

**CENTRO DE ENSINO SUPERIOR CESUL**

**A RESSOCIALIZAÇÃO DE CONDENADOS COM TRANSTORNOS  
MENTAIS**

**TAYNA SELK**

**FRANCISCO BELTRÃO – PR  
2023**

**TAYNA SELK**

**A RESSOCIALIZAÇÃO DE CONDENADOS COM TRANSTORNOS  
MENTAIS**

Monografia apresentada como requisito parcial para aprovação da Disciplina de Orientação a Monografia II, do 9º Período do Curso de Graduação em Direito do Centro de Ensino Superior CESUL.

Orientadora: Profa. Me. Suyane P. J. C. Siqueira

**FRANCISCO BELTRÃO – PR  
2023**

**TERMO DE APROVAÇÃO**

**TAYNA SELK**

**A RESSOCIALIZAÇÃO DE CONDENADOS COM TRANSTORNOS  
MENTAIS**

**Monografia aprovada como requisito parcial para obtenção do título de  
Bacharel em Direito do Centro de Ensino Superior CESUL.**

**Orientadora: Profa. Me.: Suyane P. J. C. Siqueira**

**Professor**

**Professor**

## RESUMO

O presente estudo tem como objetivo buscar a história das condenações dos doentes mentais e como estes eram tratados antes da legislação vigente no Brasil, ainda, busca trazer um estudo avançado dos sistemas prisionais, as formas de tratamentos e as medidas que podem ser educativas, por meio de uma análise da lei e a da execução penal aplicada aos portadores de transtorno mental, no ordenamento jurídico, de forma específica, a efetivação da referida sanção na realidade penal brasileira. MÉTODO: a forma qualitativa, sendo analisados artigos, doutrinas e jurisprudências. Utilizando a coleta por meio de bibliografia, uso de decisões jurisprudenciais. RESULTADOS: Um estudo para verificar se a função da pena, que é a ressocialização, está sendo eficaz quando aplicada a um portador de doença mental.

**Palavras-chave:** Condenados; medida de segurança; doença mental; ressocialização; tratamento; sociedade.

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente, agradeço a Deus por me proporcionar saúde, capacidade e determinação para não desistir, sustentando-me nos momentos de maiores dificuldades.

Ao meu querido e amado marido, Airton Affonso Munzlinger, pelo apoio e compreensão nas ausências decorrentes dos estudos, por sempre acreditar em mim, até quando eu mesma não acreditava, sendo meu maior apoiador na busca pela realização dos meus sonhos.

Ao meu, Pai Artur Dos santos Selk, que acreditou em meu potencial, fazendo com que este sonho despertasse em mim desde criança.

A minha mãe Cleuza de Fatima da Silva, por sempre estar presente de forma em minha jornada em oração e aos meus irmãos Dartá, Danieli, Thays e Artur Junior, que sempre me apoiaram, não deixando que eu viesse a desistir.

Agradeço, em especial, a minha orientadora, Me.: Suyane P. J. C. Siqueira, por ter aceitado me acompanhar neste projeto. Com toda a certeza, seu empenho e profissionalismo foram essenciais para a minha motivação, à medida que, as dificuldades iam surgindo ao longo do percurso.

*“Disse-lhe Jesus: Eu sou o caminho, e a verdade e a vida;  
ninguém vem ao Pai, senão por mim.”*

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>06</b>
<b>1 HISTÓRICOS DAS DOENÇAS PSICOLÓGICAS NA IDADE MÉDIA.....</b>	<b>08</b>
1.1 Da lepra.....	08
1.2 Esquizofrenia.....	09
1.2.1 Historia da loucura.....	10
1.2.2 Tipos de tratamentos usados na antiguidade.....	12
1.2.3 Tratamentos utilizados na atualidade.....	16
<b>2 RESSOCIALIZAÇÃO DE PACIENTES DE HOSPITAIS DE CUSTÓDIA .....</b>	<b>24</b>
2.1 Hospital de custódia e tratamento psiquiátrico.....	24
2.1.1 Importancia da Família para ressocializar.....	29
2.1.2 reforma da psiquiatrica.....	31
<b>3.0 A LEGISLAÇÃO PENAL BRASILEIRA: DOENTES MENTAIS SOBRE O CÓDIGO PENAL E A LEI 10.2016/2001.....</b>	<b>35</b>
3.1 Primeiros códigos penal que tratava da ressocialização de doentes mentais...35	
3.1.1 Aplicação da lei 10.2016/2001.....	37
3.1.2 entendimento jurisprudencial a respeito de doentes mentais.....	38
3.1.3 Processo de Reintegração.....	47
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>50</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>52</b>

## INTRODUÇÃO

Teoricamente justifica a pesquisa com relevância acadêmica, para analisar se a pena para pessoas com transtornos mentais é eficaz para reeduca-lo e continuar seu tratamento após a condenação transitado em julgado, bem como, se a como dar andamento ao tratamento de saúde do condenado após este ter cumprido sua pena.

Todavia, a que se constar algumas reflexões: o tratamento de um condenado que possui transtorno mental é adequado, psicológico e psiquiátrico, dentro do manicômio judicial? Esta situação precisa estar regulamentada? Há pesquisas de campo a respeito de tal assunto? Em face de tantos questionamentos, o estudo do tema se justifica, principalmente, pelo fato de que há preocupação se um condenado com transtorno mental consegue, facilmente, curar-se e não voltar a delinquir ou se este continuará a cometer os delitos? A dignidade da pessoa humana é garantida para os condenados com transtornos mentais? Para a importância desse tema, a que se mencionar que, o conceito de pessoa com transtorno mental é avaliado segundo as atitudes e atos ilícitos, considerado atípicas, perante uma sociedade, assim como, são os atos sem sentido e irrelevantes que ocorrem em crimes, como por exemplo, os que envolvem serial killer, os quais estupram ou matam mulheres por simples fantasia, ou seja, pessoas que fazem a anormalidade ser considerada ou um pensamento considerar um fato real.

A novidade desse problema é dar um passo além do que foi dito a cerca do tema, apontando, diretamente, como deve ocorrer a ressocialização das pessoas com transtornos mentais, apontando fatos irreversíveis.

Já no tange a relevância profissional, a presente pesquisa busca refletir, criticamente, o âmbito jurídico da dignidade da pessoa humana com relação ao tratamento dos condenados com transtorno mentais e os possíveis casos de ressocialização.

Diante disso, esta pesquisa busca assegurar a dignidade da pessoa humana de condenados com transtornos mentais, assim como, a implantação de novos direitos na legislação atual, buscando aparato legal e a sensibilidade de preservação dos direitos humanos.

A importância da lei para o fechamento desses hospitais, os quais não têm como objetivo a ressocialização e o tratamento para a inserção do condenado a sociedade.



# 1 HISTÓRICOS DAS DOENÇAS PSICOLÓGICAS

## 1.1 DA LEPROSA

Na antiguidade, confundia-se as doenças mentais e físicas, falava-se sobre a doença da lepra, também conhecida por hanseníase, causada pela infecção de uma bactéria chamada *Mycobacterium leprae*, doença crônica que afeta, principalmente, a pele, os olhos, o nariz e os nervos periféricos, causando uma perda da sensibilidade tátil e da força muscular, além de proporcionar dores nos membros superiores, entre outros sintomas.

Quando considerados leprosos, as pessoas eram abandonados, nas ruas, por seus famílias e desprezados pela sociedade, que tinham medo de ser infectada com a doença, tendo em vista que esta era contagiosa. Assim, esses doentes físicos, acabavam adquirindo, ao longo do tempo, quadros de doenças mentais. Com isso, houve a necessidade de criação dos hospitais para leprosos, mas como a intenção era apenas de limpar as ruas, esses abrigos não possuíam tratamento para a cura. Assim, em condições insalubres, essas pessoas, além de sofrerem até a morte, dividiam o espaço com prostitutas, criminosos e loucos.

A lepra é uma doença contagiosa produzida pelo "*Mycobacterium leprae*". Até o presente momento sabe-se ser o "*M. leprae*" um parasita exclusivo do homem e, portanto, a fonte de infecção é sempre o doente, ou melhor, o doente lepromatoso, por ser este permanentemente bacilífero. As outras formas clínicas apenas, eventualmente, podem ser bacilíferas e, portanto, têm relativo interesse como fonte de infecção. (Brasil, 1960 p.44).

Com isso, foram criados os hospitais dos leprosos, que tinham a intenção de limpar as ruas. Vale ressaltar, que esses abrigos não possuíam tratamento para a cura e mantinham as pessoas em condições insalubres até a morte.

A doença mental é um fenômeno universal que atinge diretamente a mente humana, fazendo com que a realidade e as alucinações pareçam não se diferenciarem para esses doentes, assim, compreendida como manifestações do pensamento, afeta as relações emocionais e comportamentais, reduzindo o doente mental a um objeto que não possui sentimentos além da loucura, considerando estes como louco, perigoso e incapaz de diferenciar suas ações. A grande dificuldade na ressocialização, inicia-se desde a base familiar, quando esta não entende que a doença mental está relacionada ao raciocínio e, por este motivo, apresenta maiores dificuldades e necessidades do que doenças comuns.

Segundo LOYELLO, (1983: 68) o conceito de doente mental "se confinde cada dia mais com o de 'desviado', 'inadaptado', 'marginalizado'. A normalidade é aferida através da adaptação ao processo produtivo. Surge mais um mediador do 'normal': o produzir. Produzir para manter o equilíbrio social : enquanto a pessoa tem uma participação social produtiva ela é útil e normal; no momento em que afasta-se desse processo, o modo como é vista jeta se modifica. O pensar e o agir do doente mental passa a ser condicionado pelo que os outros delimitam."

A doença mental, em algum momento, atinge todos os seres humanos, pois a loucura está relacionada a depressão, ao alcoolismo, a ansiedade, a agonia, entre outras, que alteram a mentalidade, podendo atingir diversos grupos familiares, de amigos ou de pessoas próximas.

"Os transtornos mentais são problemas de natureza e solução distintas das doenças orgânicas: o problemático mental, além das necessidades comuns, tem necessidades especiais que se aguçam esponeticialmente nos momentos de crise: integração e reintegração social plena são os suportes mais consistentes da cura: o exercício de direitos e liberdades individuais estarão sujeitos a limitckiiies, exclusivamente com o fim de assegurar os mesmos direitos e liberdades de outrem e, o isolamento e a segregação comprometem o projeto terapêutico, impedem o exercício da cidadania e fragmentam a inserção social". (PADRÃO, 1992, p. 13).

## 1.2 ESQUIZOFRENIA

Existe diversos tipos de insanidades mentais, como a esquizofrenia, que é uma doença de baixa incidência, pois atinge uma percentagem pequena da população, possuindo maiores índices no sexo masculino. Tem seu início no fim da adolescência e vai até a fase adulta, apresentando-se como uma doença incapacitante, que envolve pensamentos, sentimentos, mudanças comportamentais, perturbações afetivas, alucinações, dificuldades de relacionamento com outras pessoas, entre outros sintomas que se apresentam em todas as fases da doença. Tal perturbação afeta, diretamente, a realidade do individuo, afastando-o do convívio social e o levando até o estágio da demência.

**Delírios** são falsas convicções que, geralmente, implicam em má interpretação das percepções ou das experiências. Além disso, a pessoa mantém essas convicções, mesmo que exista uma evidência clara que as contradizem. Existem vários tipos possíveis de delírio. Por exemplo, a pessoa com esquizofrenia pode apresentar delírios de perseguição, acreditar que está sendo atormentada, perseguida, enganada ou espionada. Ela pode ter delírios de referência e, por isso, acreditar que certas passagens de livros, jornais ou canções se dirigem especificamente a ela. Ela pode ter delírios de roubo ou de imposição do pensamento, porque acredita que os outros conseguem ler sua mente, que os pensamentos são transmitidos a outros ou que os pensamentos e impulsos lhe estão sendo impostos por forças externas. Os delírios na esquizofrenia podem ser bizarros ou não. Os delírios bizarros são claramente inverossímeis e não são derivados de experiências ordinárias da vida. Por

exemplo, a pessoa pode acreditar que alguém removeu seus órgãos internos sem deixar uma cicatriz. Os delírios que não são bizarros envolvem situações que poderiam acontecer na vida real, como ser seguido ou ter um cônjuge ou parceiro infiel.

**Alucinações** envolvem ouvir, ver, sentir o gosto ou ter a sensação física de coisas que ninguém mais sente. As alucinações que são ouvidas (alucinações auditivas) são, de longe, as mais comuns. Uma pessoa pode ouvir vozes que comentam seu comportamento, que conversam entre elas ou que fazem comentários críticos e abusivos. (Tamminga. C, 2022).

Os doentes mentais eram tratados como atípicos, pois sua forma de agir era sobrenatural. Porém, somente após a lepra diminuir seu contágio, que se deu início a discussão sobre a insanidade mental e, com isso, quem era portador de alguma doença mental, passou a ser tratado pelos hospitais gerais, que anteriormente eram utilizados pelos leprosos e que ainda não apresentavam um tratamento adequado para essas pessoas.

Com os leprosos estáveis, iniciou-se uma discussão a respeito de uma nova doença, chamada de doenças venéreas, que tomou lugar nos hospitais dos leprosos, como trata FOUCAULT, (1975, pg. 11)

A lepra foi substituída inicialmente pelas doenças venéreas. De repente, ao final do século XV, elas sucedem a lepra como por direito de herança. Esses doentes são recebidos em diversos hospitais de leprosos: sob Francisco I, tenta-se inicialmente colocá-los no hospital da paróquia de Saint-Eustache, depois no de Saint-Nicolas, que outrora tinham servido de gafarias. Por duas vezes, sob Carlos VIII, depois em 1559, a eles tinham sido destinadas, em Saint-Germaindes-Près, diversas barracas e casebres antes utilizados pelos leprosos<sup>15</sup>. Eles logo se tornam tão numerosos que é necessário pensar na construção de outros edifícios "em certos lugares espaçosos de nossa cidade e arredores, sem vizinhança"<sup>16</sup>. Nasceu uma nova lepra, que toma o lugar da primeira. Aliás não sem dificuldades, ou mesmo conflitos. Pois os próprios leprosos sentem medo.

Desaparecida a lepra, apagado (ou quase) o leproso da memória, essas estruturas permanecerão. Frequentemente nos mesmos locais, os jogos da exclusão serão retomados, estranhamente semelhantes aos primeiros, dois ou três séculos mais tarde. Pobres, vagabundos, presidiários e "cabeças alienadas" assumirão o papel abandonado pelo lazareto, e veremos que salvação se espera dessa exclusão, para eles e para aqueles que os excluem. Com um sentido inteiramente novo, e numa cultura bem diferente, as formas subsistirão — essencialmente, essa forma maior de uma partilha rigorosa que é a exclusão social, mas reintegração espiritual. FOUCAULT, M, (1975,p.11).

Conforme o Sistema Único de Saúde Estado de Santa Catarina, (2015, p.19 e p.4), existe um tratamento a base de medicamentos, os quais podem ser encontrados, gratuitamente, no SUS - Sistema Único de saúde. Mesmo possuindo tantos desafios, as formas de tratamento e suas medicações são fornecidas pelo governo e, como formas de prevenção, são disponibilizados pelos sites.

Os haloperidóis têm efeitos terapêuticos equivalentes aos dos medicamentos mais novos e mais caros (não é nem superior nem inferior a eles)<sup>9, 10</sup>. Têm alguns efeitos colaterais pronunciados, aos quais o médico pode prestar atenção e prevenir ou tratar. Entre estes ressaltam-se as síndromes de liberação extrapiramidal (acatisia, discinesia e distonia), por haloperidol, capaz de resolução e de prevenção pelo biperideno. A clorpromazina ainda é tida como um tratamento efetivo, não ameaçado pelos estudos dos novos neurolépticos. Apesar dos efeitos adversos, ela se mantém como o tratamento padrão e como a droga controle no estudo da esquizofrenia<sup>11</sup>. Ressaltam-se a hipotonia<sup>12</sup>, as alterações da prolactina (com ou sem galactorréia), a sedação e as eventuais reações cutâneas. A levomepromazina, apesar de causar sonolência, também é eficaz, em alguns casos excepcionais. É bastante sedativa e tem boa utilidade em pacientes insones<sup>13</sup>, quando administrada à noite, para esquizofrênicos que estão em um período excessivamente ativo durante horários em que os familiares dormem.

