

MANICÔMIOS JUDICIÁRIOS

Cláudia Valéria Abdala Lamoglia¹

Colaboradores
Camila Rodrigues²
Izabela Oliveira³
Marcelle Sant'Ana⁴
Natássia Guelpeli⁵

Resumo

A presente pesquisa bibliográfica pretende por meio de uma abordagem histórica e crítica, verificar, desde a fundação dos Manicômios Judiciários em território brasileiro, como, enfim, chegamos à atual prática judiciária de internamento dos inimputáveis nos Hospitais de Custódia e Tratamento, através da Medida de Segurança, considerando a mudança dos paradigmas sociais no que se refere aos doentes mentais que cometem crime.

Palavras-chave: Manicômio Judiciário. HCTPs. Criminologia. Lombroso. Medida de Segurança.

JUDICIAL ASYLUM

Abstract

The present bibliographic and telematized research intends, through a historical and critical approach, to verify, since the foundation of the Judicial Asylums in Brazilian territory, how, finally, we arrived at the current judicial practice of internment of the unimputable in the Custody and Treatment Hospitals, through Security measure, considering the change in social paradigms with regard to the mentally ill who commit crime.

Keywords: Judicial Asylum. HCTPs. Criminology. Lombroso. Security Measure.

¹Doutora em Saúde da Criança e da Mulher pela Fundação Oswaldo Cruz.

²Graduado em Direito pelo UGB/FERP.

³Graduado em Direito pelo UGB/FERP.

⁴Graduado em Direito pelo UGB/FERP.

⁵Graduado em Direito pelo UGB/FERP.

Introdução

A loucura e o crime não foram conceitos interligados desde sempre, no entanto, após séculos de história e de estudos, hoje lidamos com essa integração de forma normalizada, jurídica e socialmente, como poderemos ver ao longo desta pesquisa. Com o objetivo de verificar se a Reforma Psiquiátrica e a mudança dos paradigmas sociais no que se refere aos doentes mentais que cometem crime, tem de fato surtido efeito no tratamento que eles recebem nos antigos Manicômios Judiciários, atuais Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, a presente pesquisa passa, desde os momentos históricos de maior relevância, pelos casos e teorias acerca do louco infrator, até chegar à atual prática jurídica de internamento dos inimputáveis.

Os fundamentos do manicômio judiciário

A história dos manicômios judiciários começa na história da loucura, e esta, nos lugares de exclusão, para onde os seres humanos cuja presença amedrontava a sociedade eram enviados na Europa da Idade Média.

Inicialmente, os excluídos eram os leprosos, cuja deformidade do corpo aterrorizava os homens. A segregação destas pessoas era tamanha, que ao fim do período medieval, a lepra tinha desaparecido, deixando o cenário do isolamento vazio e aberto a outros atores, os loucos.

A loucura, vista como uma deformidade do espírito, antes tinha como destino a *Stultifera Navis*, mais conhecida como a “Nau dos Loucos”, navios onde os doentes mentais eram embarcados para uma viagem sem volta e, posteriormente, no início do século XVIII, ocupou este horrendo cenário deixado pelos leprosos, nas Casas de Internamento, nos limites entre as cidades europeias e o inabitado. Neste sentido, Michel Foucault, em a História da Loucura na Idade Clássica, relata:

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

lazarento, e veremos que salvação se espera dessa exclusão, para eles e para aqueles que os excluem. (FOCAULT, 1978, p.07-0)

A justificativa para a exclusão dos que não se enquadravam nos padrões sociais de normalidade sempre foi a mesma, a segurança da sociedade. Deste modo, os loucos eram enclausurados juntos com as demais pessoas que ameaçavam a lei e a ordem social, como os portadores de doenças venéreas, criminosos, prostitutas e os mendigos. No final do século XVIII, com os princípios da Revolução Francesa e a Declaração dos Direitos do Homem nos Estados Unidos, desencadearam-se as denúncias contra as internações arbitrárias dos doentes mentais e seu confinamento junto com as demais pessoas socialmente marginalizadas.

Assim, com o escopo de se tratar exclusivamente a loucura, surgiram os manicômios (palavra derivada do grego: *manía* que significa loucura e *komêin* que quer dizer curar), como local com vistas a uma cura, através do ocultamento e exclusão, de acordo com a ordem fundada pelo médico francês Philippe Pinel, a qual representa o marco inaugural da chamada Medicina Mental ou Psiquiatria. Neste momento, o internamento adquire credibilidade médica e toma forma institucional, isolando aquilo que a loucura representava: perigo social e doença mental.

