

A LEI Nº 10.216/2001 E A TRANSFORMAÇÃO DO TRATAMENTO JURÍDICO DAS QUESTÕES RELACIONADAS À SAÚDE MENTAL NO BRASIL: INTERFACES ENTRE O DIREITO, ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E A DESINSTITUCIONALIZAÇÃO NA REFORMA PSIQUIÁTRICA

LAW No. 10,216/2001 AND THE TRANSFORMATION OF THE LEGAL TREATMENT OF ISSUES RELATED TO MENTAL HEALTH IN BRAZIL: INTERFACES BETWEEN LAW, PSYCHOSOCIAL CARE, AND DEINSTITUTIONALIZATION IN PSYCHIATRIC REFORM

Deilton Alves Monteiro

Licenciado em História pela Universidade Federal do Tocantins (UFT)

Lattes: <https://lattes.cnpq.br/2927064634745098>

Valdirene Cássia da Silva

Professora titular do Centro Universitário Católica do Tocantins

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2071561110428532>

Email: valdirene.silva@catolica-to.edu.br

Resumo: O tratamento das pessoas com transtornos mentais no Brasil carrega, em sua história, marcas de exclusão, negação de direitos e práticas de violência institucional. Este trabalho analisa, em perspectiva jurídica e histórica, as transformações ocorridas na política de saúde mental, enfatizando os rumos tomados a partir da Lei nº 10.216/2001, como ponto central da Reforma Psiquiátrica e da política antimanicomial. A pesquisa examina a contribuição desse modelo para a proteção dos direitos humanos das pessoas com transtornos mentais, incluindo aquelas em conflito com a lei. Metodologicamente, utiliza-se uma abordagem qualitativa, com método histórico-jurídico e análise de leis e documentos. Observam-se avanços importantes na garantia de direitos, mas, por outro lado, revelam-se contradições entre o sistema de justiça criminal e as políticas de saúde mental, evidenciando a importância da integração institucional e da humanização do cuidado. Conclui-se que a transformação do tratamento jurídico das questões relacionadas à saúde mental no Brasil ainda depende de mudanças estruturais, culturais e jurídicas para seu pleno desenvolvimento e efetivação.

Palavras-chave: Reforma Psiquiátrica. Direitos Humanos. Saúde Mental. Transtornos Mentais. Política Antimanicomial.

Abstract: The treatment of people with mental disorders in Brazil has historically been marked by exclusion, denial of rights, and institutional violence. This study analyses, from a legal and historical perspective, the changes that have taken place in mental health policy, emphasising the direction taken since Law No. 10,216/2001, as the central point of the Psychiatric Reform and anti-asylum policy. The research examines the contribution of this model to the protection of the human rights of people with mental disorders, including those in conflict with the law. Methodologically, a qualitative approach is used, with a historical-legal method and analysis of laws and documents. Important advances in the guarantee of rights are observed, but, on the other hand, contradictions between the criminal justice system and mental health policies are revealed, highlighting the importance of institutional integration and the humanisation of care. It is concluded that the transformation of the legal treatment of mental health issues in Brazil still depends on structural, cultural, and legal changes for its full development and implementation.

Keywords: Psychiatric Reform; Human Rights; Mental Health; Mental Disorders; Anti-Asylum Policy.

Introdução

O tratamento das pessoas com transtornos mentais no Brasil foi objeto de muitos debates históricos, orbitando o respeito aos direitos humanos e a busca por humanização e dignidade dos pacientes. Ao longo do século XX, o fantasma da exclusão social, remontando à alta Idade Média e fundamentada em valores autoritários e estigmatizantes, fortaleceu uma cultura manicomial. Essa cultura foi perdendo força à medida que os debates sobre direitos humanos, dignidade da pessoa humana e políticas públicas inclusivas progrediam.

A partir da década de 1970, iniciou-se um processo de transformação no modelo de atenção à saúde mental, com o questionamento progressivo do hospital psiquiátrico como eixo central do cuidado. Nesse cenário, foi promulgada a Lei nº 10.216/2001, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, representando um avanço na perspectiva social ao estabelecer diretrizes para regular e promover um modelo de atenção psicossocial pautado na inclusão, na liberdade e na reabilitação integral das pessoas com transtornos mentais.

A presente pesquisa busca, assim, compreender de que forma essa legislação transformou o tratamento jurídico das questões relacionadas à saúde mental no Brasil e quais são as interfaces entre o Direito, a atenção psicossocial e a desinstitucionalização, especialmente no contexto da Reforma Psiquiátrica e da política antimanicomial.

