar essas pessoas que estão cumprindo medida de segurança em Hospitais de Custódia. Não deixando de ser levar em conta que se deve ter um tratamento interdisciplinar a esses sujeitos. No ano de 2011 a Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão (PFDC-MPF) organizou uma Comissão multidisciplinar com o objetivo de analisar a legislação penal, processual penal e também de execução penal, em relação às medidas de segurança.

Segundo Villela (2022), logo após foi instaurado um Inquérito Civil Público, o qual convocava uma Audiência Pública para que fosse verificada a aplicação da Lei 10. 216/01, em relação ao sistema penitenciário nacional, e ainda a publicação de um parecer acerca das medidas de segurança nos hospitais de custódia em relação à Lei Antimanicomial.

Em sequência foi formulado um parecer o qual aconselhava que fosse realizado uma revisão sobre a legislação do Código Penal e do Código de Processo Penal e também acerca da Lei de Execução Penal com o objetivo que as referidas legislações se tornassem compatíveis com a Lei Antimanicomial. O referido documento ainda aconselha a extinção progressiva dos hospitais de custódia e também não aconselha a criação de ambientes análogos a esses.

De acordo com o último Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias, conforme os dados do primeiro semestre de 2021, no Brasil existem 1.888 pessoas cumprindo medida de segurança, sendo 1.754 homens e 134 mulheres em unidades de internação.

Conforme os dados do Sistema Penitenciário Nacional, somente 26% das pessoas estão cumprindo medida de segurança em tratamento ambulatorial, enquanto a grande maioria ainda se encontra cumprindo medida de segurança mediante internação totalizando 74%. Dessa forma essa modalidade acaba por ser a maioria, apesar de um grande movimento contrário à internação que ocorreu com o advento da Lei 10.216/01.

Após um pouco mais de 20 anos do advento da Lei de Reforma Psiquiátrica e conforme os números exemplificados ainda não ocorreu uma significativa redução nos números de sujeitos cumprindo medida de segurança mediante internação e ainda são minorias os tratamentos realizados de forma ambulatorial. Ainda existem muitos preconceitos na figura do sujeito com transtornos mentais, seja por fatores sociais ou então culturais, ou ainda a própria maneira que a sociedade visualiza esses agentes, foi criado um imaginário social em torno de pessoas consideradas insanas. Dessa ainda existem muitas barreiras a serem rompidas em torno desses sujeitos, como é destacado no trecho abaixo:

A reforma psiquiátrica no Brasil abriga uma grande diversidade de experiência, em razão não só da sua dimensão territorial, mas também em decorrência da diversidade cultural, política e social do país, que também diz respeito às diversas maneiras como a reforma psiquiátrica é recebida e aceita nos diferentes locais do país. Embora o movimento tenha alcançado grandes espaços na cultura brasileira, ainda existe uma grande resistência à transformação dos hospitais psiquiátricos em serviços abertos a saúde mental. Um dos fatores que podem explicar essa resistência é a existência de um imaginário social construído cultural e historicamente e que associa diretamente a loucura, periculosidade, irresponsabilidade e imprevisibilidade. Esse imaginário social ancora-se na própria história da loucura na cultura ocidental. (CASTRO, 2009.Pág. 77)

Assim é de suma importância que sejam garantidos a esses agentes que cumprem medida de segurança um tratamento adequado de saúde mental que leve em conta os direitos humanos desses indivíduos e que respeite o que é visado na Lei Antimanicomial, como já relatado pelo autor acima historicamente a loucura não foi bem vista pela cultura ocidental. Portanto é relevante que os direitos desses sujeitos com transtornos mentais sejam garantidos.

Por fim, é necessário que sejam criadas novas iniciativas que possam reduzir de maneira efetiva os números de indivíduos que cumprem medida de segurança mediante a internação, para que o que foi almejado com a Lei de 10.216 seja efetivamente realizado.

4 ENTREVISTAS REALIZADAS COM TRABALHADORES DA ÁREA DE SAÚDE MENTAL

4.1 MATERIAL E MÉTODOS

No presente trabalho foi utilizado questionário aberto, o qual foi posteriormente transcrito, algumas respostas similares foram compactadas, e em alguns trechos foram utilizadas as próprias citações dos entrevistados. As perguntas são relativas à Lei Antimanicomial e como ela impactou nos trabalhos dos especialistas entrevistados. Os questionários foram realizados através do google meet, com o escopo de obter informações de forma empírica sobre o tema trabalhado, ele se encontra resumido ao longo do capítulo III. Os profissionais entrevistados³ trabalham na área de saúde mental. Sendo três psicólogos, dois enfermeiros e uma psiquiatra.