Ottoboni, (1997), traz um rol de doenças do Código Internacional de Doenças, que estão relacionadas a falta da aptidão e capacidade plena, com isso, demonstrando algumas fatores que deixam doentes seus portadores:

- Personalidade irritável;
- Personalidade histérica;
- Dependência de drogas e medicamentos: cocaína (“crack”), cannabis sativa (maconha), anfetaminas (“bolinha”), alucinógenos e tranquilizantes;
- Distúrbios fisiológicos de causas psíquicas: respiratórias, cutâneas, gastrointestinais, urogenitais, endócrinos e dos órgãos do sentido;
- Síndrome especiais: gagueira, anorexia, tiques movimentos estereótipos, distúrbios do sono e estresse;
- Reações psicogênicas de adaptação;
- Distúrbios de comportamento social em grupo;
- Dificuldade de relacionamento;
- Distúrbio de atividade e atenção;
- Dificuldade de aprendizagem.

O Sistema Único de Saúde Estado de Santa Catarina, (2015, p.3), relata como a esquizofrenia é uma doença em que o paciente tem a necessidade da exclusão social, bem como a dependência de tóxicos e bebidas alcoólicas. Além disso, vale ressaltar, que mesmo com a cura para a doença o paciente poderá recair em uma espécie de depressão pós-esquizofrenia.

São sintomas de maior hierarquia: a) Eco, inserção, roubo ou irradiação de pensamento; b) Delírios de controle, influência ou passividade, claramente relacionados ao corpo ou a movimentos dos membros ou a pensamentos, ações ou sensações específicos; percepção delirante; c) Vozes alucinatórias fazendo comentários sobre o comportamento do paciente ou discutindo entre si, ou outros tipos de vozes alucinatórias advindas de alguma parte do corpo; e d) Delírios persistentes de outros tipos que sejam culturalmente

inapropriados e completamente impossíveis (por exemplo, ser capaz de controlar o tempo ou estar em comunicação com alienígenas).

## 1.2 HISTÓRIA DA LOUCURA

FOUCAULT (1972, p.11, p.12), relata que as pessoas consideradas loucas eram renegadas pela família e sociedade, assim, passando a viver nas ruas e sobrecarregando as cidades. Com isso, deu-se início a transferência destas pessoas para cidades onde existiam manicômios. Tal responsabilidade era confiada aos capitães de navios, os quais transportavam os insanos até os hospitais, onde eram mantidos e, em troca de utensílios para suas necessidades básicas, tinham que trabalhar, não recebendo um tratamento adequado.

Para CANON (1992, P. 21) a doença mental quando surge, é um dado novo, uma situação não esperada e a qual a família não estava preparada para enfrentar. Cria-se então, uma desadaptação e uma necessidade de reestruturação.

Conforme as manifestações de loucura iam se desenvolvendo, a sociedade e os familiares se encontravam, cada vez mais, em situações desconhecidas pela medicina. A estrutura familiar se abalava, pois com o surgimento da patologia havia uma nova realidade, uma situação inesperada, para a qual a família não estava preparada, o que acabava gerando um desajuste emocional e a necessidade de reestruturação familiar.

Mas de todas essas naves romanescas ou satíricas, a Narrenschiff é a única que teve existência real, pois eles existiram, esses barcos que levavam sua carga insana de uma cidade para outra. Os loucos tinham então uma existência facilmente errante. As cidades escorraçavam-nos de seus muros; deixava-se que corresse pelos campos distantes, quando não eram confiados a grupos de mercadores e peregrinos. Esse costume era freqüente particularmente na Alemanha: em Nuremberg, durante a primeira metade do século XV, registrou-se a presença de 62 loucos, 31 dos quais foram escorraçados. Nos cinqüenta anos que se seguiram, têm-se vestígios ainda de 21 partidas obrigatórias, tratando-se aqui apenas de loucos detidos pelas autoridades municipais<sup>23</sup>. Eram freqüentemente confiados a barqueiros: em Frankfurt, em 1399, encarregam-se marinheiros de livrar a cidade de um louco que por ela passeava nu; nos primeiros anos do século XV, um criminoso louco é enviado do mesmo modo a Mayence. Às vezes, os marinheiros deixavam em terra, mais cedo do que haviam prometido, esses passageiros incômodos; prova disso é o ferreiro de Frankfurt que partiu duas vezes e duas vezes voltou, antes de ser reconduzido <sup>23</sup> T. KIRCHHOFF, *Geschichte der Psychiatrie*, Leipzig, 1912. <sup>14</sup> definitivamente para Kreuznach<sup>24</sup>. Freqüentemente as cidades da Europa viam essas naus de loucos atracar em seus portos.

Como explica HOLMES. S. D,1997 (p. 26,27), os doentes mentais eram considerados, pela igreja, pessoas possuídas por demônios e, como ainda não se tinha conhecimento sobre transtornos e tratamentos, esses doentes sofriam diversas formas de tortura e quando eram considerados incuráveis, a morte era a única forma de os afastar dos demônios e livrar suas almas, afastando da sociedade os castigos divinos.

As mulheres eram consideradas loucas até mesmo quando possuíam algum tipo de habilidade com medicamentos, assim, eram culpadas pela colheita rural mal sucedida e, por este motivo, passavam por diversas torturas, chegando à morte em praça pública, local onde eram queimadas em meio a fogueiras.

Retorno à Demonologia. Durante a Idade Média (500-1599 d.C), a religião tornou-se a força dominante e virtualmente todos os aspectos da vida europeia e a abordagem naturalista de Hipócrates e seus seguidores foi essencialmente abandonada. A vida era percebida como uma luta entre forças do bem e forças do mal, sendo estas dirigidas pelo demônio que, considerava-se, afligia as pessoas perturbadas. Em outras palavras a idéia antiga da possessão demoníaca foi revivida e tratamentos exorcistas brutais eram usados para expulsar o demônio. Por exemplo, pessoas consideradas possuídas pelo demônio eram apedrejadas ou torturadas de outros modos. O pior de tudo é que as pessoas perturbadas poderiam ser acusadas de ser agentes do demônio (não meramente suas vítimas) e, portanto, rotuladas de bruxas. Por volta da Idade Média, a política da igreja oficial ditava que as bruxas deveriam ser identificadas e destruídas. Para auxiliar nesta tarefa foi publicado, em 1486, um manual, o *Malleus Maleficarum* (o martelo das bruxas), para identificar e eliminar bruxas. Este manual tornou-se uma autoridade e guia amplamente respeitado para a caça às bruxas. Infelizmente para os mentalmente doentes o manual igualava comportamento anormal com possessão pelo demônio e supunha-se que os indivíduos possuídos fossem bruxas. Para expulsar o demônio. As bruxas tinham que ser mortas, muitas vezes queimadas vivas. HOLMES. S. D,1997, (p. 26,27)

Considerados alienados, aqueles que possuíam algum transtorno eram excluídos da sociedade. Como por exemplo, podemos citar as primas de primeiro grau da Rainha Elizabeth II, que possuíam transtorno mental e nunca apreenderam falar, devido a isso foram consideradas mortas em 1940, mas viveram isoladas em um hospital para doentes mentais. O preconceito levou essas irmãs a nunca terem convívio com seus familiares e com a sociedade, pois o preconceito por serem parentes de uma pessoa tão importante poderia deixar a Rainha constrangida. Com isso, somente após a investigação de jornalistas, foi descoberto que elas eram mantidas em um manicômio e que nunca haviam recebido visitas. Com o passar dos anos acabaram por falecer no hospital e não tiveram a presença de familiares em seus velórios.

Assim, sendo excluídos até a morte, esses doentes não possuíam formas de convivência com seus familiares.

[...] Os temas clássicos do internamento atingem aqui uma perfeição

paroxística: o interno é excluído até a morte, mas cada passo que dá para essa morte se transforma, numa reversibilidade sem resíduos, em coisa útil à felicidade da sociedade de que é banido<sup>17</sup>. FOUCAULT, M, (1975, p.469)

### 1.3 TIPOS DE TRATAMENTOS USADOS NA ANTIGUIDADE

De acordo com FOUCAULT (1975, p.52), os doentes mentais, na idade Média, ainda eram considerados, pela Igreja Católica, como possuídos, a qual acreditava que o corpo e espírito eram inseparáveis, não possuindo nem um tipo de salvação para aquele que apresentavam algum tipo de transtorno. Vale ressaltar, que apenas um erro de dedução era capaz de demonstrar que a loucura e os possuídos eram tratados da mesma maneira. Com isso, os médicos assumiram o papel de demonstrar que os rituais aplicados aos loucos poderiam ser compreendidos as formas de torturas em rituais religiosos, fazendo com que a medicina possuísse papel fundamental no momento histórico, dando início a estudos aprofundados nas pessoas que sofriam de doença mental. Foucault (1972, p.10, p.52).

[...] A anexação de todos estes fenômenos religiosos ou para religiosos pela medicina é, assim, apenas um episódio lateral em relação ao grande trabalho que definiu a doença mental; e sobretudo, ela não é resultante de um esforço essencial para o desenvolvimento da medicina; é a própria experiência religiosa que, para se apoiar, apelou, e de modo secundário, para a confirmação e a crítica médicas. Estava escrito que uma crítica semelhante seria, mais tarde, feita pela medicina a todos os fenômenos religiosos, e voltada, às custas da Igreja católica que a tinha, entretanto, solicitado, contra toda a experiência cristã: para mostrar ao mesmo tempo, e de modo paradoxal, que a religião depende dos poderes fantásticos da neurose, e que aqueles que a religião condenou eram vítimas, concomitantemente, de sua religião e de sua neurose. Mas esta reviravolta data apenas do século XIX, isto é, de uma época em que a definição da doença mental em estilo positivista já tinha sido alcançada. FOUCAULT, (1975, p.52).

VALENTE (2023) ressalta que, durante a Idade Média, várias formas de tortura eram usadas como um processo de cura, podendo citar, como exemplo, o uso de sanguessuga, que eram aplicados por médicos que acreditavam que estes libertariam o corpo do indivíduo de todo o mal. Ainda, vale ressaltar que existia, como forma de punição, a prisão perpetua para aqueles que eram considerados como incuráveis.

GOFFMAN (1988: 11), o termo criado pelos gregos, como referencia a sinais corporais feitos a corte ou fogo no corpo para evidenciar algo de extraordinário ou mau sobre o status moral de quem os apresenta. Na era cristã os sinais corporais referiam-se, de acordo com a forma que tomavam, as graças divinas ou distúrbios físicos.

Ainda existe, mesmo durante ou após o tratamento, descrenças em torno do

paciente e de que um dia este será, novamente, típica e, com isso, cria-se um ambiente que ao protege, também distancia, tendo em vista que, cada vez mais, pessoas com doenças mentais são removidas do convívio social com outras pessoas, culminando em seu completo isolamento. No final, ele até deixa de se expressar, pois sabe que não está sendo ouvido e, muito menos, compreendido no que ainda tem de bom senso.

FOUCAULT (1975, p.50, p.53, p.54), relata que no começo do século XVII, iniciava-se uma hospitalidade em relação aos doentes mentais, ainda com a lembrança das ameaças, a loucura passava a ter um espaço nos questionamentos de quem realmente estaria louco e as perguntas passam a ser frequentes em relação a mente e o caminho das dúvidas, com isso a loucura passa a questionar a razão.

Segundo VALENTE. P (2023) no período Mesopotâmico (800 a.C.-5000 a.C), os transtornos mentais eram, ainda, considerados como algo relacionado a demônios, havendo diversas formas de tortura, tais como a abertura do crânios dessas pessoas, pois acreditavam que o mal sairia do corpo dessa maneira. Contudo, o processo de abertura do crânio não era mortal, pois esta forma de tortura era considerada um tratamento que tinha como objetivo a cura espiritual e física dos indivíduos.

Descobertas antropológicas datadas de 5000 a.C. mostraram evidências de que os humanos do período neolítico acreditavam que a abertura de um buraco no crânio permitiria que o espírito maligno (ou espíritos) que habitava a cabeça dos enfermos mentais fosse libertado, curando-os assim de suas aflições.

Mas há outras cidades, como Nuremberg, que certamente não foram lugar de peregrinação e que acolheram grande número de loucos, bem mais que os que podiam ser fornecidos pela própria cidade. Esses loucos são alojados e mantidos pelo orçamento da cidade, mas não tratados: são pura e simplesmente jogados na prisão<sup>31</sup>. É possível supor que em certas cidades importantes — lugares de passagem e de feiras — os loucos eram levados pelos mercadores e marinheiros em número bem considerável, e que eles eram ali "perdidos", purificando-se assim de sua presença a cidade de onde eram originários. Pode ser que esses lugares de "contraperegrinação" tenham acabado por se confundir com aqueles pontos para onde, pelo contrário, os insanos eram levados a título de peregrinos. A preocupação de cura e de exclusão juntavam-se numa só: encerravam-nos no espaço sagrado do milagre. É possível que a aldeia de Gheel tenha-se desenvolvido deste modo: lugar de peregrinação que se tornou prisão, terra santa onde a loucura espera sua libertação mas onde o homem realiza, segundo velhos temas, como que uma partilha ritual. FOUCAULT (1972, p.15)

Para VALENTE (2023), entende-se que os povos egípcios foram os pioneiros em um tratamento adequado para as pessoas que sofriam com doenças mentais, tendo em vista que os curandeiros acreditavam nas atividades recreativas e que estas aliviariam os sintomas e trariam os pacientes para a "normalidade".

Ainda, VALENTE (2023) relata que, somente no fim do século XV, surgiu a opção de um tratamento oferecido pelas paróquias, o qual obrigavam as pessoas a



trabalharem em troca de alimentação básica e casa. O Clero teve grande importância ao realizar acompanhamentos médicos, na época muito escasso, podendo, aqueles que tinham uma situação financeira melhor, manter seu familiar, considerado louco, em uma casa particular sobre os cuidados do próprio clero. Contudo, os os tratamentos ainda eram a base da força, mas como a procura e a população estava crescendo, cada vez mais, houve a necessidade de criação dos asilos (1406), os quais não ofereciam tratamento para a patologia e, sim, acreditavam que era uma escolha do indivíduo, forçando estes a viver de forma cruel em prisões isoladas da sociedade e do convívio familiar. Apenas no ano de 1792, em Paris que, baseado nos estudos do dr. Philippe Pinel, de que as pessoas deveriam receber cuidados mais gentis em seus tratamentos para uma cura, foi que estes pacientes passaram a ser tratados de formas diferentes.

Carrara (1988, p.49) demonstra que no Brasil não existia para os loucos, considerados criminosos, uma medida de segurança conforme o código penal vigente e que os condenados eram entregues aos seus familiares e a hospícios públicos, nos quais não existia um tratamento adequado, trazendo assim, uma insegurança a sociedade, quando estes retornavam as suas famílias. Somente após a criação de uma lei especial foi que os estados passaram a construir seus próprios manicômios.

No Brasil, quanto aos criminosos loucos ou condenados que enlouqueciam nas prisões, o Código Penal de 1890 apenas dizia que tais delinqüentes, penalmente irresponsáveis, deveriam ser entregues a suas famílias ou internados nos hospícios públicos se assim “exigisse” a segurança dos cidadãos. O arbítrio em cada caso era uma atribuição do juiz. Em 1903, apareceu uma lei especial para a organização da assistência médico legal a alienados no Distrito Federal e que se pretendia modelo para a organização desses serviços nos diversos estados da União (Dec. n.º 1132, de 22/12/1903). Segundo tal legislação, cada Estado deveria reunir recursos para a construção de manicômios judiciários e, enquanto tais estabelecimentos não tivessem sido erigidos, dever-se-iam construir anexos especiais aos asilos públicos para o recolhimento desse tipo de alienados. O ano de 1903 marca, portanto [...] oficial.

Essa determinação trouxe novas instalações para os tratados como loucos. As instituições chamadas de manicômios judiciais, conforme emergência histórica, tinham a função de punir, de alguma forma, os considerados loucos, meio este, que até a atualidade é utilizado pelos meios judiciais.