Revisão da literatura

A compreensão da loucura como fenômeno social, jurídico e institucional percorre uma longa trajetória de exclusão e controle. Michel Foucault, em História da loucura, descreve como, a partir do século XVII, indivíduos considerados “loucos” passaram a ser excluídos da vida social e isolados em instituições por razões morais,

econômicas e políticas. Essas razões, sob o ponto de vista médico e social, atravessaram séculos e influenciaram a maneira como os sistemas jurídicos e de saúde lidaram com o sofrimento psíquico.

No Brasil, essa exclusão consolidou-se por meio da chamada “cultura manicomial”, que, com a promulgação da Lei nº 10.216/2001, encontrou um óbice normativo importante, iniciando o declínio dessas práticas e o rompimento gradual com o modelo hospitalocêntrico. A Lei da Reforma Psiquiátrica estabeleceu diretrizes para a proteção e promoção dos direitos das pessoas com transtornos mentais, incentivando a substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos por uma rede de atenção psicossocial centrada no cuidado comunitário, na autonomia e na inclusão social (Brasil, 2001).

Contudo, apesar dos avanços, persistem contradições, sobretudo quando essas pessoas entram em conflito com a lei. Barros e Passos (2010) destacam que o sistema penal ainda se mostra pouco preparado para lidar com a complexidade dos casos envolvendo transtornos mentais, muitas vezes reproduzindo a lógica de exclusão e encarceramento. Isso evidencia a carência de articulação efetiva entre as políticas públicas de saúde mental e o sistema de justiça, de modo a garantir a dignidade da pessoa humana.

O que são transtornos mentais? números?

Saúde mental pode ser compreendida como a capacidade de equilíbrio psicológico, resultante de um conjunto de competências e habilidades que permitem ao indivíduo viver de forma plena, em consonância com o que se espera de um ser social e produtivo. Envolve a possibilidade de atuar em diferentes dimensões, pessoal, emocional, social e laboral, e de se recuperar com relativa rapidez dos estresses da rotina.

Quando ocorre a disfunção desses fatores, por exemplo, fatores biológicos (genes ou química cerebral), experiências de vida (traumas, violências, abuso) e histórico familiar de problemas mentais, pode surgir um transtorno mental. Trata-se de uma condição de saúde caracterizada

por alterações relevantes nos processos cognitivos, comportamentais e emocionais, que causam sofrimento e prejuízos significativos à rotina da pessoa. Os transtornos mentais são definidos por um conjunto de pensamentos, percepções, emoções e comportamentos considerados anormais em determinado contexto sociocultural, com impacto nas interações sociais e na capacidade de trabalho e autocuidado.

Entre os principais exemplos de transtornos mentais, destacam-se: depressão, transtorno afetivo bipolar, esquizofrenia e outras psicoses, demências, deficiência intelectual e transtornos do neurodesenvolvimento, como o transtorno do espectro autista (Organização Pan-Americana da Saúde, 2025).

Os dados indicam que a depressão e o estresse ocupacional estão entre as principais causas de afastamento do trabalho no Brasil. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a depressão é uma das doenças mais incapacitantes do mundo. Em 2017, cerca de 18 milhões de brasileiros sofriam com algum distúrbio relacionado a essa condição, quadro que se agravou com a pandemia de Covid-19. As mudanças bruscas na rotina, o isolamento social, as perdas afetivas e a insegurança econômica produziram um “efeito cascata” no bem-estar da população.

De acordo com informações de uma pesquisa da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), houve aumento de 90% nos casos de depressão entre março e abril do ano passado. Já os episódios de crises de ansiedade e sintomas de estresse agudo quase dobraram no mesmo período.

Outro estudo, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), mostrou que cerca de 80% da população brasileira se tornou mais ansiosa entre maio, junho e julho de 2020. Do mesmo modo, um levantamento feito pela Associação Brasileira de Psiquiatria no primeiro semestre do ano passado afirmou que os médicos associados apontaram 82,9% no agravamento dos sintomas dos pacientes depois do início da pandemia. Já os atendimentos psiquiátricos tiveram aumento de 25%.

Em uma pesquisa do Instituto Ipsos encomendada pelo Fórum Social Mundial, mais da metade (53%) dos brasileiros afirmaram que seu bem-estar mental teve piora em 2020. A porcentagem foi maior apenas em outros quatro países (IPQHC, 2024).

No Brasil, as unidades de acolhimento e os serviços de saúde mental expandiram-se de forma significativa nos últimos anos, incluindo serviços de atenção hospitalar, estratégias de desinstitucionalização, serviços residenciais terapêuticos e políticas como o Programa De Volta Para Casa, instituído pela Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, entre outras medidas. Apesar dessa expansão, ainda há desafios importantes a serem superados.