O primeiro entrevistado foi o psicólogo Nubem Dutra, que possui 50 anos de idade e trabalha em Porto Alegre RS, no Instituto Psiquiátrico Forense Doutor Maurício Cardoso, a mais de 15 anos localizado na cidade de Porto Alegre/ RS, no referido Instituto. A segunda entrevistada foi a psicóloga Antônia Rolff, que possui 56 anos de idade, com especialização em dependência química, trabalhando na área de saúde mental a 23 anos no CASP na cidade de Rio Grande/RS. A terceira entrevista foi realizada com o enfermeiro Rodrigo Taff, que possui 35 anos de idade e trabalha na área de saúde mental desde 2006, no CAPS na cidade de Porto Alegre RS. A quarta entrevista foi realizada com a psicóloga Fernanda Trancoso, que possui 49 anos, com especialização na área de perícia criminal e familiar e também em família e casais e está finalizando um doutorado em antropologia cultural. Além disso trabalha em uma clínica particular de saúde integral a qual possuem vários especialistas, localizada na cidade de Santana do Livramento/RS. A quinta entrevista ocorreu com a enfermeira Ruth Oliveira que possui 34 anos e trabalha em um ambulatório de álcool e drogas, localizado na cidade de Porto alegre. A sexta entrevistada foi a psiquiatra Laura Silva que possui 43 anos e se formou na Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC/RS). É possui especialista na área da saúde mental e tem mestrado na mesma área. Atualmente trabalha no CAPS em Santana do Livramento.

³ Observação: Foi utilizado nomes fictícios para todos entrevistados.

4.2 BREVE RELATO DAS ENTREVISTAS

Quanto ao primeiro questionamento, que era quais os aspectos positivos da Lei 11.216/01 que, poderiam ser destacados pelos entrevistados, responderam o que segue:

Cinco dos entrevistados tiveram facilidade em explicar os aspectos positivos da Lei Antimanicomial, sendo que a resposta mais recorrente foi o tratamento em liberdade e mais humanizado dos pacientes. Além disso, foi relatado que com o tratamento em liberdade, os pacientes não perdem o contato com a família e amigos, o que costumava acontecer com a internação que acabava segregando os pacientes do restante da sociedade. Ainda foi explicado pelos especialistas que quando ocorre um tratamento psicossocial de maneira adequada, ou seja, com atendimento multidisciplinar, e com apoio dos familiares e amigos, a maioria dos pacientes consegue levar uma vida mais próxima ao normal.

O terceiro entrevistado, o enfermeiro Rodrigo Taff, relatou que a Lei Antimanicomial foi uma culminância de várias lutas sociais, que precederam ela, desde o movimento sanitarista, as quais ajudaram a construir o SUS. Isso foi muito importante pois permitiu um grande acesso à saúde a uma grande parte da população que não possuía condições de pagar por consultas na área de saúde.

Somente o primeiro entrevistado, o psicólogo Nubem Dutra não conseguiu destacar aspectos positivos da Lei Antimanicomial. Segundo a opinião do especialista, a Lei visa a proteção dos direitos humanos desses pacientes com transtornos mentais, mas na prática ela acaba por diminuir de certa forma a proteção dessas pessoas. Já que algumas pessoas ficam desprotegidas nas ruas. Em sua opinião esses sujeitos que possuem transtornos mentais estavam sendo cuidados, tratados, medicados e recebendo algum suporte estatal, o que garantia que essa pessoa não fosse agredida ou ainda agredir alguém nas ruas. Ainda segundo o entrevistado, nem todos pacientes com transtornos mentais conseguem se tratar somente com pela via ambulatorial. Já que alguns deles possuem transtornos mais graves e requerem uma atenção e medicação mais controlada, o que mais difícil de ocorrer de forma mais efetiva somente com a assistência ambulatorial.

De acordo com Fernando Trancoso, “um dos principais aspectos que traz a Lei é justamente a proteção das pessoas que tenham a saúde mental comprometida e principalmente além da proteção o respeito ao direito da dignidade delas”.

Já quanto aos aspectos negativos da referida Lei, a maioria dos entrevistados não destacou nenhum aspecto, cinco dos entrevistados comentaram somente as questões estruturais e organizacionais do próprio SUS e das próprias deficiências de gestão, as quais não são relacionadas com a Lei em questão. Somente o entrevistado Nubem Dutra destacou a diminuição dos recursos em seu ambiente de trabalho depois do advento da Lei 11.216/01 e uma certa desassistência a pacientes mais graves os quais acabam ficando na rua segregados a própria sorte. Ele ainda relata “ não é oferecido um cuidado hospitalar nos antigos hospícios para os pacientes, e nem sempre o suporte ambulatorial é suficiente para esses sujeitos que estão na rua. Não é oferecido um consultório de rua, poderiam passar em baixo de um viaduto preencher uma ficha ver o que esses sujeitos estão comendo, se está tomando os medicamentos de forma adequada. ”

Segundo Ruth Oliveira relata que, “o Sistema Único de Saúde, ele vai um pouco na contramão do que a gente vive como sociedade, como organização socioeconômica capitalista, então é um nadar contracorrente”.