Foi provavelmente no bojo das reformas introduzidas no Hospício Nacional de Alienados, a partir da legislação de 1903, que surgiu, nessa instituição, uma seção especial para abrigar os loucos-criminosos: a chamada Seção Lombroso do Hospício Nacional, embrião do atual MJ. No entanto, a construção de um estabelecimento especial teria ainda que aguardar dezessete anos para ser concretizada no Distrito Federal. Somente em 1920 seria lançada a pedra fundamental da nova instituição, oficialmente criada e

inaugurada em 1921 (Dec. n.º 14.831, de 25/5/1921). Inaugurava-se então o Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro, primeira instituição do gênero no Brasil e na América Latina, sendo sua direção entregue ao médico psiquiatra Heitor Pereira Carrilho, que já há alguns anos chefiava a Seção Lombroso do Hospício Nacional. Carrara (1988, p.49).

Para GALTON (1872), a doença mental está relacionada a hereditariedade, transmitida dos pais para os filhos. O autor demonstra, em seus estudos, que a incompatibilidade dos pais não está ligada a moral e intelectual.

Um resultado dessa investigação mostrou muito claramente que grande variação em indivíduos em relação a seus pais não é incompatível com a estrita doutrina da herança, mas uma consequência de cruzamento impuro. Eu desejo aplicar essas considerações para os dons intelectuais e morais da raça humana, que é mais miscigenada que aquela de qualquer outro animal domesticado.[...] necessário, e tudo o que podemos esperar obter, para provar que dons morais e intelectuais são matéria estrita de herança como qualquer qualidade puramente física. (Galton, 1872, p. 402) *apud*, Polizello, A. (p.6).

Segundo Foucault, a ideia de que ambos, poder e força, andam juntos e onde há uma, possa existir a outra e vice e versa, não se compara limite de ultrapassagem de singularmente, a violência não pode ser definida como vilã.

O que é o Poder? A definição de Foucault parece bem simples: o poder é uma relação de forças, ou melhor, toda relação de forças é uma "relação de poder". Compreendamos primeiramente que o poder não é uma forma, por exemplo, a forma-Estado; e que a relação de poder não se estabelece entre duas formas, como o saber. Em segundo lugar, a força não está nunca no singular, ela tem como característica essencial estar em relação com outras forças, de forma que toda força já é relação, isto é, poder: a força não tem objeto nem sujeito a não ser a força. Não se deve ver nisto uma volta ao direito natural, porque o direito, por sua conta, é uma forma da expressão, a Natureza uma forma da visibilidade e a violência um concomitante ou um conseqüente da força, mas não um seu constituinte. Foucault está mais perto de Nietzsche (e também de Marx), para quem a relação de forças ultrapassa singularmente a violência, e não pode ser definida por ela. É que a violência afeta corpos, objetos ou seres determinados, cuja forma ela destrói ou altera, enquanto a força não tem outro objeto além de outras forças, não tem outro ser além da relação: é "uma ação sobre a ação, sobre as ações eventuais, ou atuais, futuras ou presentes", é "um conjunto de ações sobre ações possíveis". Pode-se então conceber uma lista, necessariamente aberta, de variáveis exprimindo uma relação de forças ou de poder, constituindo ações sobre ações: incitar, induzir, desviar, tornar fácil ou difícil, ampliar ou limitar. Foucault (p.78)

Coube a Hipócrates, considerado o pai da medicina, na Grécia Antiga, a primeira tentativa de estabelecer uma classificação para o temperamento, partindo do princípio de que os quatro fluidos essenciais do corpo humano (sangue, bile, fleuma e bile negra) regulariam as emoções. Assim, de acordo com a predominância de determinado fluido, os indivíduos seriam, respetivamente, classificados como sanguíneos, coléricos, fleumáticos ou melancólicos. Cada um desses temperamentos expressaria algumas tendências em termos emocionais e comportamentais. MECKER, K. (p.14)

### 1.3 TRATAMENTOS UTILIZADOS NA ATUALIDADE

Sendo considerado o pai da medicina, Hipócrates acredita que podem haver quatro classificações, sendo eles SANGUE, BILE, FLEUMA, E BILE NEGRA, as quais são responsáveis pelas emoções. Ainda, relata que os indivíduos podem ser classificados com tipos sanguíneos coléricos, fleumáticos ou melancólicos, sendo que, quaisquer de um desses pode causar comportamentos emocionais. MECKER, K.(p. 14).

O TIPO SANGUÍNEO é sociável, expansivo e otimista. Por outro lado, também é irritável, disperso e impulsivo. MECKER,K (p.14)

Sanguíneo pode apresentar certo tipo impulsivo, agressivo não podendo ser social, pessoa com transtornos.

O TIPO FLEUMÁTICO é sonhador, pacífico e dócil, mas pode se tornar preguiçoso, preso a hábitos e distante das paixões. MECKER, K. (p. 14)

Apresenta ser uma pessoa tranquila, preso a distanciamento de paixões e sentos, também, considerado uma pessoa com pouca vontade de fazer quaisquer coisa, usando até mesmo, a palavra Preguiçoso.

O TIPO COLÉRICO é determinado, ambicioso e dominador. Em contrapartida, tem propensão a reações abruptas e explosivas. MECKER, K. (p.15)

É uma pessoa de característica mais forte, sendo elas ambiciosas e dominadores, mas também, podendo ser um individuo de característica mudável, com reações que levam, até mesmo a explosões.

O TIPO MELANCÓLICO, por sua vez, tende a ser introspectivo, sensível e reflexivo. E, pelo lado negativo, é pessimista, rancoroso e solitário. MECKER,K (p. 15).

É uma pessoa com características sensíveis, flexível, mas também, podendo ser uma pessoa considerada rancorosa.

Se uma pessoa considerada típica, que corresponde as instituições, as quais a sociedade tem como forma de diferenciar o doente e típico, tratando-se de autonomia, a qual a capacidade deve manter uma conduta intendida como distúrbio mental e tratar, de forma radical, o que é diferente.

Em primeiro lugar, as instituições totais perturbam ou profanam exatamente as ações que na sociedade civil têm o papel de atestar, ao ator e aos que estão em sua presença, que tem certa autonomia no seu mundo - que é uma pessoa com decisões "adultas", autonomia e liberdade de ação. A impossibilidade de manter esse tipo de competência executiva adulta, ou, pelo menos, os seus símbolos, pode provocar no internado o horror de sentir-se radicalmente rebaixado no sistema de graduação de idade 77. GOFFMAN (1988: 46)

Devendo assim, as pessoas consideradas saudáveis, manter sua sanidade mental com a compreensão de que existe uma relação as emoções e pensamento que faça com que sua mente não o considere doente mental.

“Apesar do exemplo inglês, o movimento de reforma começaria mesmo em Paris, no ano de 1792, sob os estudos do Dr. Philippe Pinel, desenvolvedor da tese de que pessoas psicologicamente enfermas precisariam de cuidados gentis para melhorar suas condições de saúde mental ao contrário da recorrente violência.

Ele ordenaria que as instalações sob seus comandos fossem limpas, que os pacientes fossem desencadeados e colocados em quartos com luz solar, autorizados a se exercitarem livremente dentro do hospital e que sua qualidade de cuidado fosse melhorada.

O tratamento moral evitava os tratamentos médicos tradicionais comumente encontrados nos manicômios, como a sangria terapêutica e as restrições físicas, e em vez disso, concentrava-se em tornar os manicômios mais parecidos com um “lar estrito e bem administrado”.

VALENTE (2023) ressalta que em 1972 Dr. Philippe Pinel, revelou em seus estudos que, ao desenvolver as técnicas para pessoas com transtornos psicológicos segundo ele as pessoas com crises de temperamento devem ser tratadas com um maior cuidados além de serem assistidas de forma mais atenta.

Segundo ele, a luz do dia, ou melhor, solar, deve ser vista com algumas atividades de movimentos livres, dentro do local de tratamento, para que o paciente obtenha melhora..

Também, usando de tratamentos terapêuticos, apontando como exemplo a sangria, dentro dos manicômios, que é vista com certas restrições.

Contudo, VALENTE (2023) ainda relatou a importância desses estudos para atualidade após a inserção dos apontamentos da psicofarmacologia, que apresenta o uso de medicamentos a serem usados no tratamentos de doentes mentais, em formas de medicações.

Foi o primeiro sinal de ascensão da psicofarmacologia moderna, consolidando-se algum tempo depois, de fato, como um dos tratamentos/abordagem em saúde mental mais utilizados do mundo.

Medicações como a clorpromazina, a sertralina, o diazepam e a fluoxetina ganharam espaço como nomes conhecidos das décadas intermediárias e posteriores ao fim do século XX, sendo prescritas para transtornos de diferentes naturezas.

A reforma psiquiátrica, que teve seu início na Itália, trouxe tratamentos e instalações adequadas, tornando-se um marco para a psiquiatria no mundo, trazendo cuidados, os quais abrem margens a mais estudos, como os terapêuticos, com medicamentos que tendem a melhorar a vida do paciente e controlar seus sistemas emocionais, bem como proporcionar um ambiente mais tranquilo para os profissionais da saúde. Conforme relata (VALENTE, 2023, P.43), o Brasil tem uma base em sua regulamentação, em relação aos transtornos, importante e disponível pelo governo em seu Sistema Único de Saúde, apresentando tratamentos e medicações para pacientes que possuem necessidades, sendo referência histórica, tanto para o Brasil como para o mundo, na área.

“No Brasil, o SUS e seus programas de saúde mental seriam desenvolvidos tendo como base seus preceitos. Nise da Silveira, a histórica referência brasileira e mundial no que concerne a área, seria sua maior expoente”.

Silva (2015, p. 34) descreve a escola hipocrática como a primeira escola a descrever as doenças mentais, sendo um avanço no estudo comportamental e na diferenciação dessas doenças. Como relata a importância de Asclepiades (171-110 d.C.), como médico na diferencialização das alucinações, delírios, ilusões, indicando músicas e banhos para aqueles que sofriam de frenite e catatonia, posicionando-se contra a sangria e outras formas de tortura que ainda eram usadas como forma de tratamento, trazendo uma inovação na área. Assim como (Millon,2004), *apud* SILVA, (2015, p. 34) cita:

[...] A frenite ocorreria a partir da *strictura da meninge*, produzindo *delirium*, a agitação e alucinações. A catatonia apresentava como sintomas a contração muscular e o negativismo, e derivava do estreitamento de todos os átomos do corpo.

PELBART (1989, p.138, 139) relatou que a loucura é uma viagem da cabeça e que o pensamento é o principal gatilho no desenvolvimento de dentro para fora. Com isso, o sujeito que antes era tratado com torturas, agora passa a ser tratado pela força da justiça.

[...] A loucura é com efeito uma viagem para Fora, um vagar no Aberto. Ou, para engatar na ficção foucaultiana reportada por Deleuze, é o destampe do gargalo subjetivo, pelo qual o vórtice que plana sobre sua abertura aspira o sujeito como um todo [...]

Carrara (1988, p.68, 69) constatou que o crime passou a ter relação com a doença mental, conectando o ato criminoso e a loucura, pois a sociedade não aceitava que alguém poderia cometer um delito em sã consciência.

Enquanto objeto da psiquiatria, o crime será visto em algumas de suas formas como sintoma de uma doença mental: comportamento referido a uma situação excepcional por que passariam alguns indivíduos durante certos períodos de suas vidas. É importante salientar que a concepção do crime-doença não deixa de revelar uma avaliação “otimista” do ser humano, que, naturalmente bom, apenas eventualmente teria sua natureza pervertida por causas ou razões externas, contingentes, inesperadas. Enquanto objeto de uma antropologia, o crime (ou seus referentes mais abstratos: a maldade, a ferocidade, a impulsividade, etc.) será pensado como espécie de atributo peculiar a certas naturezas humanas. Através desse crime-atributo, uma espécie de reflexão ontológica irá equacionar comportamentos individuais desviantes a configurações psicossomáticas particulares e hereditariamente adquiridas. Em fins do século XIX, os caminhos indicados pelas entradas abertas pela psiquiatria e pela antropologia criminal se cruzam sobre um espaço que é ao mesmo tempo médico e legal. Desse cruzamento, como veremos, surgirão os manicômios judiciários e outras instituições do gênero.

Ainda, segundo o autor, era difícil para os psiquiatras entenderem essa divisão de pessoas típicas e doentes mentais, assim, criticando as pessoas pensantes que cometiam crimes, não conseguindo entender que um cidadão, considerada típica, pudesse cometer crimes e, sim, somente aqueles que não se encontravam em seu estado típico. Carrara, (1988, p.79.)

No âmbito da psiquiatria, trata-se, por enquanto, de abordar alguns crimes como episódios da alienação mental e até mesmo como peculiares a algumas de suas formas. Contribuindo para o bom funcionamento do sistema penal que se instalava nas sociedades liberais, os psiquiatras, na realidade, “criminalizavam” o louco, no sentido de incorporarem à sua figura[...]e periculosidade. Do ponto de vista da psiquiatria, não se questiona o direito de punir em sua base nem se critica o sistema penal como um todo.[...]idade de um espaço social onde a reação penal pudesse se exercer sem constrangimento. As esferas médica e legal, tutelar e punitiva ajustavam-se para compor um complexo único no interior do qual diferentes grupos profissionais lutavam para manter suas diferenças e especificidades.

Conforme Carrara (1988, p.96), a vida humana é afetada por questões psicológica e ao se deparar com crimes ocasionado por um doente mental, isso gera uma eficiência no sistema de justiça criminal. As esferas médica e jurídica, fiscalizadora e judicial, estão alinhadas para criar um sistema unificado, no qual grupos profissionais lutem para manter sua diversidade e especialização.

Assim, tenta-se separar os doentes de quem é considerado típica, distinguindo as pessoas que são punidas e as que não são, por um ponto de vista psicológico, o princípio da punição não é questionado em seu fundamento, nem no direito penal.

O comportamento criminoso – ao menos nos casos em que se percebia uma “tendência precoce para o mal” – encontrava seu espaço entre as manifestações degenerativas da espécie humana. Na verdade, a doutrina da degeneração fez com que o crime, em si mesmo, pudesse se tornar objeto de uma abordagem psicopatológica, tornando possível uma primeira “criminologia”. Dados o esbatimento das fronteiras entre sanidade e alienação mental e a relação imediata e positiva entre o físico e o moral (ambos os processos articulados através da noção de degeneração), o crime, enquanto anomalia moral, fazia supor um criminoso também anômalo e doentio sem, entretanto, dissolvê-lo completamente na figura do louco, do irresponsável. Se na doutrina das monomanias, o crime é um episódio da loucura, na doutrina da degeneração, ele é, senão uma espécie de alienação, ao menos um parente muito próximo.

Segundo MASCI (2017, p.14), a síndrome do pânico afeta grande parte da população na faixa de 20 a 24 anos de idade, levando a pessoa que sofre desse transtorno a se considerando encurralada de alguma forma.

A Síndrome do Pânico afeta aproximadamente entre 2% a 4 % da população mundial e tem um pico entre os 20 e 24 anos. Normalmente acomete pessoas sempre acima dos 14 anos, sendo bastante rara na terceira idade.

O transtorno do pânico está tão associado a dor física, quanto a um distúrbio que nenhuma investigação psicológica pode considerar. Como afirma MASCI (2017 p.17), muitos pacientes buscam informações errônea na Internet como forma de diagnóstico, ao invés de procurar um relatório médico adequado para seu tratamento.

Cerca de 90% das pessoas que sofrem do Transtorno de Pânico acreditam que têm uma doença física. E a partir dessa ideia, começa o que pode ser chamado de ‘shopping de especialista’: uma busca interminável de opiniões de especialistas atrás de especialistas, procurando uma doença que, na verdade, não existe.

Conforme MASCI (2017, p.21), ainda existem os pacientes diagnosticados erroneamente, o que coloca suas vidas em risco, pois a necessidade de resolver a crise é grande que delimita de um grande cuidado, pois esta síndrome é um alerta ao cérebro, fazendo com que este entre em estado de perigo.

Quando o alarme a situações de perigo, que fica no cérebro, dispara de modo irregular, há uma liberação de vários transmissores químicos, de vários hormônios, entre os quais a adrenalina, que é um hormônio que coloca em ação vários mecanismos do corpo para nos defender de perigos.

COSER (2003, p.18.19), entende que a depressão é uma doença mais comum entre a população, relacionando esta a moda, pois seu maior foco é a preocupação

cumulada entre questões pessoais, trabalho, relacionamento, entre outros gatilhos. Com isso, o maior problema destes pacientes é a alta medicação e sua resistência na busca por tratamento e especialização médica para a cura adequada e eficaz.