Com 5.570 municípios e uma população de aproximadamente 212,5 milhões de habitantes (IBGE, 2024), o país enfrenta dificuldades na área de saúde mental, especialmente em municípios menores, que não atingem o critério populacional mínimo para implantação de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Dentre os municípios brasileiros, 3.291 (59,1%) possuem menos de 15 mil habitantes, totalizando cerca de 23,1 milhões de pessoas (10,8%) que dependem predominantemente da Atenção Primária para cuidados em saúde mental (Ministério da Saúde, SAES).

O Manicômio como Instituição de Controle Social - a cultura manicomial no Brasil

O modelo manicomial, que predominou no tratamento das doenças mentais até o final do século XX, tem suas raízes fortemente vinculadas a processos históricos, culturais, sociais e políticos que se consolidaram na Europa medieval e moderna e, posteriormente, nas Américas.

No século XVII, a loucura, que antes convivia com a sociedade de maneira ambígua, ora temida, ora romantizada, começou a ser encarada como condição médica e também como problema social. Esse movimento ganhou força com a Revolução Francesa, marco da modernidade, quando comportamentos antes considerados transgressões do sagrado passaram a ser vistos como fenômenos sociais a serem controlados por instituições específicas: os manicômios (Foucault, 2001).

Em História da loucura na Idade Clássica, Foucault (2001) demonstra que a criação dos manicômios esteve associada a uma “grande exclusão”, destinada a separar e confinar indivíduos que fugiam às normas sociais. Os manicômios surgem, assim, não apenas como instrumentos médicos, mas como mecanismos de controle social, estendendo sua influência para além do campo da saúde, incidindo sobre a moralidade, a economia e a disciplina dos corpos. A imagem da “Nau dos loucos”, evocada por Foucault, simboliza esse processo de afastamento da alteridade: pessoas consideradas insanas eram retiradas do convívio social, muitas vezes confinadas em instituições fechadas e privadas de direitos básicos, sob a justificativa de manter a ordem social.

Nos Estados Unidos, David J. Rothman (1972), em *The Discovery of the Asylum* (1971) mostra como os asilos foram estruturados para responder às demandas da nova ordem social pós-Revolução, disciplinando aqueles cujos comportamentos não se enquadravam nas normas vigentes. No Brasil, a influência europeia contribuiu para a consolidação de um sistema hospitalocêntrico em que o confinamento se tornou a principal forma de tratamento (Amarante, 1995).

A instituição manicomial brasileira não apenas segregava as pessoas com transtornos mentais, mas também reforçava estigmas e aprofundava o desamparo social. Os conceitos de Goffman sobre estigma e marcação social ajudam a compreender como a sociedade rotulava os internos como “desviantes”, dificultando sua reintegração e legitimando o confinamento prolongado (Goffman, 1985; 2001).

Essa perspectiva permite analisar casos concretos, como o do Hospital Colônia de Barbacena, em Minas Gerais, onde indivíduos com diferentes perfis — mulheres, pessoas em situação de rua, homossexuais, órfãos, usuários de drogas, entre outros — foram internados por longos períodos. A rotina rígida, o isolamento e a separação do convívio social materializavam, na prática, a exclusão e o controle social descritos por Goffman (1963).

Ao escrever sobre o maior hospício do Brasil, na cidade mineira de Barbacena, Arbex (2013) relata que cerca de 70% das pessoas internadas no Hospital Colônia de Barbacena sequer possuíam diagnóstico de transtorno mental. Entre elas havia epiléticos, alcoolistas, homossexuais, prostitutas, indivíduos que se insurgiam contra normas sociais ou que simplesmente se tornavam incômodos para alguém em posição de poder. Também eram enviadas para o hospício jovens grávidas após terem sido violentadas por seus empregadores, esposas afastadas do convívio familiar para que o marido pudesse viver com a amante, filhas de fazendeiros que haviam perdido a virgindade antes do casamento, além de homens e mulheres que perderam seus documentos ou que eram apenas considerados tímidos.

Críticas radicais ao modelo manicomial ganharam força a partir da segunda metade do século XX. Thomas Szasz (1961), em *O mito da doença mental*, argumentou que a “loucura” é, em grande medida, uma construção social e que a institucionalização compulsória viola direitos individuais fundamentais. Paralelamente, Franco Basaglia liderou, na Itália, um movimento de Reforma Psiquiátrica que propunha a desinstitucionalização, a humanização do atendimento e a reintegração

social, culminando na chamada “Lei Basaglia” (Lei nº 180/1978). No Brasil, essas ideias inspiraram a crítica ao hospitalocentrismo e ao uso do confinamento como principal estratégia terapêutica (Basaglia, 1968; Arbex, 2013).