Já quanto aos desafios que os trabalhadores que são do setor da saúde mental enfrentam na atualidade, os seis entrevistados citaram a falta de recursos e investimentos na área da saúde mental, e ainda destacaram as deficiências no número de profissionais para que não sejam sobrecarregados os trabalhadores da área. Também foi explicado pelos profissionais que trabalham no CAPS a questão da terceirização que prejudica a manutenção dos especialistas no ambiente de trabalho, o que acaba por prejudicar a criação do vínculo com os pacientes, que é muito importante como destacaram os entrevistados. Além disso também foi relatado que nem sempre os pacientes respondem da forma esperada e que o geralmente os tratamentos são mais longos o que pode gerar frustrações nos profissionais.

O entrevistado Nubem Dutra relata que, “ocorreu um grande sucateamento na área da saúde mental, aumentando a desassistência pública, um desinvestimento

público. Faltam itens básicos para os pacientes por falta de verbas públicas voltadas para área. Já ocorreu momentos no Instituto que os pacientes se limpavam com pedaços de colchão, ou restos de jornais, a comida não chegava na quantidade e nem qualidade suficiente”.

De acordo com o entrevistado Rodrigo Taff, “existe uma grande terceirização dos serviços, onde eu trabalho eu tenho vínculo de CLT, mas em muitos lugares isso não é a realidade, ainda mais na área de saúde mental que a criação do vínculo é fundamental”.

Segundo a entrevistada Ruth Oliveira, “eu acredito a rede de saúde mental está muito precária, muitos serviços terceirizados. O que não garante bons salários, não garante bom trabalho, e o que muitas vezes não garante um bom serviço”.

Quanto ao questionamento referente ao número de trabalhadores suficientes em seu local de trabalho,

Cinco dos entrevistados afirmaram que os números são insuficientes e que se sentem cansados. E que muitas vezes o profissional que falta acaba por gerar uma desassistência para pacientes em momentos de surto. Por exemplo, nos casos em que é necessário fazer uma prescrição de medicamento, visto que essa só pode ser realizada por um psiquiatra.

Dois dos CAPS, que são locais de trabalho dos especialistas entrevistados mais precisamente o do enfermeiro Rodrigo Taff e a da psicóloga Antônia Rolf não possuíam esses profissionais no momento. E no Instituto Psiquiátrico Forense Doutor Maurício Cardoso também foi relatado pelo primeiro entrevistado que existe falta de psiquiatras. A psiquiatra Laura Silva que trabalha no CAPS, relatou que não existe psicóloga no momento.

Somente a psicóloga Fernanda Trancoso, relatou que em seu ambiente de trabalho o número de trabalhadores é suficiente, mas a mesma trabalha em uma clínica particular. Ela destacou que nos ambientes públicos de atendimento de saúde mental ela sabe que existe insuficiência nos números de profissionais.

Em relação a pergunta relacionada quanto aos aspectos estruturais ou ainda materiais.

Foi relatado por todos entrevistados que os ambientes públicos que atendem ao setor de saúde mental devem receber estruturas materiais melhores. E além disso, deve ocorrer um maior investimento na saúde mental e em toda sua estrutura. Já que esse setor tem recebido menos investimentos nos últimos tempos e isso faz com que esses ambientes faltem às vezes o básico. Quanto a estrutura do sistema foi exemplificada que existem algumas falhas no acompanhamento dos pacientes, em como a sociedade enxerga essas pessoas. Também foi destacado que alguns destes locais públicos, destinados ao tratamento de pacientes com transtornos mentais possuem a estrutura totalmente precárias precisando de reformas.

Foi relatado pelo primeiro entrevistado, que trabalha no Instituto Psiquiátrico Forense Doutor Maurício Cardoso, que por problemas estruturais atualmente das três unidades que existem, duas unidades estão fechadas. Essas duas que estão fechadas estavam com vários problemas estruturais, elétricos, hidráulicos. “Para tentar solucionar foi feito uma licitação para arrumar essas unidades, a reforma começou em 2018, mas no momento ela está parada. Assim os 150 pacientes que viviam nessas unidades que foram fechadas foram obrigados a se juntar com outros 50 pacientes que viviam em uma unidade que cabia em torno de 60 pacientes no total”. Ainda foi relatado a falta de computadores, objetos muitos velhos o que não torna o ideal esses ambientes para os pacientes.

Quanto ao questionamento relacionado com a possibilidade de reintegração na sociedade dos pacientes que já estiveram internados em hospitais de custódia.

Os seis profissionais entrevistados destacaram que alguns pacientes dependendo do tipo do transtorno mental e de toda estrutura que recebam para se reintegrar na sociedade, como amigos, familiares, assistência e acompanhamento psicossocial podem ser reinseridos a sociedade. Mas que nem sempre isso é possível, visto que alguns transtornos são mais severos e acompanham os pacientes muitas vezes desde a infância. E algumas vezes os delitos são cometidos dentro da própria família. O que faz com que muitos laços sejam rompidos, o que torna mais difícil o apoio da família e amigos em determinados casos, dificultando ainda mais a reintegração desses pacientes na sociedade.