O hospital pineliano era caracterizado pela exclusão e pelos maus-tratos das pessoas ali internadas, confirmando a ideia de que essa nova instituição estava longe de visar um tratamento das pessoas com transtornos mentais. Conforme afirma Amarante, "as práticas psiquiátricas pretendiam muito mais intervir/assistir ao paciente, feito objeto, do que interagir com a existência-sofrimento que se apresentava" (AMARANTE, 1998, p.46).

No Brasil, os primeiros relatos acerca da loucura, datam por volta de 1820, quando aos loucos era permitida a circulação pela cidade. Eles podiam ser encontrados pelas ruas, casas de correções, asilos de mendigos, ou ainda nos porões das Santas Casas de Misericórdia. No entanto, era raro encontrar algum louco submetido a tratamento específico.

Em 1830, uma comissão da recém-criada Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro realizou um diagnóstico da situação da loucura na cidade, chegando à conclusão de que uma nova ordem social deveria se fazer valer: a segregação dos alienados aos hospícios. Sobre essa nova relação entre a sociedade brasileira da época e os loucos, contribuiu a promulgação, em 1830, do chamado "Codigo

Criminal Do Imperio Do Brazil”.

Essa transformação veio a se consolidar somente em 1852, com a inauguração do Hospício Dom Pedro II, na cidade do Rio de Janeiro, mais tarde denominado Hospício Nacional de Alienados. Assim, de forma gradativa, este modelo assistencial se desenvolveu e se ampliou como o espaço legitimado para a loucura, consolidando e reproduzindo no solo brasileiro o hospital psiquiátrico europeu. No Código Penal de 1890, tal ideia de defesa da sociedade, por meio da exclusão dos alienados, bem como a questão da inimputabilidade criminal destes agentes, foi reforçada com a redação dos artigos 27 e 29 que diziam que os indivíduos mentalmente afetados eram penalmente irresponsáveis e deviam ser entregues a suas famílias ou internados nos hospícios públicos se assim exigisse a segurança dos cidadãos, sendo o arbítrio para decidir, em cada caso, uma atribuição do juiz.

Todos os estabelecimentos criados no país até o final do século XIX, com a finalidade de internar os doentes mentais, ofereciam um tratamento mais para "afastá-los da sociedade do que realmente tratá-los e minorar seu sofrimento" (RIBEIRO, 1999, p.20). Fato era a existência de maus-tratos, espancamentos, falta de higiene e fome resultante de má ou ausência de alimentação.

Cabe salientar, ainda, que no final do século XIX no Brasil, ainda não existia uma lei específica de proteção às pessoas com transtorno mental. Assim, conforme afirma Corrêa, elas eram excluídas "sem nenhum preceito legal que disciplinasse o referido ato de sequestro [...] dentro dos princípios de direito e justiça" (CORRÊA, 1999, p.94).

A origem do manicômio judiciário no Brasil

A origem histórica do manicômio judiciário remonta ao manicômio de Bedlem, na Inglaterra do século XVIII. E foi justamente a Inglaterra o primeiro país a disciplinar com uma lei tal matéria, especificando minuciosamente as categorias de sujeitos que deveriam ser destinatários dos procedimentos de internação neste tipo de instituição. Outros países da Europa passaram a adotar providências no mesmo sentido, e foi analisando os pressupostos do manicômio criminal na Itália, que na segunda metade do século XIX, duas Escolas travaram um grande debate acerca dos conceitos de crime e de pena.

De um lado, a Escola Clássica, cujo expoente mais célebre foi Francesco Carrara, discutia a teoria geral do crime atribuindo à pena a finalidade retributiva, que seria aplicada de acordo com a gravidade do delito. A Escola Positiva, por sua vez,

baseada nos estudos do criminalista e médico psiquiatra Cesare Lombroso, apresentava, pela primeira vez, o problema da responsabilidade do sujeito que comete crime. Os seus objetivos principais eram o estudo da personalidade do réu, considerado nas suas anomalias biológicas e psíquicas, e a criação de uma política criminal dirigida à defesa social.