Goffman (2001), em *Manicômios, prisões e conventos*, reforça a ideia de que toda relação social, com a família, o trabalho, a religião ou as instituições, traz consigo obrigações e expectativas que moldam a identidade. Em instituições totais, como os hospitais psiquiátricos clássicos, os internos eram marcados socialmente e submetidos a rotinas padronizadas, com perda de autonomia e de vínculos sociais, o que dificultava sua reinserção em liberdade.

A Luta Antimanicomial e a Lei nº 10.216/2001 - as principais diretrizes, a desinstitucionalização e a criação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)

A luta antimanicomial no Brasil, também conhecida como movimento antimanicomial, começou a se estruturar de forma mais organizada na década de 1980, em um contexto de redemocratização e de reivindicação por direitos sociais, após mais de duas décadas de ditadura militar. Profissionais de saúde, familiares, usuários e ativistas passaram a denunciar as condições degradantes dos hospitais psiquiátricos, os abusos cometidos em nome da psiquiatria e a exclusão social imposta às pessoas em sofrimento psíquico.

Inspirado parcialmente na Reforma Psiquiátrica italiana, liderada por Franco Basaglia, o movimento brasileiro desenvolveu características próprias, ligadas à realidade política e institucional do país. Consolidou-se como marco na defesa dos direitos humanos em saúde, reforçando a importância de compreender o sofrimento psíquico em uma perspectiva de cidadania, liberdade e dignidade.

O movimento ganhou força com o Encontro dos Trabalhadores de Saúde Mental em Bauru, em 1987, no qual se consolidou a crítica ao modelo hospitalocêntrico e à medicalização excessiva, e foi lançado o lema “Por uma sociedade sem manicômios”.

Com a Constituição Federal de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990, abriram-se caminhos para políticas públicas voltadas à atenção psicossocial, culminando na Lei nº 10.216/2001, que prioriza o cuidado humanizado, o tratamento em liberdade e a inserção social dos usuários. A lei também orientou a criação de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), residências terapêuticas e serviços comunitários integrados.

Ao questionar o antigo modelo manicomial e buscar alternativas mais humanizadas, a luta antimanicomial contribuiu para o redirecionamento da atenção em saúde mental. Após a década de 1980, a mobilização social resultou na substituição progressiva do modelo hospitalocêntrico por um modelo comunitário. A Lei nº 10.216/2001 estabeleceu diretrizes que priorizam a dignidade, a liberdade e a integração social das pessoas com transtornos mentais. Entre seus dispositivos mais importantes, destacam-se:

Art. 1º: prioriza o tratamento em serviços comunitários e estabelece a redução gradual dos hospitais psiquiátricos.

Art. 2º: assegura tratamento digno, vedando qualquer prática cruel, degradante ou desumana.

Art. 3º: regulamenta a internação voluntária, involuntária e compulsória, exigindo comunicação à família e fiscalização por órgãos competentes.

Art. 4º: destaca a reinserção social, o apoio familiar e a continuidade do cuidado em ambientes comunitários (Brasil, 2001).

Entre suas principais orientações, ressaltam-se dois pontos centrais: a desinstitucionalização e a criação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

A desinstitucionalização envolve a substituição gradativa dos hospitais psiquiátricos e das internações de longa permanência pelo tratamento preferencial em liberdade, com cuidados próximos à comunidade e apoio familiar e social. Nesse processo, a lei estimulou a criação da RAPS, composta por diferentes serviços de saúde mental que funcionam de forma integrada, oferecendo acompanhamento contínuo, tratamento individualizado e apoio à reinserção social, em substituição ao antigo modelo hospitalocêntrico.

Entre os principais componentes da RAPS estão os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) — voltados a pessoas com necessidades mais complexas —, as residências terapêuticas, que promovem moradia em comunidade, e os serviços de atenção básica e hospitalar que atuam em articulação

com os demais pontos da rede. O objetivo é garantir que a pessoa em sofrimento psíquico tenha acesso a cuidados próximos de sua realidade social, evitando o isolamento e fortalecendo vínculos familiares e comunitários.

Dessa forma, a lei promove um cuidado mais humano, inclusivo e respeitoso, alinhado aos princípios dos direitos humanos e à valorização da dignidade da pessoa humana.