Segundo o entrevistado que trabalha no Instituto Psiquiátrico Forense Doutor Maurício Cardoso, “quando os pacientes não têm uma família minimamente

estruturada eles nunca conseguiram se adaptar a vida social, como por exemplo possuir um trabalho ou alguma ocupação, ou ainda que tenham conseguido formar vínculos saudáveis”. “Se não tiver isso é muito difícil essa pessoa permanecer em sociedade de forma positiva, pode até sair, mas a chances de ela reincidir e voltar a ter problemas com a justiça é grande. Tanto que o número de novas internações do mesmo paciente é bem alto”.

De acordo com a entrevistada Ruth Oliveira, “eu acredito na reintegração, são casos diversos nesses espaços forenses, mas sem políticas públicas, tudo isso fica muito difícil”.

A entrevistada Antônia Rolff destaca que, “com auxílio de programas sociais voltados para reinserção social desses pacientes, é possível reintegrá-los a sociedade”.

Conforme o entendimento de Fernanda Trancoso, “essa resposta é complexa porque existem vários níveis de transtornos mentais, existem transtornos mentais antissociais que estão dentro das psicopatologias mais graves, mas na maioria dos casos, eu acredito que seja possível”.

Segundo a entrevistada Laura Silva, “alguns pacientes talvez sim, dependendo da situação do delito, do grau anterior da doença psiquiátrica, porque claro essas instituições nem sempre conseguem cuidar e tratar o paciente como deveriam”.

Em relação a pergunta sobre as maiores dificuldades do trabalhador na área da saúde mental em relação a gestão dos governos.

Todos seis entrevistados destacaram a falta de investimento no setor e também o descaso em relação a saúde no geral e em especial a saúde mental. Foi relatado um sucateamento dos locais de tratamento público dos pacientes com transtornos mentais e também a falta de recursos destinados a esses.

A entrevistada Antônia Rolff destaca que, “com auxílio de programas sociais voltados para reinserção social desses pacientes, é possível reintegrá-los a sociedade”.

Conforme o entendimento de Fernanda Trancoso, “essa resposta é complexa porque existem vários níveis de transtornos mentais, existem transtornos mentais antissociais que estão dentro das psicopatologias mais graves, mas na maioria dos casos, eu acredito que seja possível”.

Segundo a entrevistada Laura Silva, “alguns pacientes talvez sim, dependendo da situação do delito, do grau anterior da doença psiquiátrica, porque claro essas instituições nem sempre conseguem cuidar e tratar o paciente como deveriam”.

Em relação a pergunta sobre as maiores dificuldades do trabalhador na área da saúde mental em relação a gestão dos governos.

Todos seis entrevistados destacaram a falta de investimento no setor e também o descaso em relação a saúde no geral e em especial a saúde mental. Foi relatado um sucateamento dos locais de tratamento público dos pacientes com transtornos mentais e também a falta de recursos destinados a esses locais e por esses motivos muitas vezes faltam itens básicos como medicamentos, sabonetes, absorventes, entre outros itens. Inclusive alguns desses itens são recebidos através de doações de igrejas, e através de parcerias entre universidades.

Os cortes de recursos também limitam o desenvolvimento de projetos importantes na área, o que acaba por prejudicar a qualidade do tratamento dos pacientes. Também foi exemplificado que não existe prevenção de transtornos mentais, foi relatado que tal atitude poderia melhorar a sociedade como um todo visto que isso poderia afetar diversas áreas de forma positiva.

A segunda entrevistada Antônia Rolff destacou que alguns CAPS estão localizados em locais sem estrutura ou ainda que são de difíceis acesso para a população, longe de parada de ônibus. Ela relata que isso ocorre porque não existe um bom planejamento do gestor responsável pela escolha do local de instalação do CAPS. “Enfim isso tudo acaba afetando a qualidade do trabalho, tudo poderia ser muito melhor, com uma gestão mais organizada e comprometida”.

O enfermeiro Rodrigo Taff destacou que sistema eleitoral mesmo que condiciona essas candidaturas qualquer que seja elas, a assumir aspectos políticos, “não são compromissos com as necessidades das populações. São compromissos com planos de saúde, hospitais privados, então, segundo ele, “tu tens esse modelo político muito corrompido”, segundo ele a pessoa para estar nesse cargo, já tem que ter assumido compromisso com setores que não são de interesse para as políticas públicas. “Essa ideia neoliberal da maioria dos governos que tu tens que cortar gastos, no que na verdade é investimento”.

A enfermeira Ruth Oliveira relata que a maior dificuldade é a questão do desinvestimento, em tudo que é promoção a saúde, ainda mais quando se fala em saúde mental. “Talvez se tivesse um maior investimento nessa área a gente tivesse até uma redução no número de pessoas com transtornos mentais”. “A gente tem uma população muito medicada e com pouca comida no prato, com pouco trabalho, pouca dignidade e pouca condição de vida”.

De acordo com o entrevistado Nubem Dutra, “em função do sucateamento na área da saúde mental tivemos falta de medicamentos essenciais para os pacientes como o lítio, o qual não existe substituição, alguns pacientes por esse motivo tiveram que ser contidos. Muitas vezes nos sentimos de mãos atadas, existe um descaso muito grande e falta muitos recursos para que se consiga ter um retorno no tratamento dos pacientes”.