Os frutos dos procedimentos de antropometria e cranioscopia desenvolvidos por Lombroso conduziam à conclusão de que alguns criminosos podiam ser considerados uma variação do gênero humano, degenerada, indicando a existência de um *Homo Criminalis*, ou seja, de um “criminoso nato”. Em finais do século XIX, essas teorias em torno da loucura e do crime passam a ser utilizadas nos tribunais para classificar certos criminosos, colocando sérios problemas ao andamento de processos e julgamentos. Um exemplo do tipo de confusão criada por essas teorias na prática judicial concreta é o caso analisado por Sérgio Carrara em seus estudos, envolvendo o assassinato, em 1896, do Comendador Belarmino de Melo, vítima do jovem Custódio Alves Serrão, diagnosticado como monomaníaco, atingido pela monomania das perseguições, e internado no Hospício Nacional.

Depois de fugir, Custódio foi submetido a segunda avaliação e foi diagnosticado como degenerado, ou seja, que embora não fosse responsável por suas ações, não era propriamente um doente e sim o portador de um defeito constitucional que o predispunha ao crime. Frente a isso, Teixeira Brandão recusou a assinar sua internação, dizendo que para tais casos o ideal seria um manicômio-criminal. Casos mais ou menos escandalosos surgiram e motivaram psiquiatras e magistrados a lutar em prol da construção de um asilo criminal, que começa a ser considerado, amplamente, a única saída possível para o impasse.

Em 1903, sob influência de Teixeira Brandão e de Juliano Moreira, seu sucessor na direção do Hospício Nacional, surge na legislação o Decreto nº 1132 de 22/12/ 1903, onde ficou estabelecida a obrigatoriedade de construção de manicômios judiciários em todos os Estados brasileiros ou, enquanto não fosse possível, a disponibilização de espaços nos hospícios públicos, exclusivos ao recolhimento dos loucos criminosos. Surgiu assim, no Hospício Nacional, a Seção Lombroso, especialmente destinada para a internação desses agentes.

No entanto, foi somente após dois outros notórios acontecimentos que envolveram intensamente o poder público e a imprensa, que o manicômio judiciário se tornou uma realidade em nosso país: o assassinato, em 1919, da esposa de um Senador da República, por um “criminoso nato”; e uma intensa rebelião, em 1920, na Seção Lombroso do Hospital Nacional.

Os fatos ocorridos mobilizaram toda a imprensa que se dedicou à luta pela concretização da lei e criação de um manicômio judiciário, temerosa de que os criminosos ficassem impunes, enfatizando o caráter repressivo e esquecendo-se do caráter terapêutico e humanitário que os médicos defendiam para tais estabelecimentos. O resultado foi a inauguração do primeiro asilo criminal brasileiro em 30 de maio de 1921.

O manicômio judiciário e a nova legislação penal

Nesse contexto do encontro entre a loucura e o crime, ainda não existia uma legislação específica que tratasse da questão do louco de forma protetiva, ao passo que as doutrinas em torno da degeneração e do criminoso nato ganhavam adeptos, o que contribuiu para que a prática de exclusão asilar daqueles que representavam perigo à sociedade se acentuasse.

Assim, em 1923, no Rio de Janeiro, foi fundada a Liga Brasileira de Higiene Mental, composta pelos psiquiatras mais renomados da época, com ideias eugenistas, baseados nas concepções de Lombroso, que acreditava ter encontrado evidências de degeneração ao estudar os corpos de criminosos.

O novo Código Penal, de 1940, que reforçava a prática de segregação ao positivar a internação com fundamento na periculosidade do louco infrator e no controle social, traz um novo conceito, a “Medida de Segurança”. A reforma penal de 1984 instituiu algumas mudanças: modificou a denominação dos Manicômios Judiciários para Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico e passou a considerar que o agente somente seria considerado inimputável, se o fator patológico eliminar inteiramente a sua capacidade de entendimento ou de autodeterminar-se em relação à sua conduta criminosa, sendo necessária a efetiva existência de um nexo de causalidade entre o estado mental e o crime praticado. Para determinação da sanidade mental do acusado, o Direito Penal utiliza os critérios e métodos da psiquiatria tradicional, confirmando ou não a sua imputabilidade, que é o primeiro pressuposto do juízo de reprovação.

Na reforma penal, as Medidas de Segurança, que visavam garantir a proteção tanto do indivíduo com transtorno mental, quanto da sociedade, são alteradas no artigo 96 e passam a significar tratamento psiquiátrico obrigatório para essas pessoas através da internação ou do tratamento ambulatorial.