A Interseção entre Saúde Mental e Justiça Criminal - a complexidade de casos envolvendo pessoas com transtornos mentais e o sistema penal. Contradições e os desafios enfrentados para garantir a dignidade humana

As discussões em torno da imputabilidade penal das pessoas com transtornos mentais revelam um dos pontos de maior tensão entre o campo jurídico e o campo da saúde mental. De um lado, o sistema penal, orientado pelos princípios da legalidade, culpabilidade e punição; de outro, o sistema de saúde mental, fundamentado na lógica do cuidado, da inclusão e da dignidade da pessoa humana.

Essa dualidade revela contradições persistentes na forma como o ordenamento jurídico brasileiro lida com a loucura e o crime, especialmente na aplicação das medidas de segurança. Barros e Passos (2010) destacam que o campo da saúde mental e o da justiça penal operam com finalidades distintas: enquanto o primeiro visa ao tratamento e à reinserção social, o segundo busca a responsabilização e a aplicação de sanções. Essa diferença de propósitos explica parte das dificuldades de compatibilização entre o Código Penal e a Lei nº 10.216/2001, conhecida como Lei Antimanicomial.

Enquanto a lei antimanicomial propõe a substituição do modelo hospitalocêntrico por um modelo de atenção psicossocial, o Código Penal mantém a lógica da periculosidade e da segregação. Cacicedo e Santos (2022) ressaltam que a legislação penal e a política antimanicomial se assentam em fundamentos epistemológicos e práticos opostos: a legislação penal busca garantir a ordem pública por meio da punição ou contenção do sujeito considerado perigoso, ao passo que a Lei Antimanicomial busca garantir o cuidado em liberdade, promovendo a autonomia e a inclusão social. Essa oposição cria um campo de disputa dentro do próprio Estado, em que duas racionalidades — punitiva e terapêutica — convivem de forma tensa e, muitas vezes, contraditória (Cacicedo; Santos, 2022).

O regime jurídico aplicável às pessoas com transtorno mental na fase de execução penal explora justamente essas contradições entre o Código Penal e a Lei Antimanicomial, com práticas que muitas vezes se opõem radicalmente (Cacicedo; Santos, 2022).

No caso específico da inimputabilidade penal, o Código Penal brasileiro (art. 26) dispõe que é isento de pena o agente que, em razão de doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento. Entretanto, o mesmo diploma prevê, nos artigos 96 e 97, que esses agentes devem ser submetidos a medidas de segurança, que podem envolver internação ou tratamento ambulatorial.

Na prática, a medida de segurança acaba por reproduzir a lógica asilar que a Lei Antimanicomial procurou superar. Embora a legislação de 2001 proponha que o cuidado em saúde mental ocorra, preferencialmente, em liberdade, no âmbito de uma rede de atenção psicossocial, a execução penal tende a privilegiar a internação compulsória, principalmente em hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico. Como observam Cacicedo e Santos (2022), essa contradição normativa perpetua o modelo asilar, mesmo sob nova roupagem jurídica.

Os efeitos dessa incompatibilidade podem ser observados em casos emblemáticos. O Caso Febrônio Índio do Brasil, ocorrido em 1927, é considerado um marco histórico na relação entre loucura e crime no Brasil. Acusado de homicídio de menores, Febrônio foi submetido à internação compulsória em um contexto no qual psiquiatria e direito penal se articularam para afastar do convívio social indivíduos considerados perigosos. Embora distante do contexto da Lei

nº 10.216/2001, o caso evidencia a tradição do modelo asilar no sistema penal brasileiro, em que a proteção da sociedade é priorizada em detrimento dos direitos individuais.

A designação ‘Caso Febrônio Índio do Brasil’ refere-se ao processo de investigação e à ação judicial a que Febrônio foi submetido, cujo objeto era a acusação de homicídio de dois menores. A narrativa do personagem tem início no dia 17 de agosto de 1927, quando o jornal Correio da Manhã publica a primeira notícia do ‘Hediondo crime da Ilha do Ribeiro’ (IUSCOMMUNE, 2020, s/p).

O caso, amplamente divulgado pela imprensa da época, foi utilizado como exemplo da suposta “periculosidade” da loucura e legitimou a criação de instituições destinadas ao isolamento de indivíduos considerados mentalmente doentes e perigosos.

Casos mais recentes também reforçam a permanência desse modelo de exclusão. O episódio envolvendo Paulo Roberto de Caldas Osório, funcionário do Metrô do Distrito Federal, que confessou ter dopado o próprio filho, reacendeu o debate sobre a reincidência de agentes inimputáveis e demonstrou como a medida de segurança ainda funciona, muitas vezes, como instrumento de segregação.