Quanto o questionamento das vantagens das criações dos CAPS.

Todos seis entrevistados afirmaram que isso possibilitou que uma parcela da população tivesse acesso ao tratamento no setor da saúde mental de forma gratuita. O que torna mais abrangente o atendimento na área a pessoas que não teriam possibilidade por seus poucos recursos. Foi destacado que é muito positivo para os pacientes encontrar outras pessoas que possuem os mesmos problemas e poder realizar atividades manuais, e poder fazer amizades e trocar essas dificuldades comuns perceber que ele não está sozinho. Ainda foi relatado que os pacientes, em muitas situações a pessoas começam a aprender a questão da socialização interagindo com os outros pacientes.

Além dessas questões, foi destacado que o CAPS, em relação a sua estrutura está ainda longe de ser o ideal do que a população precisa e principalmente na área das dependências químicas. Já que é uma área muito complexa e que exige outro comprometimento de horário de disponibilidade de equipes, o que dependendo da região está incompleta e com número de profissionais abaixo do ideal.

O entrevistado Rodrigo Toff destaca, que as vantagens da criação dos CAPS são pouco divulgadas, “mas as pessoas até hoje, falam nunca escutei falar que o CAPS atendia isso. Elas ficam até duvidando né, quando a gente fala assim esse serviço tu podes voltar aqui quando tu quiseres e vai ter atendimento gratuito”.

Segundo a entrevistada Ruth Oliveira, “a grande vantagem é que o atendimento é na região que a pessoa mora e de forma gratuita, acaba criando uma ideia de segunda casa, onde tu és bem cuidado, bem tratado, ajudando a retomar alguns aspectos assim de autoestima do paciente”.

De acordo com a entrevistada Fernanda Trancoso, “Eu acho que a importância do CAPS foi aproximar questões tão complexas como o tratamento das dependências químicas e dos transtornos mentais para uma grande parcela da população. Mas eu tenho consciência que está ainda longe da abrangência ideal que a população precisa”.

Já sobre a pergunta sobre os impactos provocados pela pandemia de Covid-19, as respostas foram diversas.

Segundo os relatos dos seis entrevistados todos foram impactados de alguma maneira. Os profissionais que trabalham nos CAPS relatam que os atendimentos foram individualizados, sendo que os tratamentos em grupo são fundamentais para os pacientes. O primeiro entrevistado que trabalha no Instituto Psiquiátrico Forense Doutor Maurício Cardoso relata que acabou o tráfico de drogas no local, visto que os pacientes não podiam sair e trazer entorpecentes para dentro do Instituto e que nesse sentido a pandemia teve um aspecto positivo. Foi relatado também pelos seis entrevistados que a pandemia impactou fazendo que surgissem mais casos de violência, de uso de entorpecentes e o surgimento de alguns transtornos em diversas pessoas, inclusive em profissionais da área de saúde mental os quais já estavam esgotados em função da pandemia.

Segundo a entrevistada Antônia Rolff acerca da pandemia, “olha nos não paramos de trabalhar, mas nós restringimos assim, eles pegavam as receitas, e o atendimento era realizado individualmente, para quem não estava com sintomas de Covid-19. Quando o paciente estava com algum sintoma ele era agendado para outra data, mas as pessoas nunca deixaram de ser atendidas, nós nunca tivemos trabalho de forma remota”.

De acordo com o relato do entrevistado Rodrigo Toff, “a insegurança alimentar nesse momento e o uso de álcool e drogas trouxe mais gente com algum tipo de transtorno mental que foi desencadeado durante a pandemia, então impactou bastante”.

Conforme a entrevistada Ruth Oliveira, “destaca que afetou diretamente, ali do início até a metade de 2021, que a gente teve uma diminuição drástica de atendimentos tivemos somente o atendimento individual e não se realizou grupos nem no CAPS nem no ambulatório nem em lugar nenhum, os lugares muito focados no atendimento da pandemia”.

Segundo a entrevistada Laura Silva, “a pandemia para as questões dos pacientes foi complicada, porque no início quando não se tinha muito entendimento do que era o vírus e o que ele acarretaria para as pessoas, as atividades em grupos foram suspensas e isso afetou muito os pacientes”.

4.3 ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

Conforme tudo que foi exposto, pelos profissionais de diversas profissões que trabalham da área de saúde mental, o que foi mais destacado foi que a falta de investimento no âmbito da saúde mental tem sido muito maior com o passar dos anos, desde o advento da Lei Antimanicomial. Foi relatado também que um país para se desenvolver tem que investir em saúde e isso inclui a saúde mental.

Ainda foi lembrado que ocorreram diversos avanços com a legislação como uma maior abrangência na assistência da população em relação a saúde mental e que isso é muito benéfico visto que permite que uma grande parcela da população tenha acesso nesse setor da saúde por um grupo multidisciplinar de profissionais capacitados, com as criações dos CAPS.