No entanto, a Medida de Segurança mantém seu caráter anterior, o tempo é indeterminado e seu fundamento está na avaliação da periculosidade, pelo que afirma Peres, "os limites continuam elásticos, a lógica mantém-se: o doente mental delinquente é englobado por uma estratégia que se centra na periculosidade - futuro, risco, probabilidade -, à qual cabe uma sanção indeterminada" (PERES, 2002, p.353). Segundo Foucault: "A noção de periculosidade significa que o indivíduo deve ser considerado pela sociedade ao nível de suas virtualidades e não ao nível de seus atos" (FOUCAULT, 2003, p.85).

Vale salientar que o referido Código Penal adotou o sistema enumerativo, segundo o qual a periculosidade não é reconhecida de forma geral, sendo característica apenas de certos grupos de delinquentes, dentre os quais se encontram as pessoas com transtornos mentais.

Ademais, os estabelecimentos a que se referem a nossa legislação criminal, destinados ao cumprimento da Medida de Segurança, são considerados hospitalares, porém, não integram o Sistema Único de Saúde, mas o Sistema Penitenciário. Desse modo, não são regidas pelos princípios previstos nas leis que regulamentam o SUS, mas pelos princípios da Lei de Execução Penal, representando, sem dúvidas, um dos problemas de base do HCTP.

Conforme consta em Resolução do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária do Ministério da Justiça, os HCTPs são "estabelecimentos penais destinados a abrigar pessoas submetidas à Medida de Segurança" (BRASIL, 2005, p. 10-11).

Percebe-se então, que o lugar denominado HCTP, é o lugar reservado àqueles que são submetidos a uma sanção penal, os usuários do sistema penitenciário brasileiro, confirmando a ideia de que a Medida de Segurança se identifica mais com a pena do que com um instrumento terapêutico.

Finalmente, quando se elege uma instituição com características asilares, como é o HCTP, para o tratamento das pessoas com transtornos mentais infratoras, mantendo-as isoladas e institucionalizadas, verifica-se dificuldades na individualização da Medida de Segurança, o que inviabiliza a possibilidade de conjugar responsabilização com tratamento e a reabilitação daquelas pessoas. O manicômio judiciário se caracterizava, portanto, como o lugar social específico para o encontro entre crime e loucura, sendo esta instituição, desde a sua origem, uma estrutura ambígua e contraditória, revelando a dupla exclusão que sofrem as pessoas com transtorno mental autoras de delito.

Nas palavras de Sérgio Carrara: "os manicômios judiciários são instituições complexas, que conseguem articular, de um lado, duas das realidades mais

deprimentes das sociedades modernas - o asilo de alienados e a prisão - e, de outro, dois dos fantasmas mais trágicos que “perseguem” a todos: o criminoso e o louco” (CARRARA, 2010, p.17).

É, sem dúvida, importante perceber o contexto histórico em que essa instituição foi pensada e defendida e, deste modo, compreendermos a estrutura ambígua dos manicômios judiciais como a “solução final” de um conflito social e as consequências que tal estrutura acarreta para os internos considerando que os fundamentos de sua origem estão ultrapassados.

A reforma psiquiátrica

A reforma psiquiátrica no Brasil foi um movimento histórico, inscrito no contexto de redemocratização do país, que visou a desconstrução de antigas formas de saberes, valores e relações no pensamento da doença mental e, ao mesmo tempo, a construção de uma nova forma de se conceber o tratamento da pessoa com tal transtorno, considerando-a também membro da sociedade com direitos próprios, merecedora de respeito à sua dignidade e cidadania.

Em 1990, o Brasil tornou-se signatário da Declaração de Caracas, documento que marcou as reformas na atenção à saúde mental nas Américas e propôs a reestruturação da assistência psiquiátrica. Em 2001, foi aprovada a Lei Federal nº 10.216, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, o louco infrator, e os redireciona ao modelo assistencial em saúde mental.

O Ministério da Saúde, desde então, vem apoiando experiências interinstitucionais que buscam tratar o louco infrator fora do manicômio judicial, na rede do SUS extra-hospitalar de atenção à saúde mental, especialmente nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Supera-se, nestas experiências, a cessação de periculosidade como critério para a desinstitucionalização dos pacientes.