O funcionário do Metrô DF Paulo Roberto de Caldas Osório, que fugiu com o filho de um ano e onze meses, na última sexta-feira, confessou que dopou a criança e que ela teria morrido em consequência do medicamento.

Ele foi preso no domingo, em uma estrada perto da cidade de Roda Velha, na Bahia. O diretor da Divisão Repressão ao Sequestro, Leandro Ritt, deu detalhes do depoimento de Paulo Roberto.

De acordo com a Polícia Civil do DF, o crime foi planejado para se vingar da mãe da criança. O corpo ainda não foi localizado. Paulo Roberto de Caldas Osório já tinha sido julgado por matar a própria mãe em 1992, mas foi considerado inimputável e cumpriu pena de dez anos em uma ala psiquiátrica (Agência Brasil, 2019).

Paulo Roberto já havia sido considerado inimputável em crime anterior, tendo cumprido medida de segurança em ala psiquiátrica, e voltou a se envolver em novo delito após o término da medida. Esse caso exemplifica a dificuldade do sistema em garantir acompanhamento contínuo e interdisciplinar após o fim da medida de segurança, evidenciando lacunas entre a execução penal e a política de saúde mental (Agência Brasil, 2019).

Situação semelhante se verifica no caso de Adélio Bispo de Oliveira, autor do atentado contra o então candidato à Presidência da República Jair Bolsonaro em 2018. Perícias psiquiátricas concluíram que o réu apresentava transtorno delirante e, portanto, era inimputável. A decisão judicial por sua internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico revela que, mesmo no século XXI, a aplicação das medidas de segurança mantém o princípio da segregação e a lógica hospitalocêntrica que a Lei nº 10.216/2001 buscou superar.

Esses exemplos mostram que, embora a Lei Antimanicomial tenha consolidado um novo paradigma para o cuidado em saúde mental, o sistema penal brasileiro ainda reproduz práticas de exclusão que remontam ao modelo asilar. A periculosidade, conceito central nas medidas de segurança, mantém viva a ideia de que determinados sujeitos devem ser afastados do convívio social por tempo indeterminado, o que tensiona os princípios da legalidade e os direitos fundamentais previstos na Constituição Federal.

Barros e Passos (2010) destacam que a questão da saúde mental extrapola o campo clínico, envolvendo dimensões políticas, sociais e jurídicas. O enfrentamento do problema exige articulação efetiva entre os sistemas de saúde, justiça e assistência social. A falta de integração entre essas esferas contribui para que pessoas com transtornos mentais sejam inseridas no sistema penal em vez de receberem acompanhamento psicossocial em liberdade, conforme previsto na Lei nº 10.216/2001.

Segundo Cacicedo e Santos (2022), a superação das contradições entre o Código Penal e a Lei Antimanicomial depende da criação de mecanismos que permitam a execução das medidas de segurança de acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica. Isso inclui a ampliação da RAPS, a capacitação de equipes interdisciplinares e a adoção de práticas jurídicas que priorizem o tratamento em liberdade e a reinserção social, respeitando os direitos e garantias fundamentais das pessoas com transtornos mentais.

Em síntese, a análise da interseção entre a Lei nº 10.216/2001 e as medidas de segurança demonstra que, apesar dos avanços normativos no sentido da desinstitucionalização, o sistema penal brasileiro ainda reproduz práticas de confinamento e exclusão, refletindo a permanência da lógica manicomial sob novas roupagens jurídicas. O desafio atual consiste em tornar compatíveis os objetivos da justiça criminal com os princípios da política de saúde mental, de modo que o tratamento substitua progressivamente a segregação e a medida de segurança seja efetivamente compreendida como instrumento de cuidado, e não de punição.

As consolidações e as transformações promovidas pela lei 10.216/2001, as políticas públicas de saúde mental voltadas a indivíduos com sofrimento psíquicos e os desafios a real efetivação do Direito destas pessoas

A consolidação da Reforma Psiquiátrica marcou uma transição histórica na saúde mental brasileira, resultado de intensa mobilização social e política que levou à substituição de um modelo de tratamento marcado pela exclusão e pela violência por outro baseado na dignidade, na liberdade e nos direitos humanos. O que outrora era tratado sob a lógica manicomial, isolando o indivíduo e privando-o do convívio familiar e social durante grande parte do século XX, passou a ser repensado em chave humanizada a partir da Lei nº 10.216/2001.