O campo da depressão mostra-se, atualmente, como aquele que mais obstáculos cria quanto à viabilização de uma análise, tantos são os convites e promessas que os meios de comunicação difundem, relacionados a soluções terapêuticas de índoles as mais diversas. Essa heterogeneidade de ofertas desoladoras para esses transtornos e sua expansão traz sérias questões para o campo da psicanálise, dado o messianismo que veiculam tanto na sua vertente esotérico-religiosa quanto na vertente científico-farmacológica.

A utilização de antidepressivos é muito alta, como ressalta COSER (2003, p.9), o fato de estar relacionada a uma doença comum, leva a diversos vícios, com isso, a depressão não apresenta muitos sintomas, sendo uma doença mais silenciosa, porém com um grau de periculosidade que pode levar até mesmo ao suicídio, quando não tratada, pois ela como se trata de uma doença interna, relaciona aos sentimentos, o diagnóstico pode demorar caso não haja uma busca por tratamento.

A depressão, pelo que se diz, está na moda. Não somente as pessoas se dizem deprimidas com maior facilidade do que antes, como também os profissionais da saúde diagnosticam com maior frequência seus pacientes de deprimidos, ou mesmo recomendam antidepressivos para sujeitos – 10 fóbicos, obsessivos, ou mesmo os que querem abandonar o vício do fumo – que, a rigor, nem se queixam e nem apresentam sinais clínicos de depressão. Cabe perguntar: os antidepressivos são inespecíficos, ou o termo depressão tende a encobrir um continente cada vez mais amplo?

Durante o tratamento da depressão, segundo COSER (2003, p.26), os pacientes deprimidos constroem uma frustração em suas cabeças, porém os medicamentos adequados proporcionam uma cura, além disso, o uso da psicanálise, que é aplicado por psicanalistas é direcionado, diretamente, a cada paciente.

O tratamento psicanalítico dos pacientes deprimidos pressupõe a desconstrução daquele paradigma, para, no movimento da transferência, se recompor o sentido de uma singularidade. Isso não poderia ser efetivado sem que eu próprio tivesse atravessado a fantasia, fomentada pela indústria farmacêutica e permanentemente ansiada pelos pacientes, de uma cura química para esses. [...]Mas, para o que me interessa neste trabalho, não, e dois únicos fatores bastariam para que a investigação a que me propus encontrasse legitimidade. Em primeiro lugar, o fato de que o insucesso terapêutico dessas experiências anteriormente efetivadas não tenha extinguido a demanda de tratamento ali existente, que o acaso determinou fosse a mim endereçada. Em segundo, que, para sua sustentação teórica, encontrasse aval no saber psicanalítico.

A importância de Pinel, destaca COSER (2003, p.51), ainda é relevante na atualidade para o estudo de diversas doenças relacionadas a mente e aos avanços na



psiquiátrica. Com isso, ainda estudaremos como é a aplicação da penalidade para doentes mentais e a necessidade de tratamentos adequados para que ocorra sua ressocialização após o cometimento de um crime e estando em medida de segurança.

Essas distinções remetem a um debate clássico, que pode ajudar a esclarecê-las. Desde os seus primeiros momentos, na sua diferenciação com o que viria a ser o campo da neurologia, com Pinel e seguidores, a psiquiatria nascente tem que formular seu campo, e as primeiras tentativas empreendidas neste sentido abarcam o universo da loucura (na linguagem que hoje utilizamos, compreenderia o vasto campo das psicoses). Dentro deste, a psiquiatria emergente busca definir quais dentre os distúrbios aí incluídos são legitimamente psiquiátricos, e quais outros estariam mais bem situados em outras disciplinas. Esse esforço de delimitação induziu a que fossem excluídas do campo especificamente psiquiátrico todos aqueles problemas psíquicos observáveis no curso de certas doenças orgânicas, no qual o comprometimento das funções psíquicas não seria mais que sintomático. [...].

Essas diferenças se referem a discussões mais antigas que podem ajudar a esclarecer, no início. A psiquiatria moderna separou-se do campo da neurologia e, junto com Pinel e seus seguidores, teve que formar seu próprio campo, com isso, lançando seus primeiros esforços, ou ao que parece, para a loucura universal, ao mesmo tempo, a psiquiatria moderna está tentando descobrir quais agitação são psicologicamente plausíveis e quase melhores para outros pacientes. Essa tentativa de dissociação levou à exclusão de todos os transtornos mentais vistos em certos processos biológicos de doenças no campo da psicologia, onde o declínio da função mental é o único sintoma.

## 2 RESSOCIALIZAÇÃO DE PACIENTES EM HOSPITAIS DE CUSTÓDIA

### 2.1 HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO

Em 1923 foi inaugurado, na cidade do Rio de Janeiro, o primeiro santuário oficial do Brasil e da América Latina. Sobre esse acontecimento, Carrara (p. 194 ), comenta que “naquela época foi estabelecido um sistema mais abrangente para atingir o direito penal.” Não é verdade, como explica Foucault, nossos tribunais, desde o final do século XIX, não julgavam crimes, mas sim almas culpadas.

A lei Paulo Delgado (Lei nº 10.216/2001), que ganhou esse nome por ter sido proposta pelo mesmo, teve grande contribuição ao tratamento de transtornos mentais, esta foi criada em 2001 e trouxe em seu rol, os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, estabelecendo um novo modelo de tratamento para pessoas com transtornos mentais, no Brasil, redirecionando a atenção à saúde mental e priorizando o tratamento nas comunidades e serviços, garantindo os direitos das pessoas com transtornos mentais.

"O projeto Delgado - inspirado na Lei Basaglia italiana, de autoria do psiquiatra Franco Basaglia, que reformou o modelo hospitalar do seu país - divide os médicos brasileiros. Sem a internação, o paciente fica desprotegido, será marginalizado e não terá para onde ir, além de, dependendo do caso, ser uma ameaça para a sociedade - alegam os mais críticos. Manicômio não é abrigo; a sociedade precisa se encarregar de encontrar acolhida para as pessoas que não têm para onde ir - defendem os adeptos da desospitalização."xxvi

Para o deputado Paulo Delgado, os maiores adversários do Projeto, que atualmente é lei, eram as clínicas privadas e os familiares que não eram informados, temendo o risco de cessação dos serviços prestados pelas clínicas. De acordo com o novo sistema médico, os doentes mentais são atendidos, diariamente, em uma instituição especial para que possam viver em família e sociedade.

A geração informal da opinião desemboca em decisões eleitorais institucionalizadas e em decisões legislativas por meio das quais o poder gerado comunicativamente se transforma em poder passível de ser empregado em termos administrativos." (HABERMAS, 1995:48).

Esses manicômios foram considerados inadequados para tratamentos pela lei 10.216/2001, porém ainda são utilizados para condenados e doentes mentais, como forma de tratamento. Os apelos de proteção de direitos contra requerentes de asilo

mostram, diariamente, as contradições, as mudanças e as experiências de vida dos membros. Através da experiência no mundo privado, as pessoas começam a interpretar as palavras que entram no domínio público de maneira mais complexa.

Esses hospitais têm condenados com problemas psicológicos, pessoas condenadas que cometeram crimes e, por serem considerados doentes mentais, são impunes, assim vivendo distante de suas famílias e da sociedade até o final de sua pena, pois são considerados “perigosos”.

Ligando o Direito Penal a Psiquiatria, essa lei tem grande relevância aos condenados com transtorno, garantindo a estes proteção e tratamentos adequados em sua custódia.

Art. 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

O objetivo é permitir que as pessoas com doença mental tenham direitos iguais, pois os direitos e a proteção das pessoas são garantidos, sem qualquer tipo de discriminação baseada em raça, cor, gênero, personalidade, orientação sexual, religião, política, escolha, país, idade, família, recursos financeiros e a gravidade ou duração do seu casamento. A antidiscriminação é importante, pois a discriminação afeta muitas áreas da vida das pessoas e pode levar a tratamentos e cuidados inadequados, o que afetará, futuramente, no trabalho, na educação e em problemas psicológicos.

Com esse resultado, eles perdem a capacidade de formar laços sociais e viver com dignidade e independência fora do hospital prisional. Então, o problema não é só a institucionalização, mas também, a dificuldade da família com essa situação e a falta de estrutura social.

"Quem não depende emocionalmente? Aquelas que cresceram em família', ou seja, com uma mãe, uma avó, ou um pai ternos, ou criaram esta circunstância para si mesmos e outros, reconhecem uma química emocional especial, que os relaciona com os que são sua FAMÍLIA". ZIMERMAN & OSORIO (1997, p. 294)

O serviço social tem por objetivo um ambiente terapêutico, participações em reuniões para discussão de quadros clínicos de seus pacientes, assim fazendo com que os doentes tenham suas principais aptidões desenvolvidas, apresentando um papel importante nas relações entre familiares e paciente e atuando de forma constante na integração com ambos, tentando manter o doente mental com os vínculos afetivos.

"O grupo é o agente de cura, e a tarefa se constitui num organizador dos processos de pensamento, comunicação e ação que se dão entre os membros do grupo. Podemos entender como cura a mudança de pautas estereotipadas de funcionamento e a interação do sentir, do pensar e do agir." (OSÓRIO, 1991. Caps 8 e 9)

Conforme Osório (1991), esse grupos influenciam muito na ressocialização, pois faz com que o indivíduo se sinta mais livre na forma de pensar e sentir, fazendo com que, ao retornar a sociedade, sinta-se mais enquadrado com suas necessidade de sobrevivência em grupos.

Para FILHO (1982), qualquer trabalho realizado deve ter algum significado para o paciente, deve ser eficaz, atrativo e interessante em determinado ponto. De dezembro de 1998 a maio de 1999 este deu inicio a coordenação de oficinas de artesanato, buscando desenvolvendo atividades para que os pacientes se sintam estimulados a concluir o tratamento e, assim, possam trabalhar sua imaginação e raciocínio, usando de sua criatividade e responsabilidade conforme paciente.

O Serviço Residencial Terapêutico (SRT) – ou residência terapêutica ou simplesmente "moradia" – são casas localizadas no espaço urbano, constituídas para responder às necessidades de moradia de pessoas portadoras de transtornos mentais graves, institucionalizadas ou não. O número de usuários pode variar desde 1 indivíduo até um pequeno grupo de no máximo 8 pessoas, que deverão contar sempre com suporte profissional sensível às demandas e necessidades de cada um. O suporte de caráter interdisciplinar (seja o CAPS de referência, seja uma equipe da atenção básica, sejam outros profissionais) deverá considerar a singularidade de cada um dos moradores, e não apenas projetos e ações baseadas no coletivo de moradores. O acompanhamento a um morador deve prosseguir, mesmo que ele mude de endereço ou eventualmente seja hospitalizado. O processo de reabilitação psicossocial deve buscar de modo especial a inserção do usuário na rede de serviços, organizações e relações sociais da comunidade. Ou seja, a inserção em um SRT é o início de longo processo de reabilitação que deverá buscar a progressiva inclusão social do morador. (Brasil,2005, p.15)

São disponibilizados Serviços de Residência Terapêutica, criadas pela portaria/GM nº106 de fevereiro de 2000, que são utilizadas até a atualidade, com intuito de abrigar portadores de algum tipo de doença mental e, principalmente, garantir o direito de moradia as pessoas que necessitam de apoio para seu difícil processo de reintegração na sociedade e no meio familiar, possuindo o direito de viver e circular nas cidades e comunidades, sendo este direito básico, que foi redescoberto pela introdução de serviços de tratamento residencial nos municípios .

O processo de implantação e expansão destes serviços é recente no Brasil. Nos últimos anos, o complexo esforço de implantação das residências e de

outros dispositivos substitutivos ao hospital psiquiátrico vem ganhando impulso nos municípios, exigindo dos gestores do SUS uma permanente e produtiva articulação com a comunidade, a vizinhança e outros cenários e pessoas do território. De fato, é fundamental a condução de um processo responsável de trabalho terapêutico com as pessoas que estão saindo do hospital psiquiátrico, o respeito por cada caso, e ao ritmo de readaptação de cada pessoa à vida em sociedade. Desta forma, a expansão destes serviços, embora permanente, tem ritmo próprio e acompanha, de forma geral, o processo de desativação de leitos psiquiátricos. (Brasil,2005,p.16)

O processo de instalação e expansão dessas casas terapêuticas teve grande importância para o Brasil, garantindo grandes esforços para sua implantação e levando em considerações diversas alternativas, tais como os hospitais psiquiátricos, que ganharam força nos municípios, exigindo dos responsáveis pelo SUS, uma conexão com a sociedade de forma geral.

"A necessário que se defina quem será o sujeito das políticas e práticas reabilitadoras: o exército de cronificados moradores dos Hospitais Psiquiátricos? Os milhares de 'des-habilitados' que se vão produzindo às margens de uma sociedade desigual e intolerante para os seus homens e suas idiosincrasias? Quietem como alternativa de sobrevivência uma via marginal, 'louca' sem jamais ter tido chances de se 'habilitar' para qualquer coisa?" PITTA (1996, p.20)

Uma reunião de terapia, é o que se chama, por falta de uma boa palavra adequada, pois trabalhar com pacientes que sofrem de problemas mentais está mais próximo da arte do que da profissão de fazer curativos. O conhecimento do negócio é importante, mas não é tudo em uma vida inteira de aprendizado.

Os centros de tratamento são instrumentos importantes no processo de integração das pessoas com doenças mentais, não só através da formação em competências e desenvolvimento profissional, mas sobretudo, com a prática do autocuidado, que é um importante processo na busca da integração social, mesmo com a existência de dificuldades em se comunicar, os pacientes, com o decorrer do período, passam a confiar na terapia.

O primeiro CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), do Brasil, surgiu na cidade de São Paulo, em 1987 e deu início a seu primeiro processo de internação em 1989, no hospital psiquiátrico da Secretaria Municipal de Saúde de Santos (SP).

A Casa de Saúde de Anchieta, foi um dos primeiros centros a usar de método de tratamentos cruéis, deixando os doentes serem torturados até a morte, tendo uma grande repercussão nacionalmente e demonstrando a necessidade, urgentemente, de uma reforma psiquiátrica, com isso dando início as buscas por melhorias e a criação de hospitais psiquiátricos.

O desafio é político e exige um compromisso contínuo na construção de novas formas de lidar com o sofrimento psíquico. A realidade brasileira, por sua extensão geográfica e marcantes diferenças, revela que nem todos os municípios dispõem de uma rede de atenção à saúde mental própria ou pactuada. Além disso, o simples fato de possuir um serviço substitutivo, um CAPS, não implica o funcionamento de uma rede que se pretende também substitutiva (COSTA et al., 2012, p.51).

Esforços devem ser feitos para que ocorra o desenvolvimento de novas formas de lidar com traumas psicológico, com a realidade das regiões e diversidades do Brasil, mostrando que nem todo governo se preocupa em desenvolver estratégias ou concordar com melhorias aplicadas, sendo um problema para tratar da saúde mental, ainda mais, de doentes que são condenados judicialmente e esquecidos por seus governantes.

Portanto, parece haver um problema em estabelecer uma razão, um afastamento e uma ordem. Dessa forma, desenvolver esse debate significa entender o que é dizer a verdade por meio do diálogo entre os narradores e os que se opõem a esse movimento, ao compreender o que parece ser uma verdadeira discussão, resultante do embate entre a retórica e a luta pelo poder nesse movimento da leitura passado, podemos reexaminar a compreensão de nossa própria história e, portanto, perceber que ela enfrenta desencontros, especialmente, em uma série de canais de poder que se concentram em determinados discursos. Em suma, a história não pode ser explicada em termos de linearidade, igualdade e continuidade, porque nesse caso, há uma história que acusa os outros e estabelece a verdade (FOUCAULT, 2008).