A referida lei vem oferecer um tratamento digno aos internos, com direito a assistência técnica, humanizando o atendimento à saúde mental e transferindo o foco do tratamento para serviços comunitários e abertos.

A Lei da Reforma Psiquiátrica ou Lei Antimanicomial, como é conhecida, alcança a internação compulsória determinada pela Justiça Criminal como Medida de

Segurança. Agora, deve o juiz preferir o tratamento ambulatorial, somente optando pela internação quando todos os recursos ambulatoriais oferecidos se mostrarem insuficientes, caso em que será precedida de "laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos" (LEI Nº 10.216, ART 6º).

A forma como a sociedade vê as pessoas com transtornos mentais e o louco infrator é um fator de exclusão, assim, a reforma psiquiátrica foi a tentativa de dar ao problema da loucura outra resposta social, não asilar, evitando a internação como destino e reduzi-la a um recurso eventualmente necessário, agenciando o problema social da loucura de modo a permitir que o louco se mantenha na sociedade.

O hospital de custódia e tratamento psiquiátrico

Os HCTPs abrigam competências jurídicas e de saúde pública, por isso, para em nossas mentes a pergunta: hospital ou prisão?

O questionamento se origina na necessidade de se provocar uma discussão sobre qual é o real papel e os lugares e limites que o HCTP assume, hoje, dentro da dialética da Medida de Segurança.

Erving Goffman denominou de *instituição total* todo e qualquer lugar que comporta um grande número de indivíduos em situação semelhante e que se encontram separados do meio social, por um período de tempo determinado ou indeterminado, onde passam a viver de forma reclusa, realizando suas atividades num mesmo local, em grupo e com horários fixos, através do controle rígido e sistematizado dos agentes reguladores.

Dessas *instituições totais*, que são divididas em cinco categorias, percebemos características de duas delas nos HCTPs: as criadas para cuidar de pessoas apontadas como incapazes de cuidados consigo mesmas e, também, consideradas uma ameaça à sociedade (encontram-se aqui os hospitais psiquiátricos), e as criadas para proteger a sociedade das pessoas intencionalmente perigosas (as prisões).

Michel Foucault vai além em sua compreensão desses espaços institucionais e seus efeitos sociais, considerando-os como "aparelho de normalização dos homens" (FOUCAULT, 1996, p.114), retirando sua singularidade, quando despem os indivíduos e os tornam parte do todo. A essas instituições Foucault chama de *instituições de sequestro*.

O controle e os mecanismos de punição mudam, agora, médicos, guardas, educadores, assistentes e psicólogos surgem ao redor das instituições judiciárias. A nova forma de vigilância, controle e poder, viabilizam mecanismos de observação do comportamento dos indivíduos, podendo chegar até a modificar suas condutas e singularidades, tal qual ratos em laboratório. E é o que parece caracterizar de forma precisa o “tratamento” realizado nos HCTPs.

A realidade hospitalar/penitenciária dessas instituições pode ser observada, no entanto, em todo o espaço, no entanto, em controvérsia com o estabelecido na Lei da Reforma Psiquiátrica, a característica que mais prevalece é a do sistema prisional, tal qual narra Monique Torres Ferreira em sua experiência etnocêntrica. O que se percebe também nesse contexto é que, a maioria das narrativas e experiências vividas pelos internados não são consideradas de maneira adequada pelos peritos e, muitas vezes, pelos próprios defensores públicos que acompanham os casos. Tais relatos são de extrema importância na busca da defesa e acusação pertinente ao indivíduo que chegou a cometer um delito grave.

Todas as pessoas que vão fazer exame no Heitor Carrilho, eles dão um remédio super dopante que deixa a pessoa com cara de louco e drogado... e não pode discutir, porque se discutir, eles dão injeção a força... já vai dando injeção e veneno [...] O perito perguntou se eu usava drogas, eu disse que não, senão já tinha morrido, porque tomo antidepressivo... Esse perito, ele não me avaliou direito... ele não leu o papel do juiz... ele olhou assim, rasgou e jogou no lixo... ele me fez pouquíssimas perguntas, quase não conversou comigo...
(FERREIRA, 2017, p.172)

Tal relato, verídico, foi retirado do artigo de Monique Torres Ferreira e narrado por José, que segundo o descrito no presente estudo foi denunciado pelo irmão porque desferiu golpes com um machado contra o mesmo. Fato é que José não chegou a acertar o irmão, contudo, sofreu inicialmente a acusação de lesão corporal, que mais tarde se verificou falsa de acordo com o exame de corpo de delito acostados nos autos.