Hospitais psiquiátricos, muitas vezes sinônimos de abandono, maus-tratos e esquecimento, reduzem a pessoa à sua doença, ignorando sua subjetividade e suas

potencialidades de reabilitação. A lei em questão rompe com essa estrutura excludente e incorpora princípios da Reforma Psiquiátrica brasileira, inspirada no movimento antimanicomial e nas experiências humanistas da psiquiatria democrática italiana, liderada por Franco Basaglia. A legislação é fruto de debates e mobilizações iniciados ainda na década de 1980, culminando na aprovação de um marco normativo comprometido com o respeito à cidadania e à liberdade das pessoas em sofrimento psíquico.

Entre as inúmeras mudanças trazidas pela Lei nº 10.216/2001, destacam-se:

- a substituição progressiva dos manicômios por serviços comunitários de atenção psicossocial, como CAPS e residências terapêuticas, que passam a oferecer acompanhamento próximo, contínuo e humanizado;
- a valorização do cuidado em liberdade, priorizando o tratamento ambulatorial e
- a convivência social, em detrimento da internação prolongada;
- a reinserção social como princípio central, de modo que o tratamento vise restaurar vínculos familiares, comunitários e profissionais;
- o reconhecimento da pessoa com transtorno mental como sujeito de direitos, capaz de participar das decisões sobre seu próprio tratamento;
- a regulamentação das internações psiquiátricas, que somente podem ocorrer em situações excepcionais, com comunicação obrigatória às autoridades competentes, prevenindo abusos e permitindo maior controle social.

Percebe-se, assim, uma mudança de foco, o cuidado deixa de estar centrado exclusivamente na doença e passa a considerar a pessoa em sua totalidade. Aquilo que antes era visto apenas como questão médica e restrita à psiquiatria passa a ser compreendido como responsabilidade coletiva, voltada à garantia de direitos fundamentais e sociais previstos na Constituição Federal. A lei reafirma que o sofrimento mental deve ser tratado com acolhimento, respeito e inserção social, por meio de práticas inclusivas. Trata-se de uma lei que, mais do que reformar instituições, propõe reformar consciências, convidando a sociedade a enxergar a loucura não como ameaça, mas como forma humana de existir e sentir.

A partir do advento da Lei nº 10.216/2001 e de todo o contexto político e social no qual o Brasil estava inserido, iniciou-se um processo gradual e profundo de reestruturação das políticas públicas de saúde mental, instituindo-se uma rede de cuidado voltada à liberdade, à autonomia e à cidadania dos usuários. Enfatiza-se uma nova forma de pensar o cuidado territorial, interdisciplinar e comunitário, buscando integrar o tratamento ao cotidiano do indivíduo.

O eixo central dessas políticas é a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), criada pelo Ministério da Saúde em 2011 (Portaria nº 3.088/2011). A RAPS constitui o principal instrumento de efetivação da Reforma Psiquiátrica, articulando diversos serviços e níveis de atenção para garantir acompanhamento integral e contínuo. Compõem essa rede: Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), em diferentes modalidades (I, II, III, AD e i), conforme o porte do município e o perfil da população atendida; residências terapêuticas, destinadas a pessoas que permaneceram internadas por longos períodos e perderam vínculos familiares; serviços de urgência e emergência em saúde mental; unidades de acolhimento; articulação com a atenção básica e com as equipes de saúde da família.

Nos CAPS, o cuidado é realizado por equipes multiprofissionais — psicólogos, psiquiatras, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, enfermeiros, entre outros — que acolhem o usuário em sua singularidade e o acompanham de forma contínua. O objetivo é promover autonomia, reinserção social e reconstrução de vínculos, evitando internações desnecessárias.

As residências terapêuticas, por sua vez, materializam o princípio da desinstitucionalização, oferecendo não apenas moradia, mas a oportunidade de reconstruir uma vida com dignidade, autonomia e pertencimento comunitário.

Todas essas políticas dialogam com outros campos, assistência social, educação, trabalho, cultura, reafirmando que o sofrimento psíquico não pode ser reduzido a um problema estritamente médico, mas deve ser compreendido como fenômeno social e humano, exigindo múltiplas formas de cuidado. Projetos de geração de renda, inclusão pelo trabalho e oficinas terapêuticas colaboram para a afirmação da cidadania e da autoestima das pessoas em acompanhamento psicossocial (Luz; Machado, 2014; Oliveira, 2012).

Essas políticas são instrumentos de transformação social, fruto de luta histórica por dignidade e inclusão. Todavia, apesar da reafirmação de um Estado comprometido com o acolhimento, desafios estruturais e políticos ainda rondam e ameaçam essa construção. A insuficiência de recursos, a alta rotatividade de profissionais, as dificuldades de integração entre serviços e as tentativas de retorno ao modelo hospitalocêntrico colocam em risco a continuidade das conquistas alcançadas. Além disso, as políticas de saúde mental sofrem influência direta de contextos econômicos e ideológicos, tornando a manutenção da RAPS uma luta constante em defesa do cuidado humanizado e do direito à diferença.