No ordenamento jurídico brasileiro, as pessoas com transtornos mentais que cometem crimes são consideradas inimputáveis, isto é, isentas de pena. Estas pessoas são submetidas, no entanto, à medida de segurança, espécie de tratamento compulsório, cuja principal consequência é a segregação perpétua ou por longo período, através da internação, da pessoa acometida de transtornos mentais que cometeu um crime ou uma infração. A publicação da lei 10.216, assim como as resoluções da III Conferência Nacional de Saúde Mental, vêm fomentando, no entanto, de forma inequívoca, a mudança das práticas na assistência ao louco infrator. Brasil, (2005 p.23)

Pessoas com deficiência mental são considerados incapazes de responder por seus atos, contudo, estas estão sujeitas a medidas de proteção, como forma de tratamento compulsório, cujo principal resultado é o isolamento ou confinamento prolongado de criminosos ou agressores mentais, por meio de internação, com grande importância para o sistema judicial, com isso, os órgãos que auxiliam no cumprimento da sentença de condenados com transtorno, são fundamentais para sua ressocialização.

## 2.1 IMPORTÂNCIA DA FAMÍLIA PARA A RESSOCIALIZAÇÃO

Não que diga respeito aos transtornos mentais, mas é importante destacar a importância da família no processo de ressocialização do portador de transtorno mental. Existem várias definições para a palavra família, que se baseiam no dicionário da Língua Portuguesa Aurélio (2018), que define família como: “ Grupo de pessoas que partilha ou que já partilhou a mesma casa, normalmente estas pessoas possuem relações entre si de parentesco, de ancestralidade ou de afetividade; (...)” Nenhum Priberam (2010), ou dicionário virtual da língua portuguesa, ou família de termos, têm a seguinte denominação

(latim familia,-ae, os escravos e servidores que vivem sob o mesmo tecto, as pessoas de uma casa).s. f. 1. Conjunto de todos os parentes de uma pessoa, e, principalmente, dos que moram com ela. 2. Conjunto formado pelos pais e pelos filhos. 3. Conjunto formado por duas pessoas ligadas pelo casamento e pelos seus eventuais descendentes. 4. Conjunto de pessoas que têm um ancestral comum. 5. Conjunto de pessoas que vivem na mesma casa. 6. Conjunto de vocábulos que têm a mesma raiz. 7. Fig. Raça, estirpe; casa.

A família tem um papel de grande importância desde o início da vida humana, em meios sociais, político, cultural, econômico e biológico. Ao longo do tempo, as famílias passarão por profundas modificações histórica.

Ao se deparar com a doença mental relacionada ao crime, a família traz três abordagens que, para Miom, (2003), é o encobrimento, ocultamento do meio social e a normalização, para evitar futuros aborrecimentos, mas o ambiente familiar deve se adaptar e contribuir para a qualidade de vida dos mesmos, tendo esta vários sentimentos em relação ao doente e fazendo com que surja conflitos familiares e financeiros.

Segundo Philippe Ariès (2008), as famílias foram retratadas ao longo da Idade Média, em meados do século XVI, como as figuras que mostram homens aparecendo sozinhos, com o papel de provedor, responsável pela vida profissional e privada. Neste mesmo, a mulher passou a fazer parte desta imagem, exercendo as funções de dona de casa e com a sobrecarga de educar os filhos. A criança aparece, ao mesmo tempo, no mesmo período. Já a construção familiar apresentada no calendário secular XVI, representada por pai, mãe e filhos, é bastante diversificada, porém, por mais diversa que seja, baseia-se nas diferenças dos papéis exercidos por homens e mulheres na criação dos filhos (ARIÈS, 2008).

Segundo Teixeira e Ribeiro (2010), as relações familiares se desenvolveram e diferenciaram os papéis entre homens e mulheres. Inicialmente, chefiada pela mulher,

que mantinha a estrutura familiar, por um período longo, logo em seguida pelo homem, que assegurou as rédeas da direção da família, como afirmação de poder, o qual se demonstrava rígido, maneira esta que não permitia a compreensão das emoções de seus familiares e a possibilidade de doenças mentais em seu círculo familiar.

O padrão da família brasileira da primeira metade do século XIX até a primeira metade do século XX era constituída por um pai, mãe e filhos. Os integrantes da família brasileira deste período eram comandados por um pai e esposo contido no choro e na demonstração de sentimentos, eram duros e jamais demonstravam fragilidade, nem receios. Antes, o homem era formado para ser mais racional e menos emocional, o que dificultava o relacionamento afetivo (TEIXEIRA; RIBEIRO, 2010, p.12).

BOCK (2014), retrata que o ensinamento de firmeza do homem na condução da família é hereditário, construindo famílias patriarcais e reafirma a visão de que as filhas deveriam se casar cedo e obedecer seu marido. Nessa estrutura familiar, a esposa deveria ser ensinar e educar as crianças, limpar, cozinhar e ser um ótima esposa. Aos homens recairia a obrigação de proteger e garantir a segurança e o sustento de suas famílias, independentemente da classe social. Com o passar do tempo, ocorreram muitas mudanças no quadro familiar, que antes era nuclear, ou seja, constituído por pai, mãe e filhos, passando a incluir novos casais, com pais, com filhos do casamento anteriores, desagregados, primos e tios, entre outras formas de família, assim elevando o nome da família mosaico. Entendendo a importância da construção de uma família com valores, não importa como uma estrutura familiar é formada, pois sem ela não pode haver construção social e muito menos valores.

A família tem um grande papel na proteção e socialização do indivíduo, onde se iniciam aprendizados, afetos, relações sociais e educacionais. A doença mental, no ambiente familiar provoca mudanças na rotina e costumes da família, com isso, eram excluídos os indivíduos com sofrimento mental, pois com o impacto do diagnóstico, a necessidade de adaptação à nova situação, ou pelo estigma social, a dependência e os efeitos do quadro clínico e a sobrecarga gerada, os sentimentos de conflito, as dúvidas, o descontrole e o medo, colocavam a famílias diante de uma crise psicológica, que além do medo da recaída e seus sintomas, apresentavam comportamentos distintos em momentos de crise (ROSA, 2013).

Em relação às famílias e indivíduos com transtornos mentais, Colvero, Ide e Rolim (2014), indicam que as unidades de saúde se limita a reconhecer as alterações psicológicas, até mesmo pela falta de estruturas adequadas para um diagnóstico específico. Desta forma, quando identificado o tipo de doença mental que um condenado possui, traz a importância dos familiares, no tratamento, para uma



ressocialização junto a comunidade, de forma mais natural ao doente que foi condenado, com isso, torna-se necessário fornecer informações sobre sua doença aos familiares, além de visitas e reuniões mediadas por funcionários do estabelecimento que o condenado está cumprindo a medida de segurança. Em geral, as visitas passam a não ser contínuas, pois as estruturas para cumprimento das medidas judiciais não são instaladas em todas as cidades, dificultando para as famílias a aproximação, portanto, cessam gradativamente, por iniciativa da família, devido as dificuldades financeiras de locomoção até as clínicas. (ROSA, 2013)

O tratamento do portador de transtorno mental é um processo lento e a família exerce um papel muito importante na sua recuperação, fazendo com que o condenado não se sinta abandonado ou totalmente no meio de pessoas desconhecidas, assim, quando já cumprido a medida de segurança, os familiares deveram ter cuidados e orientações sobre como tratar o paciente após seu retorno em meio a sociedade e no círculo familiar. Nesse sentido, os profissionais da medicina, além de prestarem serviços de saúde mental, devem desenvolver ações visando atender familiares dos condenados, podendo, por solicitação específica ao paciente, modificar sua rotina conforme o condenado vai melhorando. Conforme Colvero, Ide e Rolim (2014), muitas sobrecargas podem ser citadas no contexto da convivência complexa com pessoas com Transtornos Mentais, tais como a sobrecarga financeira, assistencial, física e mental, que poderão afetar em sua ressocialização.

Segundo Melman (2012), as pessoas com doenças mentais, não tão grave, têm dificuldade em trabalhar devido à rejeição decorrente do preconceito gerado pelo desconhecimento da patologia, nesse sentido o SUS (Sistema Único de Saúde), vem atuando com o objetivo de evitar a exclusão social e prestar atendimento humanizado e digno, para pessoas com transtornos mentais. Os CAPS têm, entre suas estratégias, as aposentadorias pelo INSS, na qual o individuo ganha um salário mínimo para sobreviver.

Moreno e Alencastre (2013), destacam que um familiar que se nomina de cuidador, a qual geralmente a mulher, mãe, fica com esse papel, tendo a maior sobrecarga de cuidado, pois além dos cuidados, existe a sobrecarga física e emocional, sendo a mais difícil de lidar, tendo em vista que esse peso leva ao esgotamento dos cuidadores, percebidas diretamente, na saúde física e mental dos mesmos. Desta forma, possuindo uma dificuldade em cuidar, por muitas vezes, o que dificulta o tratamento de quem tem transtornos psiquiátricos.

A convivência com uma doença mental, na família, pode inculcar uma série de sentimentos, entre os quais a tristeza, sofrimento, medo, esperança e desespero, como uma intensa angústia, sempre em meio a uma crise aguda de dor de seu ente querido. Na fase inicial da doença, parece haver esperança e crença de que o familiar irá se recuperar da doença, porém, quando ocorre repetidamente a necessidade de

internações psiquiátricas ou hospitalares, o desespero e o medo tomam conta do meio familiar. (ROSA, 2013, p.44)

Nesse momento de desespero, a equipe médica pode ser uma fonte de apoio e proteção para as famílias, dando-lhes coragem e a ajuda necessária para que não desanime com a árdua tarefa de cuidar do seu ente, buscando formas de fortalecê-lo e, ao mesmo tempo, valorizar a força existencial. Deste modo, trazendo uma aceitação a sociedade em relação a condenados com transtornos mentais. (PEREIRA, 2013, p.87).

## 2.2 REFORMA PSIQUIATRICA

Costuma-se identificar o ano de 1978 como o início efetivo do movimento social dos pacientes psiquiátricos de direita em nosso país. A experiência da institucionalização da psiquiatria italiana e sua crítica radical aos manicômios é animadora neste período e revela a possibilidade de quebrar estereótipos antigos.

Com a virada do século, a Reforma Psiquiátrica no Brasil deixou definitivamente a posição de "proposta alternativa" e se consolidou como o marco fundamental da política de assistência à saúde mental oficial. Mais do que isso, a influência do seu ideário vem-se expandindo no campo social, no universo jurídico e nos meios universitários que formam os profissionais de saúde. Apesar das conhecidas dificuldades enfrentadas pelo sistema de saúde pública no Brasil, é fato que o cenário psiquiátrico brasileiro vem mudando a olhos vistos. Os mais de mil Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) espalhados pelo país vêm modificando fortemente a estrutura da assistência à saúde mental. A rede composta por este tipo de equipamento vem substituindo progressivamente o modelo hospitalocêntrico e manicomial, de características excludentes, opressivas e reducionistas. Em seu lugar vem sendo construído um sistema de assistência orientado pelos princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (universalidade, equidade e integralidade), acrescido da proposta de desinstitucionalização - cujo alcance ultrapassa os limites das práticas de saúde e atinge o imaginário social e as formas culturalmente validadas de compreensão da loucura (Bezerra 2017).

Na virada do século, as reformas psicológicas, do Brasil, abandonarão seu status de "proposições de mudança" e se consolidarão como um importante teste de saúde mental na visão correta. Além disso, o impacto de suas ideias continua se expandindo no meio social, jurídico e educacional da escola de formação de médicos. É verdade que, apesar da grande consciencialização do sistema público de saúde brasileiro sobre a depressão, a situação da saúde mental, no Brasil, está claramente mudando. Mais de 1.000 centros comunitários de saúde mental (CAPS) em todo o país mudará drasticamente o modelo de atenção à saúde mental. Uma rede desses dispositivos está mudando gradativamente o modelo hospitalar, principalmente não hospitalar de abuso e redução. Em vez disso, o sistema de atendimento é construído sobre princípios da saúde compartilhada (universalidade, igualdade e equidade) e a

proposta da desinstitucionalização, forma de pensamento social para ultrapassar dois limites da cultura e compreender a cultura da loucura.

O desafio é político e exige um compromisso contínuo na construção de novas formas de lidar com o sofrimento psíquico. A realidade brasileira, por sua extensão geográfica e marcantes diferenças, revela que nem todos os municípios dispõem de uma rede de atenção à saúde mental própria ou pactuada. Além disso, o simples fato de possuir um serviço substitutivo, um CAPS, não implica o funcionamento de uma rede que se pretende também substitutiva (COSTA et al., 2012, p.51).

Esforços devem ser feitos para desenvolver novas formas de lidar com traumas psicológico, com a realidade das regiões e diversidades do Brasil, mostrar que nem todo governo se preocupa em desenvolver estratégias ou concordar com melhorias aplicadas, sendo um problema para tratar da saúde mental, ainda mais de doentes que são condenados e esquecidos por seus governantes.

Portanto, parece haver um problema em estabelecer uma razão, um afastamento e uma ordem. Dessa forma, desenvolver esse debate significa entender o que é dizer a verdade por meio do diálogo entre os narradores e os que se opõem a esse movimento, ao compreender o que parece ser uma verdadeira discussão resultante do embate entre a retórica e a luta pelo poder nesse movimento da leitura passado, podemos reexaminar a compreensão de nossa própria história e, portanto, perceber que ela enfrenta desencontros, especialmente em uma série de canais de poder que se concentram em determinados discursos. Em suma, a história não pode ser explicada em termos de linearidade, igualdade e continuidade, porque, nesse caso, há uma história que acusa os outros e estabelece a verdade (FOUCAULT, 2008).

Entretanto, a forma como acontece essa mediação traz consigo a racionalidade acerca da psicopatologia, ou seja, como os atores sociais concebem a "loucura" vai aparecer nas suas práticas. No campo socio cultural, atravessado pelo político jurídico e vice versa, ainda está presente o desejo de tutelar e asilar a loucura, em que o sustentáculo desse desejo se encontra na noção de periculosidade e incapacidade do "louco". É isso que ainda confere lugar social válido á espaços de tratamentos via exclusão social (COELHO, 2017)

Contudo, a forma como essa mediação ocorre carrega consigo uma racionalidade sobre psicopatologia, ou seja, como os atores sociais que vivenciam a "loucura" se manifestam em sua prática. O campo da cultura, atravessado pela política jurídica e vice-versa, persiste no desejo de proteger os incapazes, cujo fundamento se encontra no conceito de perigo e impotência da "loucura".

[...] reforça seu entendimento quanto à importância de que os leitos ocupados por pacientes que serão transferidos para os SRTs permaneçam abertos nos Hospitais Psiquiátricos, para ofertar tratamento aos pacientes com quadros clínicos agudos, em situações que os mesmos ofereçam risco a si ou a terceiros. (BRASIL, 2019).

O que ocorre é o retorno do paciente ao serviço residencial terapêutico, quando são considerados aptos a socializar, saindo do estados mais graves de hospitais psiquiátricos, onde se concentram o maior número de pessoas com sintomas que podem ser consideradas um risco para o próprio indivíduo e de terceiros. Assim sendo, uma necessidade na transferência.

Existe uma série de medidas atuais que sinalizam o retorno do modelo hospitalocêntrico, priorizado e reforçado pelas alterações legais. Neste sentido, considerando-se os efeitos iatrogênicos do tratamento com foco na coerção e no isolamento, é grande e justificada a preocupação com os efeitos destas mudanças sobre a clientela atendida (TORRES et al, 2019, p. 174).

São várias as condições que se impõem ao retorno do modelo hospitalar priorizado e protegido por reformas legais. Nesse contexto, considerando o efeito iatrogênico do tratamento centrado na pressão e não no isolamento, justifica-se a preocupação com o efeito dessas alterações no paciente que a recebe.

Bettencourt (2011), chamou a atenção para os efeitos psicológicos que as prisões desenvolvem e explicou que existem diferentes tipos de reações entre os condenados. Tendo como crítica a desumanização que acontece nos sistemas prisionais, como exemplos, a falta de higiene, tratamentos inadequados, ausência de assistência médica e o abandono de familiares, demonstrando assim, os problemas na ressocialização dos criminosos não doentes mentais e implementando o modelo de tratamento e aplicação da lei de reabilitação dos criminosos com perturbações mentais, considerando as dificuldades para esse retorno a sociedade e seus familiares.