Foi relatado que alguns pacientes conseguem se reintegrar novamente na sociedade, mas que isso depende de diversos fatores enfatizados acima. Inclusive da própria rede de assistência psicossocial de profissionais e além disso de fatores externos como, apoio de familiares, amigos e da sociedade como um todo.

Portanto , como foi explicado pelos profissionais, a Lei 10.216/01 trouxe avanços, mas somente ela não é suficiente. De acordo com os especialistas é necessário toda uma estrutura, voltada a melhoria dos pacientes que passa pela gestão desses locais de atendimento de pessoas com transtornos mentais, e uma boa gestão governamental. Já que com o passar dos anos ocorreram diversos cortes de verbas para o setor de saúde mental o que não permite como relatado um atendimento ideal

tanto por falta de itens básicos, quanto pela impossibilidade desenvolvimento de projetos para o tratamento dos pacientes.

Um dos profissionais entrevistados, que trabalha no Instituto Psiquiátrico Forense Doutor Maurício Cardoso, não conseguiu identificar muitos aspectos positivos na Lei Antimanicomial. Visto que ocorreram muitos cortes em seu local de trabalho e também segundo o mesmo nem todos pacientes conseguem ter um tratamento adequado somente no CAPS. De acordo com ele, devido à gravidade do transtorno de algumas pessoas a internação tornou-se necessária.

Conforme foi destacado pelos profissionais existe falta de alguns especialistas para o atendimento dos pacientes no setor público, o que pode fazer muita falta principalmente no momento de surtos de pacientes em crises. Visto que para que exista um trabalho ideal é necessário um atendimento multidisciplinar, o que nem sempre é possível no atendimento público em saúde mental de acordo com o relato dos profissionais.

Como foi explicado pelos especialistas de diversas áreas que trabalham no setor de saúde mental, é de suma importância que ocorram investimentos no âmbito da saúde, principalmente no segmento da saúde mental. Já que como foi relatado o mesmo pode impactar de forma positiva em diversos setores da sociedade. Por fim, também foi destacado a importância da prevenção aos transtornos mentais com atendimentos mais abrangentes a toda população e com o número de profissionais adequado.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse trabalho pretendeu compreender acerca dos impactos trazidos pela Lei 10.216/01, e como ela vai influenciar no tratamento de pessoas com transtornos mentais, e de forma conseqüente no trabalho dos especialistas que trabalham na área de saúde mental. Com o intuito de sanar lacunas acadêmicas sobre o tema se justifica o trabalho, o qual apresenta enfoque bibliográfico e metodologia qualitativa.

Inicialmente pretendeu-se fazer um estudo legislativo, a respeito das legislações voltadas ao sujeito considerado louco. Logo após estudar os impactos trazidos pela Lei Antimanicomial, para melhor atingir esses objetivos foram realizadas seis entrevistas com profissionais que atuam na área de saúde mental no Rio Grande do Sul.

Verificou-se que ocorrem diversos avanços legislativos em relação à aos direitos fundamentais das pessoas com transtornos mentais, mas para que eles sejam garantidos é fundamental uma boa gestão governamental, voltados aos interesses da população em relação à saúde mental. Foram destacados de maneira unânime pelos entrevistados a diminuição dos investimentos no setor da saúde mental com o passar dos anos. Além disso, foi explicado que é necessário toda uma estrutura, a qual depende de profissionais em números adequados nesses ambientes de tratamento, o que de acordo com os questionários realizados são insuficientes.

Ademais existe falta de locais com estruturas adequadas para o atendimento ideal dos pacientes, foi relatado espaços com problemas estruturais, elétricos, ou ainda de difíceis acesso a população. Além do mais, foi relatado uma grande terceirização dos profissionais da área de saúde mental, o que prejudica na criação e na manutenção do vínculo desses pacientes, o que é muito importante conforme descrito pelos entrevistados.

Sendo assim, os impactos positivos do advento da Lei 10.216/01 de acordo com o que foi analisado, foram a maior abrangência ao atendimento, a área de saúde mental com a criação dos CAPS, grande parcela da população a qual não teria possibilidade por insuficiência de recursos a atendimentos nesse setor. Além disso, oportunizou o tratamento em liberdade, para que os pacientes não fossem segregados do restante da sociedade, não perdendo os laços com a família e amigos, como muitas

vezes ocorria nos antigos hospitais psiquiátricos. Também foi destacado que com a formação CAPS foi possível que as pessoas criassem amizades com outras com problemas similares, visto que o atendimento em grupo é muito salutar para o tratamento dos pacientes.

Quanto os impactos negativos após a Lei Antimanicomial, foi declarado pelos especialistas entrevistados, uma redução com o passar do tempo nos recursos destinados nesse âmbito, tanto para manutenção de itens básicos, como itens de higiene destinados aos pacientes, quanto para o desenvolvimento de novos projetos para auxiliar no tratamento das pessoas com transtornos mentais. Ademais foi explicado pelos profissionais que existe falta de alguns especialistas para atender as demandas necessárias, como a prescrição de medicamentos, a qual só é permitida sob prescrição de um psiquiatra.