Através disso, percebe-se que o próprio sistema, no que tange os loucos infratores, comete reiteradas falhas ao manter formas antigas e arcaicas de lidar com os problemas deste grupo em particular.

Se, como deveria, ocorrer a interlocução entre a defensoria, a equipe multidisciplinar dos complexos e o paciente, é possível articular uma dinâmica de eventos direcionados para o que chamam de “estratégias de desinstitucionalização” dos sujeitos internados, atribuindo outros sentidos e possibilidades para a trajetória

dessas pessoas na inclusão das mesmas nos projetos e políticas públicas de Saúde Mental. A ideia “atual” é a saída dos internos e a extinção dos manicômios, tal qual motivou a Reforma Psiquiátrica.

Considerações finais

A importância de se problematizar o lugar e o formato dos conhecidos HCTPs está na ideia de que o mesmo ainda ocupa o lugar dos manicômios, onde nas mentalidades dos agentes públicos, a Medida de Segurança serve como o aprisionamento da loucura, para que estes sujeitos não possam mais transitar em sociedade, já que destituem as fronteiras da normalidade estabelecida e constantemente atualizada na nossa coletividade. O inimputável não é só considerado incapaz de compreender seus atos e de responder por eles, mas também é julgado perigoso.

O quadro que se desenha na mente é o que realmente acontece quando o chamado louco infrator entra no sistema dos HCTPs, que nessa tentativa de punir e/ou curar os detentos/pacientes, retiram suas singularidades no que tange o próprio tratamento, encarcerando seus corpos sem o devido e correto processo disciplinar. Ao longo dos últimos séculos, a visão da sociedade sobre a doença mental evoluiu e passou-se a observar os indivíduos portadores de loucura em seu aspecto relacional, social e humano. Deste modo, as práticas de cuidado, segurança e privação de liberdade já deveriam ter deixado de ser excludentes para se converterem em monitoramento e desenvolvimento de sua capacidade de vida em sociedade.

Referências

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998. Disponível em: <<http://www.altrodiritto.unifi.it/ricerche/latina/cerqueir/biblio.htm>> Acesso em 17 nov, 2017.

BRASIL. **Lei de 16 de dezembro de 1830**. Institui o Código Criminal. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LIM/LIM-16-12-1830.htm> Acesso em: 13 nov. 2017.

_____. **Decreto nº. 847 de 11 de outubro de 1890.** Institui o Código Penal. Disponível em: <<http://legis.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=66049>> Acesso em: 13 nov. 2017.

_____. Decreto nº 1.132 de 22 de dezembro de 1903. Reorganiza a assistência a alienados. In: **Collecção de Leis da República dos Estados Unidos do Brasil de 1903:** actos do Poder Legislativo. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1903.

_____. **Lei nº 7.209, de 11 de julho de 1984.** Altera dispositivos do Dec.- Lei 2.848, de 7 de dezembro de 1940, Código Penal e dá outras providências. Brasília, DF: Diário Oficial [da] República do Brasil, Poder Executivo, 1984.

_____. **Lei nº 10.216 de 6 de abril de 2001.** Dispõe sobre a proteção das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm> Acesso em: 19 nov. 2017.

_____. Ministério da Justiça. Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária. **Resolução nº 3, de 23 de setembro de 2005.** Estabelece as diretrizes básicas para construção, ampliação e reforma de estabelecimentos penais no Brasil. Brasília, DF: Diário Oficial [da] República do Brasil, Poder Executivo, 2005.

CARRARA, Sérgio. A história esquecida: os manicômios judiciários no Brasil. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano.** São Paulo: v. 20, n. 1, 2010.

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

FOCAULT, Michel. **História da loucura.** São Paulo: Perspectiva, 1978.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos.** 7. ed. São Paulo: Perspectiva, 2005.

PERES NERY FILHO, Antônio. **A doença mental no direito penal brasileiro:** inimputabilidade, irresponsabilidade, periculosidade e medida de segurança. História, Ciências, Saúde. Manguinhos, Rio de Janeiro: 2002.

RIBEIRO, Paulo Rennes Marçal. **Saúde mental no Brasil.** São Paulo: Arte & Ciência, 1999.