Quando se fala nos transtornos psíquicos produzidos pela prisão, imediatamente se pensa na desumanidade do regime celular. Mas não se imagine que apenas o regime celular foi maléfico, pois igualmente o é a prisão fechada contemporânea. A ausência de verdadeiras relações humanas, a insuficiência ou mesmo a ausência de trabalho, o trato frio e impessoal dos funcionários penitenciários, todos esses fatores contribuem para que a prisão converta-se em meio de isolamento crônico e odioso. As prisões que atualmente adotam o regime fechado, dito de segurança máxima, com total desvinculação da sociedade, produzem graves perturbações psíquicas aos reclusos, que não se adaptam ao desumano isolamento. A prisão violenta o estado emocional, e, apesar das diferenças psicológicas entre as pessoas, pode-se afirmar que todos os que entram na prisão – em maior ou menor grau – encontram-se propensos a algum tipo de reação carcerária. Bettencourt (2011)

Para Ottoboni (1997), evitar que o condenado seja submetido ao retorno familiar sem tratamento adequado, deverá ser estendido a família por meio da participação de grupos, sendo a Apac, um órgão fiscalizador que tem por responsabilidade trazer ao retorno o condenado que estiver com restrição de sua liberdade, conforme a lei aplicável, deverá ser garantido os direitos dos condenados a ressocialização.

### 3.0 A LEGISLAÇÃO PENAL BRASILEIRA: DOENTES MENTAIS SOBRE O CÓDIGO PENAL E DA LEI DE EXECUÇÃO PENAL

#### 3.1 PRIMEIROS CÓDIGOS PENAIS QUE TRATAVA DA RESSOCIALIZAÇÃO DE DOENTES MENTAIS

O "Código Penal do Império Brasileiro", conhecido como o código repressivo, foi o primeiro código a tratar sobre quem era considerado louco, assim sendo, ratificado pelo imperador Dom Pedro I, em 16 de dezembro de 1830 e seguindo as diretrizes da Escola Clássica de Direito Penal (ALVES, 1998), teve grande influencia na construção da Constituição Federal de 1824, do Código Francês de 1810 e do Código Napolitano de 1819. No período acima descrito, os chamados lunáticos eram tratados conforme sua condição financeira, ou seja, cada um era digno do que possuía, uma forma de desrespeito e dano permitida por lei. Assim eram retirados da ruas, para tratamentos em Santas Casas de Saúde, sendo de responsabilidade policial, excluindo a responsabilidade do poder judiciário. (PERES, 2002).

Diante desse cenário, não havia uma organização específica para abrigá-los, então, não havia outra opção a não ser encaminhá-los para Santas Casas de Misericórdia, juntamente com portadores de doenças contagiosas, onde a única preocupação era a retirada do meio social e não a ressocializar ou o tratamento.

O referido Código Penal de 1830, apontava que os loucos eram entregues ao poder judiciário pelas famílias, assim, fazendo com que estes não fossem tratados com dignidade, além disso, não existia a necessidade de estes serem criminoso.

Art. 12. Os loucos que tiverem commettido crimes, serão recolhidos ás casas para elles destinadas, ou entregues ás suas familias, como ao Juiz parecer mais conveniente.

O Código Penal de 1890, considerando a primeira vez que o ordenamento jurídico brasileiro legislou em relação aos considerados lunáticos delinquentes, estabelece em seu artigo 27 que "não são criminosos os estúpidos por natureza ou por velocidade ou falha, completamente incapazes de compreender e que se encontram em estado de total privação dos sentidos e da inteligência quando cometem crimes" (CORREA, 1999, p. 117), em completo, acrescentou o art. 29 da mesma lei: "Os indivíduos isentos de culpabilidade em resultado de afecção mental serão entregues às suas famílias ou recolhidos a hospitais de alienados, se o seu estado mental assim exigir para a segurança do público".

Desta forma, foi a primeira vez que o ordenamento utilizou o conceito de perigosidade de forma indireta, assim, verificando o "grau de perigo" do recluso, este que

deveria ser internado no hospital, sob pena de regressar ao recolhimento familiar ou sua permanência na internação.

Em 1940, na prática do chamado de Estado Novo, comandado pelo Presidente Getúlio Vargas, de cunho fascista devido às influências herdadas da Segunda Guerra Mundial, o código é redistribuído de acordo com o Decreto Legislativo nº 2.848/40, apontando em seu artigo 22 que os infratores insanos, qualificam-se como irresponsáveis:

Art. 22. É isento de pena o agente que, por doença mental ou por desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter criminoso do fato ou de determinar-se com esse entendimento. Parágrafo único. A pena pode ser reduzida de um a dois terços, se o agente, em virtude da perturbação da saúde mental ou por desenvolvimento mental incompleto ou retardado, não possuía, ao tempo da ação ou da omissão, a plena capacidade de entender o caráter criminoso do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.

O próprio código foi renovado com a criação de uma medida de segurança, mas esta só pode ser aplicada depois de um crime e, não, como forma de prevenir condutas ilícitas. A periculosidade do autor assume com a verificação de sua irresponsabilidade, denominamos dois artigos 76º e seguintes. Com isso, as medidas de segurança nestes casos são aplicadas aos irresponsáveis por tempo indeterminado, até serem considerados não mais perigosos. Porém, esse critério é o maior problema, pois a doença mental não tem cura e, ainda que suas manifestações sejam duradouras, os criminosos lunáticos são considerados perigosos por natureza.

As medidas de segurança passaram a ser divididas em duas categorias de forma especial no Código de 1940: medidas patrimonial ou pessoal que requerem internação em um hospital psiquiátrico, bem como medidas de sequestro de bens e patrimônios de um criminoso lunático; e na medida em que se trate de detenção ou não privativa da liberdade, os detidos serão internados em manicômios, casa de proteção ou colônia agrícola, semelhantes aos regimes fechado e semiabertos utilizados no ordenamento jurídico atual. Desta forma, quando em regime não detentivo, o preso é proibido de frequentar determinados locais e colocado em liberdade condicional, semelhante às condições de liberdade condicional e livramento condicional do processo (CORRÊA, 1999).

Porém, com a reforma penal aprovada em 1984, foram abolidas as medidas patrimonial e pessoal e, ainda, permanecendo a prisão preventiva ou medida não privativa de liberdade, atualmente conhecida como internação compulsória ou medida de segurança para tratamento. Da mesma forma, as medidas de segurança são introduzidas e abordadas no criminal para poder educar e reintegrar na sociedade um determinado grupo de criminosos, pessoas com doenças mentais consideradas muito

perigosas para viver em sociedade (PERES, 2002).

Em 1984, com a introdução de um novo Código Penal, passou a ser adotado o sistema que as deveria cumprir pena ou a medida de segurança, contrariando o sistema anterior em que era cumprido em conjunto, com isso a pena passou a ter como critério a culpabilidade do autor, já em relação a medida de segurança, a periculosidade e a inimputabilidade se tornou requisito para sua aplicação, considerando que a irresponsabilidade não é culposa (MIRABETE, 2002).

### 3.1.1 APLICAÇÃO DA LEI 10.2016/2001

Para ALBERGARIA (1993), sendo provado que o condenado não possui a atividade laboral, é determinado pelo juiz a perícia, para a comprovação do transtorno e, assim, o magistrado poderá passar da pena de reclusão para medida de segurança e tratamento, como não se funda a falta da culpabilidade com a falta da capacidade plena, tendo o princípio da proporcionalidade como direito fundamental da pessoa humana do internado. As formas de reeducação dos condenados com transtornos mentais são tratadas da mesma maneira que os condenados com capacidade plena, nas quais deveriam ser em clínicas especializadas, mas infelizmente, no Brasil, existe poucas, com isso a maioria dos condenados com transtornos mentais cumprem a pena em presídios comuns e sem acesso a tratamentos adequados, quando na verdade deveriam ser enviados a tratamento ambulatoriais especializados.

Que poderá ser realizada com a determinação judicial, conforme previsto na lei nº 10.216/2002, III.

Art. 6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;

II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e

III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

A internação voluntária necessita da solicitação voluntária do paciente, desta forma, este deve assinar, no momento da internação, uma declaração de que reconhece sua decisão por um tratamento. Assim como, o fim da internação é feita de forma escrita e solicitada pelo paciente ou pelo médico responsável. Uma internação voluntária pode ser transformada em involuntária e o paciente não poderá sair do estabelecimento sem a prévia autorização ou finalização do tratamento indicado.

A internação involuntária é determinada sem o consentimento do paciente



deverá ser solicitada por terceiros. Ocasionalmente, pelos familiares ou até mesmo a pedido de outras fontes, como por exemplo de médico, magistrado e demais. Deverá ser elaborado por escrito e aceito por médico psiquiatra que será responsável pela internação. A lei determina a notificação ao Ministério Público sobre as causas que levaram a internação, desta forma, evitando que seja utilizado como cárcere privado.

No caso de Internação compulsória, é determinada por juiz competente, sem a necessária de autorização familiar. Assim, avaliar-se-á por laudo médico específico, as condições física e psicológica do paciente para determinar internação.

Como em diversos casos, ALBERGARIA (1993), cita que o cumprimento da pena, geralmente, é iniciada nos presídios comuns, o que leva os condenados comuns e psíquicos aos riscos de saúde física e mental, como de exemplo: casos em que o condenado fica retido em cadeia comum e por não possuir esse discernimento acaba sendo morto ou cometendo outro crime, com a falta de institutos especializados e tratamentos adequados ao condenado mental, com relação a culpabilidade verifica-se que o estado é uma das fontes causadoras dos resultados negativos que afetam o condenado devido a uma falta de ressocialização adequada.

O Código Penal, em seu artigo 26, prevê ou determina a absolvição do agente que praticar ato ilícito e não consegue entender a ilegalidade desse ato, ainda que seja por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto.

Art. 26 - É isento de pena o agente que, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.

Redução de pena

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

O artigo 87.º da Lei de Execução Penal aborda que é responsabilidade dos entes federativos em criar penitenciárias apropriadas, designada a condenados que estejam em cumprimento da pena privativa de liberdade.

Art. 87- A penitenciária destina-se ao condenado à pena de reclusão, em regime fechado.

Parágrafo único. A União Federal, os Estados, o Distrito Federal e os Territórios poderão construir Penitenciárias destinadas, exclusivamente, aos presos provisórios e condenados que estejam em regime fechado, sujeitos ao regime disciplinar diferenciado, nos termos do art. 52 desta Lei.

Conforme artigo 98 do Código Penal:

Art. 96. As medidas de segurança são:

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

II - sujeição a tratamento ambulatorial.

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

São direitos dos condenados com doença mental a internação em hospitais de custódia para tratamento psiquiátrico e ambulatorial, deste que estes sejam adequados

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

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

§ 2º - A perícia médica realizar-se-á ao termo do prazo mínimo fixado e deverá ser repetida de ano em ano, ou a qualquer tempo, se o determinar o juiz da execução.

Conforme o artigo 26, do Código Penal, caso o fato seja culpável, é direito inimputável do condenado ser submetido a tratamento conforme necessidade e a perícia a cada 1 ano ou quando existir determinação judicial para comprovação que o condenado não é um perigo a sociedade.

§ 3º - A desinternação, ou a liberação, será sempre condicional devendo ser restabelecida a situação anterior se o agente, antes do decurso de 1 (um) ano, pratica fato indicativo de persistência de sua periculosidade.

§ 4º - Em qualquer fase do tratamento ambulatorial, poderá o juiz determinar a internação do agente, se essa providência for necessária para fins curativos.

Ainda, os parágrafos 3º e 4º do mesmo artigo, apontam as formas de desinternação ou liberdade concedida, a qual dependerá de sua perigosidade, sendo condicional e cabendo ao juiz determinar a internação do agente, caso considere necessário.

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

Quando considerado curável poderá, o condenado, cumprir a pena em privativa de liberdade concedida por juiz, pelo prazo de 1 a 3 anos, considerado inimputável que não consiga entender o crime cometido.

Por meio da lei de execução, no “Art. 99 - O internado será recolhido a estabelecimento dotado de características hospitalares e será submetido a tratamento”. Os hospitais psiquiátricos são destinados ao tratamento daqueles que não podem ser acusados ou sumi-imputáveis, pois estas instituições são utilizadas como medida de segurança para pessoas diagnosticadas com doenças mentais e que possuem direito a tratamento adequado. Porém, mesmo devendo ser esses estabelecimentos público, é regido pelo sistema carcerário.

Conforme Súmula n. 527 do STJ, o tempo de prisão em medida de segurança não poderá ser maior que o tempo da pena, considerando que o condenado realmente esteja enquadrado como doente mental, para poder cumprir, de forma adequada, um tratamento para seu retorno ao convívio familiar e social. “O tempo de duração da medida de segurança não deve ultrapassar o limite máximo da pena abstratamente cominada ao delito praticado. (SÚMULA 527, TERCEIRA SEÇÃO, julgado em 13/05/2015, DJe 18/05/2015)”.

Quando condenado, será aplicada pena conforme crime cometido, exemplo: em caso de homicídio, se o réu for o condenado a 12 anos de prisão e comprovar por meio de laudo médico que não existe a consciência do crime, deverá cumprir em medida de segurança. Desta forma, não poderá cumprir pena além do que o Código Penal aplica.

Deste modo, conforme jurisprudência abaixo, o réu, por ser inimputável, cumprirá medida de segurança e terá tratamento ambulatorial, pela pratica do crime de estupro de vulnerável, sendo considerado como perigoso, assim foi determinado que a pena seja cumprida de forma jurídica em hospital especializado pelo poder judiciário.

EMENTA: APELAÇÃO CRIMINAL - ESTUPRO DE VULNERÁVEL - COMPROVADAS MATERIALIDADE E AUTORIA DE CONDUTA TÍPICA E ILÍCITA - AFASTADA CULPABILIDADE POR INIMPUTABILIDADE - APELANTE OLIGOFRÊNICO - FIXADA MEDIDA DE SEGURANÇA DE INTERNAÇÃO - DESPROPORCIONALIDADE - ALTERADA PARA TRATAMENTO AMBULATORIAL - Pratica crime de estupro de vulnerável (art. 217-A do CP) quem mantém conjunção carnal ou pratica outro ato libidinoso com menor de 14 (quatorze) anos de idade, sendo a condenação medida que se impõe - A fixação da medida de segurança deve levar em conta a prática de fato típico, ilícito e punível, bem como a periculosidade do agente. A falta de discernimento do réu e a ausência de capacidade de entender o caráter ilícito dos fatos e de determinar-se de acordo com esse entendimento, indica suficiência do tratamento ambulatorial sugerido pelo perito, desaconselhando internação.

(TJ-MG - APR: 01327267820138130701 Uberaba, Relator: Des.(a) Bruno Terra Dias, Data de Julgamento: 18/04/2023, 6ª CÂMARA CRIMINAL, Data de Publicação: 19/04/2023).

Quando comprovado a imputabilidade, o autor passa a ser considerado perigoso em casos de crimes hediondos, quando cometido em relação a vulnerável e a pena é ainda maior em relação ao estupro, conforme jurisprudência, o condenado terá uma adequação do tratamento conforme pena, passando a ter recomendações feitas ao hospital judiciário, além disso, o exame deve ser realizado por meio de exame médico legal e caso haja dúvidas sobre a capacidade do condenado, o mesmo deverá ser ressocializado. Assim, o magistrado poderá passar a pena de reclusão para medida de segurança e tratamento, como não se funda a falta da culpabilidade, com a falta da capacidade plena, tendo o princípio da proporcionalidade como direito fundamental da pessoa humana do internado.

O Código de Processo Penal dispõe que será do juiz a determinação, podendo ser por meio de ofício ou por requerimento do Ministério Público, ou defensor, curador, descendentes e ascendentes, a internação do doente.

A partir desse entendimento judicial, para a integração a sociedade e ao grupo familiar, de forma adequada a ambos, conforme visto no Código de Processo Penal.

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

§ 1º O exame poderá ser ordenado ainda na fase do inquérito, mediante representação da autoridade policial ao juiz competente.

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

A lei nº 10.216/2001, aponta que a atenção à saúde mental, em qualquer caso, é uma lei de que protege os direitos de quem sofre com algum tipo de doença, sendo esses direitos direcionados a saúde mental das pessoas e de seus famílias ou responsáveis de acordo com o seguinte artigo:

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

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

I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;

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

III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;

IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;

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

VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;

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

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

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros. Lei nº 10.216/2001.

O tratamento hospitalar se destina a prestar assistência integral às pessoas com doença mental, incluindo serviços de saúde, social, psicológico, ocupacional, recreativo, entre outros.