Mesmo com os grandes avanços que ocorreram depois da promulgação da Lei 10.216/01, a hipótese do projeto de conclusão de curso foi refutada, visto que não ocorreu uma grande redução no número de sujeitos cumprindo medida de segurança sobre o sistema de internação, em detrimento do atendimento ambulatorial depois da vigência da referida legislação. De acordo com o Sistema Penitenciário Nacional⁴, somente dos sujeitos com transtornos mentais, estão cumprindo medida de segurança em tratamento ambulatorial, sendo ainda maioria os agentes que cumprem medida de segurança mediante internação totalizando 74%. Mesmo com um grande movimento contrário a internação com a advento da Lei Antimanicomial, a redução do número de sujeitos cumprindo medida de segurança por meio do tratamento ambulatorial ainda é ínfimo.

Portando existiu uma evolução acerca do ordenamento jurídico voltado para pessoas com transtornos mentais, visto que inicialmente esses sujeitos nem eram considerados sujeitos de direitos somente possuíam o direito de tratamento, com a reforma psiquiátrica e posteriormente o advento da Lei 10.216/01, ocorreram muitas mudanças, a mais impactante foi o fechamento progressivo dos hospitais de custódia, mas segundo os especialistas entrevistados ocorreram muitos cortes nesse setor que acabaram afetando diretamente o processo de tratar pessoas consideradas insanas.

⁴ Observação: Informação obtida no endereço eletrônico: <https://www.gov.br/depen/pt-br/servicos/sisdepen/mais-informacoes/relatorios-infopen/relatorios-analiticos/br/brasil-jun-2021.pdf>

Por fim existem possibilidades de melhoria, de acordo os dados obtidos através da pesquisa aplicada com os especialistas, deve ocorrer um maior investimento no setor da saúde mental. Além disso, com investimento em políticas públicas voltadas ao tratamento de pessoas com transtorno mental e também gestores mais comprometidos com as melhorias nesse setor. Ademais é necessário, conforme os entrevistados, melhorias nas condições do trabalhador que atua na área da saúde mental, com números que contemplem as demandas da população. Além de tudo que foi destacado, o Conselho Nacional de Justiça recomenda que quem for responsável pelo julgamento da medida de segurança deverá primar pelo tratamento de forma ambulatorial dos sujeitos com transtornos mentais.

Portanto para que se consiga o que foi almejado na Lei Antimanicomial, são necessárias um conjunto de ações voltadas ao tratamento em liberdade sempre que for possível, já que as internações como é destacado na própria legislação, devem ocorrer somente em último caso, unicamente quando o atendimento multidisciplinar psicossocial não for suficiente para o tratamento do paciente.

REFERÊNCIAS

ALARCÃO, Raiza Stephanie Veronessi. **medida de segurança a desospitalização do internado**. Orientador: Gerson José Beneli, 2015.37 f. TCC (Graduação)- Curso de Direito Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis, IMESA/FEMA.2015. Disponível em: <https://cepein.femanet.com.br/BDigital/arqTccs/1311401146.pdf> acesso em: 19 de julho de 2022.

Amaral, Aline Dele Crode **Medida de segurança e loucura: interseções entre direito, história, psiquiatria e saúde mental**. Orientador: Priscilla Placha Sá, 2014. 77 f. TCC (Graduação)- Curso de Direito Universidade Federal do Paraná, 2014. Disponível em: <https://acervodigital.ufpr.br/handle/1884/37524> acesso em: 25 de junho de 2022.

ARBEX, Daniela. **Holocausto brasileiro**.1 ed. São Paulo: Geração Editorial,2013.

BRITTO, Renata Corrêa. **A Internação Psiquiátrica Involuntária e a Lei 10.216/01. Reflexões acerca da garantia de proteção aos direitos da pessoa com transtorno mental**. Orientador: Paulo Duarte de Carvalho Amarante, 2004.214 f. Dissertação (Mestrado)- Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz ,Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: <http://thesis.icict.fiocruz.br/pdf/brittorcm.pdf> acesso em: 5 de maio de 2022.

CASTRO, Ulysses Rodrigues de. **Reforma psiquiátrica e o louco infrator: novas ideias, velhas práticas**. Brasília: Hinterlândia Editorial, 2009.

CORDEIRO, Quirino; LIMA, Mauro Gomes Aranha de. Medida de segurança: uma questão de saúde e ética. **Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, São Paulo**, vol.1, p.20-50. Jan/jun. 2013.

DE ARAÚJO ALVES, Jaiza Sâmmara. A Violação Do Princípio Da Legalidade Frente À Indeterminação Temporal Das Medidas De Segurança. **Revista Justiça e Sistema Criminal**, vol. 8, no 14, p. 217-234. Jan/Jun. 2016.

DE CARVALHO, Salo. **Penas e Medidas de Segurança no Direito Brasileiro: fundamentos e aplicação judicial**. 2.ed. São Paulo: Saraiva, 2013.