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

A lei enfatiza a responsabilidade do governo no desenvolvimento de políticas de saúde mental, promovendo e fazendo cumprir medidas de saúde, com a devida participação das famílias, cabendo ao poder público garantir e proteger, por meio de ações positivas, às pessoas com insanidade mentais, medidas estas que serão prestadas pelas instituições de saúde, de modo que as instituições ou unidades que os atendam tenham os devidos cuidados com as pessoas com doenças mentais.

Art. 5º O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário. Lei nº 10.216/2001.

Existem programas legais de retirada e mudança de pacientes definidos como dependentes hospitalares crônicos ou graves por problemas de saúde ou falta de

suporte social. Instalações médicas competentes e gerenciamento de casos, conforme definido pelas autoridades, garantem a continuidade do tratamento quando necessário.

A lei estabelece como um dos principais objetivos o tratamento e a reintegrar do paciente a comunidade, da mesma forma, presta assistência integral aos portadores de doenças mentais por meio de grupos multitarefa, assistência medica e a convivência familiar.

No Brasil existe elementos que regulamenta o crime, devendo o fato ser típico, ilícito e culpável (NUCCI, 2013, p. 180). Sem esses elementos, não ocorre crime, pois o agente não pode ser punido e estar sujeito a uma pena aplicada pelo estado.

O Código Penal estabelece como deve ser aplicada a pena para pessoas consideradas incapazes, como citado no seguinte artigo:

Art. 26 - É isento de pena o agente que, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.

Redução de pena

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

Os portadores de alguns tipo de transtorno mental não conseguem distinguir o seu ato de agir perante alguma situação, ou negar que sua conduta seja ilícita, assim, terão direito a uma redução de sua pena. “Art. 41 - O condenado a quem sobrevem doença mental deve ser recolhido a hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou, à falta, a outro estabelecimento adequado.”

As pessoas condenadas por doenças mentais devem ser enviadas para um hospital para internação e tratamento psiquiátrico e, na ausência de tal tratamento, para outras instituições apropriadas.

Art. 42 - Computam-se, na pena privativa de liberdade e na medida de segurança, o tempo de prisão provisória, no Brasil ou no estrangeiro, o de prisão administrativa e o de internação em qualquer dos estabelecimentos referidos no artigo anterior.

O período de detenção temporária no Brasil ou no exterior, ou detenção administrativa e o de reclusão nas dependências mencionadas compreendem a

supressão da liberdade e das medidas de segurança “Art. 52 - É suspensa a execução da pena de multa, se sobrevém ao condenado doença mental”.

A execução da pena pecuniária é extinta se o condenado sofrer com algum tipo de insanidade mental.

Ao se deparar com um condenado com problemas mentais, o Código de Processo Penal, traz em seu rol como será aplicado o procedimento para cumprimento de pena.

Art. 682. O sentenciado a que sobrevier doença mental, verificada por perícia médica, será internado em manicômio judiciário, ou, à falta, em outro estabelecimento adequado, onde lhe seja assegurada a custódia.

§ 1º Em caso de urgência, o diretor do estabelecimento penal poderá determinar a remoção do sentenciado, comunicando imediatamente a providência ao juiz, que, em face da perícia médica, ratificará ou revogará a medida.

§ 2º Se a internação se prolongar até o término do prazo restante da pena e não houver sido imposta medida de segurança detentiva, o indivíduo terá o destino aconselhado pela sua enfermidade, feita a devida comunicação ao juiz de incapazes.

A medicina pericial terá grande importância para que o poder judiciário confirme, com um laudo, que uma pessoa sofre com problemas mentais, assim poderá o destinar para um manicômio judicial ou uma instituição apropriada, onde poderá ocorrer o cumprimento de sua sentença e um tratamento conforme suas necessidades.

Caso o condenado com transtorno mental recupere sua capacidade plena, confirmado com análises periciais, deverá ser comunicado o poder judicial para que haja uma remoção desse indivíduo da medida de segurança aplicada.

O código de processo penal complementa essa análise:

Art. 152. Se se verificar que a doença mental sobreveio à infração o processo continuará suspenso até que o acusado se restabeleça, observado o § 2º do art. 149.

§ 1º O juiz poderá, nesse caso, ordenar a internação do acusado em manicômio judiciário ou em outro estabelecimento adequado.

§ 2º O processo retomará o seu curso, desde que se restabeleça o acusado, ficando-lhe assegurada a faculdade de reinquirir as testemunhas que houverem prestado depoimento sem a sua presença.

A pena tem o objetivo de educar os condenados, assim que confirmado que uma pessoa é portadora de doença mental temporariamente, poderá suspender o curso

do processo até que sua capacidade laboral esteja retomada.

BELLEI (1998), destaca em seu artigo, que existiam nos Hospitais em Santa Catarina, procedimentos para as internações de doentes mentais psiquiátricos.

"a vara criminal, por intermédio da autoridade competente, solicita ao HCTP, o Laudo Psiquiátrico que apure a responsabilidade penal ou não, referente ao delito praticado pelo paciente. Após conclusão do Laudo e o recebimento deste pela autoridade competente, segundo o diagnóstico psiquiátrico de irresponsabilidade penal, procede-se a sentença condenatória de Medida de Segurança Detentiva, [...] internamento. Para o internamento, é solicitado a vaga na instituição pela respectiva vara criminal. Esta é aguardada por um certo período de tempo, em função da grande demanda."

Conforme relatos do Conselho Regional de Psicologia da 8ª Região (CRP-PR), 2015, a realidade dos doentes mentais que integram o sistema prisional são de pessoas com histórico degradante em meio a sociedade e familiares, que não recebem tratamentos adequados e acabam tendo uma piora em seu quadro mental assim que são colocados em medida de segurança.

Médico-Penal (CMP) em Pinhais: elas não apresentam condições de viver sozinhas e, por isso, vão ficando por lá mesmo. Esta é a realidade de muitas pessoas que ingressam no sistema penitenciário na condição de pacientes com transtornos mentais. São pessoas com um histórico de desestruturação social e familiar que, como não possuem tratamento adequado nem antes nem depois da medida de segurança, acabam aprofundando os sintomas. Com isso, perdem a capacidade de criar (ou recriar) laços sociais e viver com dignidade e independência fora do hospital de custódia. O problema, então, não é apenas a institucionalização, mas também a dificuldade que a família tem de lidar com esta situação e a falta de estrutura social.

### 3.1.2 ENTENDIMENTO JURISPRUDENCIAL A RESPEITO DE DOENTES MENTAIS

Além disso, o precedente do caso revela a dificuldade enfrentada pelos juízes na investigação da demência, deste modo, sendo utilizado por pessoas consideradas típicas, como forma de ser considerado inimputável.

PENAL E PROCESSO PENAL. PEDIDO DE INSTAURAÇÃO DE INCIDENTE DE INSANIDADE MENTAL NO SEGUNDO GRAU. PROCESSO PRINCIPAL EM GRAU DE RECURSO. DOENÇA MENTAL QUE ESTARIA PRESENTE ANTES DO OFERECIMENTO DA DENÚNCIA. AUSÊNCIA DE PEDIDO DE INSTAURAÇÃO DO INCIDENTE DURANTE O TRÂMITE PROCESSUAL NA PRIMEIRA INSTÂNCIA. PRECLUSÃO. RISCO DE SUPRESSÃO DE INSTÂNCIA. PEDIDO DE INSTAURAÇÃO DO INCIDENTE DE INSANIDADE MENTAL NÃO CONHECIDO. 1 - Trata-se de pedido de instauração de incidente de insanidade mental, formulado pelo requerente, no qual este assevera que sofre de transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa, o que o isentaria de pena nos termos do art. 26 do CP. 2 - No caso, compulsando-se os autos do feito principal, observa-se que em nenhum momento a defesa técnica, realizada por advogado, pugnou pela instauração do incidente. 3 ⇒ **Considerando que a defesa técnica não aduziu a questão incidental de insanidade mental no curso da instrução criminal, tem-se que se operou a preclusão, não podendo o incidente ser instaurado nesse momento processual, sob pena de supressão de**



**instância. Precedentes do STF e de outros tribunais.** 4 - Apesar de haver notícias nos autos de que foi instaurado um incidente de insanidade mental em outra ação penal movida contra o ora requerente, o incidente em questão não foi finalizado. 5 - Pedido de instauração de incidente de insanidade mental não conhecido. ACÓRDÃO: Vistos, relatados e discutidos estes autos, nesta Comarca de Fortaleza, em que figuram as partes indicadas. ACORDAM os membros integrantes da 3ª Câmara Criminal do Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, por unanimidade e em consonância com o parecer da Procuradoria Geral de Justiça, **em NÃO CONHECER do incidente de insanidade mental** interposto, nos termos do voto do Relator. Fortaleza, 22 de setembro de 2020. Des. Francisco Lincoln Araújo e Silva Presidente do Órgão Julgador Des. José Tarcílio Souza da Silva Relator (TJ-CE - Insanidade Mental do Acusado: 00008857420208060000 CE 0000885-74.2020.8.06.0000, Relator: JOSÉ TARCÍLIO SOUZA DA SILVA, Data de Julgamento: 22/09/2020, 3ª Câmara Criminal, Data de Publicação: 22/09/2020) (grifo nosso).

Resta evidenciar que a saturação de pedidos por pessoas que objetivam a insanidade, afim de atingir a imputabilidade, muitas vezes de má-fé, mas que nunca passaram por nenhum tratamento médico anterior e que não tem histórico de problemas mentais, faz com que o poder judiciário fique saturado e que prejudique a apreciação de pedidos reais de insanidade mental, fazendo com que as pessoas que realmente tenham necessidade sejam avaliadas de forma indiscriminada.

Conforme jurisprudência, a concessão da insanidade mental será apreciada pelo magistrado, quando houver dúvida se esta deverá ser concedido.

APELAÇÕES CRIMINAIS. CRIMES CONTRA O PATRIMÔNIO. CRIME DE ROUBO. PORTE DE DROGAS PARA CONSUMO PRÓPRIO. PRELIMINAR DE NULIDADE. CERCEAMENTO DE DEFESA. **INSTAURAÇÃO DE INCIDENTE DE INSANIDADE MENTAL.** No caso dos autos, quando do oferecimento da resposta à acusação, a Defesa técnica postulou a instauração de incidente de insanidade mental em face da alegada drogadição do réu. Deferido o pedido defensivo e determinada a instauração do incidente de insanidade mental pela Magistrada a quo. Após encerrada a instrução criminal e considerando o tempo transcorrido sem que tenha ocorrido a realização da perícia psiquiátrica, o Juízo a quo homologou o pedido defensivo de desistência do incidente de insanidade mental. Com efeito, conforme preceitua o Art. 149 do Código de Processo Penal, havendo dúvida sobre a integridade mental do acusado, o juiz ordenará, de ofício ou a requerimento do Ministério Público, do defensor, do curador, do ascendente, descendente, irmão ou cônjuge do acusado, seja este submetido a exame médico-legal, sendo equivocado tratar o tema como sendo de disponibilidade da defesa. Verificada, portanto, a nulidade do processo em face do cerceamento de defesa, e determinada a instauração de incidente de insanidade mental. EXCESSO DE PRAZO PARA A FORMAÇÃO DA CULPA. CONFIGURADO DIANTE DA NULIDADE DECRETADA. Tendo em vista a nulidade decretada a partir da decisão que homologou a desistência da perícia psiquiátrica, com a necessidade de instauração de novo incidente de insanidade mental, e estando o apelante preso desde de 03/03/2018, resta configurado o excesso de prazo para a formação da culpa. Necessário, contudo, impor medidas cautelares diversas à prisão, consistentes no comparecimento mensal em juízo para justificar suas atividades, na proibição de se ausentar da Comarca sem comunicação prévia ao Juízo e comparecimento a todos os atos processuais. PRELIMINAR SUSCITADA PELA DEFESA ACOLHIDA PARA DECRETAR A NULIDADE DO PROCESSO A PARTIR DA DECISÃO QUE HOMOLOGOU A DESISTÊNCIA DA PERÍCIA PSIQUIÁTRICA. DETERMINADA INSTAURAÇÃO DE INCIDENTE DE INSANIDADE MENTAL. POR MAIORIA. HABEAS CORPUS CONCEDIDO, EM PARTE. POR MAIORIA. (TJ-RS - APR: 70081149809 RS, Relator: José Conrado Kurtz de Souza, Data

Desta forma, o caso traz a concessão da instauração de um inquérito de insanidade mental, mesmo com um laudo médico especializado de forma errónea pela magistrada. Da mesma forma, a manipulação indevida foi examinada do ponto de vista da prescrição da lei de defesa e foi estabelecido o caso com a nulidade declarada com base na decisão que confirmou a cessação do laudo de avaliação psiquiátrica, com a necessidade de instauração de um novo processo de insanidade mental, portanto a avaliação do magistrado deverá ser analisada de forma minuciosa, para que não existam falhas quando, realmente, o condenado tiver alguma doença mental.

Quando houver dúvidas sobre a pureza mental do arguido, o juiz ordena, implícita ou a pedido do advogado, do defensor, do tutor, do filho, do irmão ou da esposa do arguido, que seja submetido a exame forense.

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

§ 1º O exame poderá ser ordenado ainda na fase do inquérito, mediante representação da autoridade policial ao juiz competente.

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

De fato, existem muitas formas no sistema penitenciário para determinar se um preso é doente mental, como a Constituição Federal, sempre há violações e contradições das garantias legais dadas na sentença, devendo ser respeitado os direitos humanos para a garantia e a reintegração adequada, devendo apenas, em casos extraordinários, ocorrer a aplicação de medidas mais severas, como a medida de segurança em hospitais.

### 3.1.3 PROCESSO DE REINTEGRAÇÃO

Um exemplo de como manter um paciente criminoso ou mental em tratamento é avaliar seu risco. Ainda que o prejuízo não tenha cessado, de acordo com o artigo 97 do Código Penal, não se pode ter a desinternação ou conclusão do tratamento sem a avaliação do grau de periculosidade.

A pena varia de 1 a 3 anos e está prevista no artigo 97.º § 1º, do Código Penal, mas não determina o prazo máximo da medida aplicada, desta forma, havendo casos de prisão perpétua no passado. Entretanto, neste momento, como a Constituição

Federal extinguiu as penas perpetuas, conforme artigo 5º XLVII “b” da Constituição Federal, a pena não poderá ser superior a 30 anos, artigo 75 do Código Penal, com isso, apenas as jurisprudências estabelecem que as penas não poderão ser superiores ao tempo que estabelece o código penal, conforme o crime. Assim, deixando de forma superficial a aplicação da lei por diversos casos, quando o doente mental se encontrar na fase de ressocialização poderá encontrar grandes dificuldades para enfrentar a realidade devido ao fato de ter passado muitos anos em medida de segurança.

O tratamento excessivo, ou injusto, aos detentos ou internos, pode levar a sentimentos ou desejo de vingança, como observou Foucault (2000), que sugere a manutenção de oportunidades em relação ao poder, desta forma, não educando ou tratando e sim punindo, fazendo com que o indivíduo entre em um ciclo vicioso ao qual repete os crimes, por entender que a medida de segurança se tornou seu novo típico.

É observado um padrão repetitivo em que termina, vagamente, como a influencia das prisões são negativas aos doentes mentais, uma vez que, liberados do tratamento ou durante a prisão ou internação, onde comportamentos aprendidos ou reforçados durante o período prisional tendem a se repetir (DAMAS 2011).

O processo de reabilitação é difícil, pois envolve diferentes conhecimentos e habilidades para eliminar os perigos de uma situação como "porta giratória", ou seja, repetição dos crimes. Portanto, o afastamento do hospital/prisão é uma forma de garantir que não se reprise os fatos, por entender que o doente mental não tem a capacidade de diferenciar sua conduta (NUCCI 2017).

Sem dúvida, esse processo é muito difícil para o doente mental ao se ressocializar, tendo grande importância e o apoio de gestores sociais e da sociedade que contam com a participação dessas pessoas para conseguirem uma espécie de sucesso na reintegração (DAMAS 2011).