DE FARIA SILVESTRE, Ana Carolina; DE ALMEIDA, Ana Fernanda Silva. Do holocausto brasileiro à Lei 10.216/01: uma análise da loucura no estado democrático de direito. Ratio Juris. **Revista Eletrônica da Graduação da Faculdade de Direito do Sul de Minas**, 3.1: 59-71. Jan/jun. 2020.

DE OLIVEIRA COSTA, Giselle. Medida de segurança: a indeterminação temporal para o tratamento. **Unisul de Fato e de Direito: Revista jurídica da Universidade do Sul** de Santa Catarina, 4.8: 275. Jan/jun.2014.

DINIZ, Debora. **A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil: censo 2011**. vol.1,Brasília:Letras Livres; Editora da UnB, 2013.

GOULART, Maria Stella Brandão. Os 30 anos da “Lei Basaglia”: aniversário de uma luta. Mnemosine, **Clio-Psyché, Programa de Estudos e Pesquisas em História da Psicologia**, vol.4 .1. Mar/ago. 2008.

GRYCAJUK, João Vitor. **Medida de segurança e a lei antimanicomial: a incoerência no ordenamento jurídico vigente e na prática**. Orientador: André Ribeiro Giamberardino. 2017. 60 f. TCC (Graduação) – Curso de Direito, da Universidade Federal do Paraná. 2017. Disponível em: <https://www.acervodigital.ufpr.br/handle/1884/55953>, acesso em: 20 de maio de 2022.

LEBRE, Marcelo. Medidas de segurança e periculosidade criminal: medo de quem. **Responsabilidades**, Belo Horizonte, vo.2 n°.2, p.273-282. Set/2012.fev.2013.

MATIAS, Kamilla Dantas. **A Loucura na Idade Média. Ensaio Sobre Algumas Representações**. Orientador: Maria Alegria Fernandes Marques. 2015. 81f. Dissertação (Mestrado) – Curso de História, Universidade de Coimbra, Portugal. 2015. Disponível em: <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/36024/1/A%20Loucura%20na%20Idade%20Media.pdf>, acesso em: 20 de junho de 2022.

PEREIRA, Rosemary Corrêa. **Políticas de saúde mental no Brasil: o processo de formulação da lei de reforma psiquiátrica (10.216/01)**. Orientador: Paulo Duarte de Carvalho Amarante. 2004. 244.f. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: <http://thesis.icict.fiocruz.br/pdf/pereirarc.pdf>, acesso em: 30 de maio de 2022.

RIBEIRO, Leticia Lirio. **A (in) compatibilidade da Lei n. 10.216/01 com o sistema da inimputabilidade estabelecido nos Códigos Penal e de Processo Penal**. Orientador: Luiz Henrique Manoel da Costa. 2021. 41.f TCC(Graduação)- Curso de Direito, Universidade Federal de Ouro Preto, Ouro Preto, 2021. Disponível em : [file:///C:/Users/Leticia/Documents/Direito%209%20semestre/TCC/LEI%2010.216%20DE%2001/Lei%20Antimanicomial/MONOGRAFIA IncompatibilidadeLeiSistema.pdf](file:///C:/Users/Leticia/Documents/Direito%209%20semestre/TCC/LEI%2010.216%20DE%2001/Lei%20Antimanicomial/MONOGRAFIA%20IncompatibilidadeLeiSistema.pdf), acesso em : 1 de junho de 2022.

SOUSA, Letícia Ramos de. **Lei antimanicomial e desinstitucionalização na perspectiva dos residenciais terapêuticos**. Orientador: Lucas Pizzolatto Konzen. 2018. 64.f. TCC (Graduação)- Curso de Direito, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2018. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/192805/001088244.pdf?sequence=1> acesso em: 29 de maio de 2022.

VAZ, Bárbara Coelho. **O Brasil sob a lente dos Direitos Humanos: análise do conteúdo da lei 10.216/2001**. Orientador: Pedro Gabriel Godinho Delgado. 2015. 130.f. Dissertação (Mestrado)- Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa, 2015. Disponível em : <https://run.unl.pt/handle/10362/15213>, acesso em: 3 de junho de 2022.

VILELA, Eugenia. Michel Foucault, do silêncio da loucura: o avesso da palavra final. **Cadernos de Literatura Comparada**, Universidade do Porto, Portugal, vo.2. p. 01-18, 2012.

VILLELA, Fernando Lannes. Breves Comentários Acerca Do Tratamento Dispensado Aos Inimputáveis Em Virtude De Transtorno Mental Na Legislação Penal E No Sistema Penitenciário Brasileiro. **PhD Scientific Review**, vo. 2. N°02, p. 16-33. Fev. 2022.

WEIGERT, Mariana de Assis Brasil. **Entre silêncios e invisibilidades: os sujeitos em cumprimento de medidas de segurança nos manicômios judiciários brasileiros**. Orientador: Neuza Maria de Fátima Guareschi .2015.211.f. Tese (Doutorado)- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2015. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/140989/000991174.pdf?seq> , acesso em : 13 de maio de 2022.