Um dos principais problemas enfrentados é que a maioria dos detentos sentem-se carentes em algum momento de suas vidas dentro desses hospitais, ou prisões, devido à falta de recursos e à falta de políticas e programas governamentais. Portanto, não há como ressocializar se não houver socialização entre ambos os lados. Mas, na maioria dos casos há uma linha condutora, que pode ser definida para explorar o caminho da ressocialização. Entretanto, há uma falta de regulamentação governamental e conformidade pública (NUCCI 2017)

Deste modo, para DAMAS (2011), a internação em hospitais deveria ser aplicada apenas em ultimas circunstancias, ou seja, quando não existir mais nenhum recurso, nesse aspecto, para Taborda & Bins, há uma falha na política pública de tratamento à saúde mental da população brasileira, um descaso do Estado, sendo os presos que precisam de tratamento apenas um reflexo.

Por fim, cabe destacar que os presos brasileiros não estão incluídos no Sistema

Único de Saúde (SUS), uma vez que, hospitais e serviços médicos não são financiados por este, o que é sustentado por pequenas verbas destinadas ao judiciário, desta forma, tendo diversos doentes mentais em unidades inadequadas, gerando conflitos e revolta entre presos e funcionários.

Segundo o STJ Habeas Corpus: HC 113016 MS 2008/0174630-2:

“A medida de segurança deve atender a dois interesses: a segurança social e principalmente ao interesse do da obtenção da cura daquele a quem é imposta, ou a possibilidade de um tratamento que minimize os efeitos da doença mental, não implicando necessariamente em internação. Não se tratando de delito grave, mas necessitando o paciente de tratamento que o possibilite viver socialmente, sem oferecer risco para a sociedade e a si próprio, a melhor medida de segurança é o tratamento ambulatorial, em meio livre”

Tendo por objetivo a cura e tratamento do condenado com transtorno, conforme entendimento do STJ, trazendo a importância de não ocorra de forma frequente a internação e, sim, um tratamento adequado e específico para o melhor interesse do condenado, trazendo deste modo, uma reintegração adequada, sendo mais segura e melhor aplicada para o doente mental e não apenas uma punição inconstitucional.

Conforme Hirdes (2001), a reintegração social é um processo árduo, vinculando a uma relação com o Estado e a sociedade. Com isso, a Reforma Psiquiátrica demonstrou que os hospitais psiquiátricos não cumprem seu papel, apontando que o fechamento é a medida mais adequada para uma reintegração, sendo um incentivo de grande conquista à reintegração do indivíduo à família e ao meio social (GONÇALVES; SENA, 2001, p. 51).

Complexo Médico-Penal (CMP) é uma espécie de cadeia a qual tem por objetivo tratar condenados com transtorno mental no Paraná existe localizado em Pinhais, na região Metropolitana de Curitiba e em Piraquara Paraná. O objetivo do projeto é analisar casos de pessoas com doença mental e manter essas pessoas em tratamento digno. Sendo uma forma mais humanizada de tratar esses condenados, o complexo tem a implantação de religião, formação acadêmica, tratamento médico, odontológico, consta com projetos relacionado juntamente com as famílias dos condenados para que não exista um abandono, conta com hospital penitenciário em anexo a Complexo médico Penal, onde atendem homens e mulheres que cumprem medida de segurança, ainda existe diversos problemas em relação a estrutura desses locais para aplicação de Cumprimento de pena. Considerando que é uma forma de tratar adequadamente e punir os condenados com transtornos mentais, o investimento por parte do governo destinado a esses Hospitais e galerias Penais, é de grande importância para a sociedade e para o condenado ter uma ressocialização, devendo assim existir um acompanhamento após a saída dessas alas.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Entendemos que os estudos das doenças mentais teve seu início após a repercussão da doença da lepra, uma doença incurável, onde os leprosos eram considerados amaldiçoados, sendo abandonados em asilos para morrer e que com o controle da doença, os hospitais abandonados passaram a ser utilizados pelos insanos que eram os novos abandonados pela sociedade, distinguindo diversos tipos de doenças mentais, onde eram torturados até a morte, pois eram considerados abandonados pelos deuses e por este motivo, os doentes mentais eram tratados como seres desprezíveis. Porém, com o passar dos anos e uma evolução nos estudos ocorreram várias mudanças nas diretrizes da saúde mental e formas de tratamentos especializadas a cada tipo de doença, algumas incuráveis e, com isso, a grande importância da psicologia para os indivíduos. Vale ressaltar, que o entendimento que os tratamentos utilizados pela antiguidade tinham acabavam por ferir os direitos humanos

Na reintegração, a relação com a família do paciente tem um papel muito importante, o de cuidar, e as mudanças conforme entende que o indivíduo necessita de tratamento e cuidado, com a ausência de orientação familiar, podem gerar conflitos e desentendimentos entre o paciente e a família, porém a segurança que o condenado possui quando está em seu ciclo familiar e social traz uma reintegração adequada e segura aos envolvidos. Entendemos os desafios dos profissionais da área, sendo necessário compreender a demanda de instrumentos que têm como suporte a família do doente mental, que necessita estar em contato com realidades de cada doente que dependem de sua atenção, cuidado e cooperação e à integração, considerando as expectativas dos familiares em relação com as expectativas dos profissionais de saúde. Ainda, por mais que o convívio com o portador de transtorno mental, imposto aos seus familiares, seja difícil, este deve existir.

Ainda, destaca a importância da reforma psiquiátrica, principalmente para o processo de reinserção das pessoas com transtornos mentais, pois ainda são estigmatizadas pela sociedade. Muitos são os fatores que dificultam a implantação de tratamentos psicológicos e, dependendo das unidades hospitalares vizinhas, colidem-se com as estruturas político-sociais, sociais e econômicas.

Diante desse cenário, o contexto histórico do Código Penal, traz a importância do desenvolvimento da lei com os condenados com transtorno mentais, pois anteriormente não havia uma organização específica para abrigá-los, então não teria outra opção a não ser encaminhá-los para Santas Casas de Misericórdia, de onde nunca mais saíam, pois funcionavam como prisões perpetuas, local este que seria dividido com outros portadores de doenças mentais e contagiosas, tendo como único objetivo a retirada do

meio social e não a ressocializar ou o tratar.

Desta forma, a lei estabelece formas de aplicação da imputabilidade aos doentes mentais, a importância de um tratamento adequados e o fechamento dos manicômios. Ainda que o sistema processual brasileiro tenha evoluído no que tange ao tratamento de presos com problemas psiquiátricos, por meio da Lei de Execução Penal, do próprio Código Penal e da Lei nº10.216/2001, a verdade é que se trata de uma mera evolução formal da legislação, sem a consequente materialização dos direitos e garantias individuais inerentes à condição de presos com problemas psiquiátricos.

Fazendo com que a reintegração social não se torne um processo árduo, a Reforma Psiquiátrica demonstrou que os hospitais psiquiátricos devem ter seu o fechamento decretado em definitivo e investimentos em uma medida mais adequada para uma reintegração, fazendo um resgate da cidadania e sendo um incentivo de grande conquista à reintegração deve ocorrer, sendo difícil na prática, pois a internação em hospitais sempre foi uma ação bastante recorrente e, deste modo, demonstrando que há falhas tanto no Executivo, quando no Judiciário, com relação aos referidos direitos e garantias do cidadão.

Desta forma, a legislação não traz a melhor forma de ressocializar, deixando vago a aplicabilidade da pena em casos de fechamento dos hospitais psiquiátricos, demonstrando que deve haver um maior investimento em pesquisa científica sobre o tema e como os países mais desenvolvidos e humanizados aplicam, para essas pessoas, uma punição, para servir como norte do instituto brasileiro.

Com investimentos e mais tratamentos adequados no Complexo Médico Penal, é uma forma de tratar e no mesmo modelo punir, não deixando de observar as instalações e a forma de tratamentos de cada doente mental condenado, cuidando para que cada tipo de doença exista uma forma de ressocialização conforme seu tratamento, investindo na continuidade após a saída do condenado do sistema prisional.

Por fim, fica claro deixar que essas pessoas não sejam punidas sem o princípio da equidade, afinal, dever ser punidos pelo crime cometido, porém só a punição não fará com que cumpram a pena e estejam aptos para voltar ao convívio social, não sendo negligenciadas e discriminadas por sua doença, tendo em vista que a ressocialização deve fazer um resgate da cidadania e não punir o indivíduo.

## REFERÊNCIAS

ALBERGARIA, Jason, **Manual de direito Penitenciário**, 1° ed. 1993.

ARIÈS, P. **História social da infância e da família**. Tradução: D. Flaksman. Rio de Janeiro: LCT, 2008.

BALLONE. G.j.o **que são Transtornos Mentais**. 2008.

BELLEI, Marisol. **Transtornos mentais e o Serviço Social a cidadania como processo da conquista dos direitos fundamentais**. Florianópolis : Trabalho de conclusão de curso de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina, 1998.

BEZERRA JR. **O caso da interioridade**. In: PLASTINO, C.A.(Org.)

BITENCOURT, C.. **Falência da Pena de Prisão**. Causas e alternativas. São Paulo: Saraiva, 2011.

BOCH, J. Marcos. **O futuro da família: tendências e perspectivas**. 22 ed. Petrópolis: Vozes, 2013.

Brasil. **Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde**. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : Brasília, 07 a 10 de novembro de 2005 OPAS. Brasília, novembro de 2005.

CANON, **Valdemar Augusto Angeroni** (Org). Crise, Trabalho e Saúde Mental no Brasil. São Paulo : Traço Editora, 1992.

CARRARA. **Sérgio.Crime e loucura**, São Paulo: Ed USP 1988.

CÉZAR, M. de A.; COELHO, M. P. **As experiências de reforma psiquiátrica e a consolidação** Código penal de 1940 disponível em  
<[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/del2848.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848.htm)> acesso em 15 de abril de 2023

COLVERO, Luciana de Almeida; IDE. Cilene A, C.ROLIM. Marli. Alves. **Família e doença Mental**: a difícil convivência com a diferença. Rev. Esc. Enfermagem, v.38, n.2, p.197-205, 2014.

Conselho Regional de **Psicologia do Paraná**, Ano 18 • Edição 106 • Julho/Agosto2016,disponiveem:<<https://crppr.org.br/wpcontent/uploads/2018/05/106.pdf>>acesso em 24 de abril de 2023 Ano 18 • Edição 106 • Julho/Agosto 2016 • Conselho Regional de Psicologia do Paraná.

CORRÊA, Josel Machado.**O doente mental e o direito**. São Paulo. Iglu, 1999.

COSER, O. Depressão: **clínica, crítica e ética**. Rio de Janeiro: Editora

COSTA, A. et al. **Desafios da Atenção Psicossocial na Rede de Cuidados do Sistema Único de Saúde do Brasil**. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, Porto, n. 7, p. 46-53, jun. 2012. Disponível em: . Acesso em 10 maio. 2023.

DAMAS, Fernando Balvedi. **Saúde Mental no Sistema Prisional: As prisões catarinenses perspectiva da Saúde Coletiva**. USCS/SC, 2011.

DICIONÁRIO PRIBERAM ON LINE. **Definição do termo família**. Disponível em: Acesso em: 20 fev. 2023. Disponível <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/lim/lim-16-12-1830.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lim/lim-16-12-1830.htm)> acesso em 24 de abril de 2023. do movimento brasileiro: uma revisão de literatura. Mental, 11/20. Barbacena/MG, pp. 134-

FILHO, Manoel Suliano . **Ocupoterapia nasaúdemental** . Fortaleza : Ceará, 1982.

FOUCAULT, Michel. **Doença Mental e Psicologia**. Rio de Janeiro: Tempo brasileiro, 1975.

\_\_\_\_\_, Michel. **História da Loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1972.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. 3. ed. São Paulo : Perspectiva, 1988.

GONÇALVES, A. M.; SENA, R. R. **A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família**. Revista Latino Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 9, n.2, p. 48 - 55, mar./abr. 2001

HABERMAS, Jurgen. **Três modelos normativos de democracia**. Revista de Cultura e Política, Lua Nova, n.36, 1995.

HIRDES, A. Reabilitação psicossocial: **dimensões teórico** - práticas do processo. Erechim: Edifapes, 20

HOLMES, David S. **Psicologia dos transtornos mentais**, 2. Ed.Porto Alegre: Artes Medicas 1997.

Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental Disponível :<<http://www.portcom.intercom.org.br/pdfs/112099478774968348443858201095935290455.pdf>> acesso em 10 de març.2023

LOYELLO, W. **Para uma psiquiatria da libertação** . Rio de Janeiro : Achimé, 1983. Manual do misterio da saude MANUAL DE LEPROLOGIA Rio de Janeiro – BRASIL 1960. SERVIÇO NACIONAL DE LEPROLOGIA – BRASIL, “REVISTA DOS TRIBUNAIS” S. A., À RUA CONDE DE SARZEDAS, 38, SÃO PAULO, EM 1960.

MELMAN, Jonas. **Família e doença mental** – repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares. São Paulo: Escrituras, 2012.

MILLON, Mônica Márcia Becker. **Águas subterrâneas e política de recursos hídricos estudo de caso**: Campeche Florianópolis - SC. 2014. 101 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Engenharia de Produção, Centro Tecnológico, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.



MIRABETE, Júlio Fabbrini. Execução Penal. Comentários à Lei N° 7.210, de 11/7/84. 10 ed. São Paulo. Atlas, 2002. 816 P.

MORENO, Vânia; ALENCASTRE, Vânia Bucchi. **A trajetória da família do portador de sofrimento psíquico**. Escola de Enfermagem – USP, 2013, p.43-50.

NUCCI, Guilherme de Sousa. **Manual de Direito Penal. 9. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2013.**

\_\_\_\_\_, Guilherme de Souza. **Leis Penais e Processuais Penais Comentadas**. Vol. 2, Forense, 10ª. edição, 2017, SP, pág.413.

GALTON, Francis: **O desenvolvimento das ideias de herança de Francis Galton: 1865-1897** disponível em <<https://www.abfhib.org/FHB/FHB-06-1/FHB-6-1-01-Andreza-Polizello.pdf>> acesso em 01 de maio de 2023

OTTOBONI, Mário. **Ninguém é irrecuperável: APAC: a revolução do sistema penitenciário**. São Paulo: Cidade Nova, 1997.

PADRÃO, M.L. **O estatuto do doente mental**. Revista Saúde em Debate, n.37, 1992.

PELBART, Peter Pál. **Da clausura do fora ao fora da clausura: loucura e desrazão**. São Paulo: Brasiliense. 1989

PEREIRA, M.A.O. **Transtorno mental: dificuldades enfrentadas pela família**. Revista da Escola de Enfermagem – USP. São Paulo, v. 37, n. 4, p. 92-100, 2013.

PERES, Maria Fernanda Tourinho; NERY FILHO, Antônio. **A doença mental no direito penal brasileiro: inimputabilidade, irresponsabilidade, periculosidade e medida de segurança**. História, **Ciências, Saúde. Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 9(2), p. 335-55, maio-ago, 2002.

PITTA, A.M.F.; DALLARI, S.G. **A cidadania dos doentes mentais no sistema de saúde no Brasil**. Revista Saúde em Debate, n.36, p.19-23, out 1992.

\_\_\_\_\_, Ana. **Reabilitação psicossocial no Brasil**. Sao Paulo : Hucitec, 1996. Psic. Cleia Oliveira Cunha disponível em:<<https://crppr.org.br/wp-content/uploads/2018/05/106.pdf>>

Reis, Luciene Maria dos. Reis, Herika Natalya Mendonça dos. Durães, Karine Alkmim. **Esquizofrenia: impacto na qualidade de vida de pacientes esquizofrênicos atendido no CAPS e a percepção de familiares**, Belém do Pará, 2021.

ROSA, L. C. **Transtorno mental e o cuidado na família**. São Paulo: Cortez, 2008.

TABORDA, José Geraldo; BINS, Helena **Dias de Castro**. Op.cit., pág. 49.

TEIXEIRA, Ana Carolina Brochado; RIBEIRO, Gustavo Pereira Leite. **Manual de direito das famílias e das sucessões**. 2 ed. Belo Horizonte: Del Rey. 2010. Transgressões. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2002.

VALENTE, pablo. A História da Saúde Mental: **Do antigo ao contemporâneo**, disponível em <https://blog.cenatcursos.com.br/a-historia-da-saude-mental-do-antigo-ao-contemporaneo/> acesso em 27 mar. 2023.

ZIMERMAN, D. E.; OSÓRIO, L. C. **Como trabalhamos com grupos**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.