Para enfrentar esses desafios, é necessário que a intervenção em saúde mental transcenda sua proposta original de cuidado, liberdade, dignidade e inclusão, fortalecendo a rede e garantindo que o cuidado chegue de forma qualificada e acessível a todo o território brasileiro. Isso passa por investimento contínuo na estruturação e manutenção dos CAPS e demais serviços da RAPS, com equipes estáveis, espaços adequados e recursos financeiros suficientes; formação permanente das equipes de saúde, com programas de capacitação que abordem direitos humanos, escuta ativa, abordagem territorial e cuidado interdisciplinar; fortalecimento de ações intersetoriais com assistência social, educação, justiça, trabalho e cultura.

Em síntese, a intervenção necessária é aquela que humaniza o sistema, educa a sociedade e fortalece o Estado como garantidor de direitos. Cuidar em liberdade não é apenas uma diretriz técnica, mas um ato político, ético e civilizatório: implica transformar a forma como se olha para o sofrimento humano, que não deve ser visto como desvio a ser isolado, mas como parte legítima da condição humana, merecedora de acolhimento, escuta e respeito.

metodologia

A presente pesquisa tem natureza qualitativa e buscou compreender os aspectos históricos, jurídicos e sociais que envolvem o tratamento das pessoas com transtornos mentais no Brasil.

A partir de análise documental de legislações e obras acadêmicas, procurou-se identificar como o discurso jurídico e institucional modificou práticas historicamente marcadas pela exclusão, na direção da garantia de direitos dessas pessoas.

Foi realizada revisão bibliográfica baseada em autores clássicos e contemporâneos, como Michel Foucault (2001), Franco Basaglia (1968), Thomas Szasz (1961), Paulo Amarante (1995) e outros estudiosos da saúde mental e do Direito, além da análise da Lei nº 10.216/2001, da Constituição Federal de 1988, do Código Penal, do Código de Processo Penal, bem como de normas internacionais de direitos humanos. Também foram consultadas fontes adicionais, como artigos científicos, teses, dissertações e documentos institucionais que tratam da política antimanicomial e de seus desdobramentos na realidade social.

Por fim, utilizou-se o método histórico-jurídico, que permite compreender o desenvolvimento das normas e das práticas sociais ao longo do tempo, e o método interpretativo, voltado à análise crítica dos dispositivos legais e da atuação institucional diante dos sujeitos com sofrimento psíquico em conflito com a lei.

Resultados e discussões

A partir da análise histórico-jurídica e bibliográfica, foi possível sintetizar os principais marcos da trajetória da saúde mental no Brasil e seus impactos sobre os direitos humanos, conforme o quadro a seguir:

Quadro 1 – Marcos da trajetória da saúde mental no Brasil

Período	Observações principais	Impacto sobre os direitos humanos
Séculos XVII a XX (cultura manicomial)	Pessoas com transtornos mentais isoladas em instituições; controle social e estigmatização; justificativa de proteção social	Exclusão, violação de direitos, desumanização
Anos 1970	Início de movimentos de humanização e questionamento do modelo manicomial	Abertura de debates sobre inclusão, dignidade e direitos
2001 (Lei nº 10.216/2001)	Implementação da política antimanicomial; criação de redes de atenção psicossocial	Avanços na autonomia, liberdade e inclusão social; mudança de paradigma
Atualidade	Persistência de resquícios do modelo antigo; conflitos com a justiça criminal	Desafios na efetivação plena dos direitos, necessidade de integração entre saúde e justiça

Fonte: Autoria do autor com base nos resultados da pesquisa (2025).

Observa-se que, embora existam avanços significativos na esfera normativa e na organização de serviços substitutivos, a lógica de exclusão e segregação ainda se manifesta de forma contundente, especialmente no âmbito do sistema penal, onde prevalecem as noções de periculosidade e contenção.

Considerações finais

A simples existência de uma lei progressista não assegura, por si só, a transformação concreta das práticas sociais. A Lei nº 10.216/2001, com toda sua representatividade e capacidade de modificar paradigmas, provocou um avanço relevante na forma como a sociedade e o Estado enxergam a saúde mental, mas não eliminou a persistência de desafios profundos.

Um dos maiores obstáculos é o subfinanciamento e a descontinuidade das políticas públicas de saúde mental. Nas últimas décadas, observou-se redução de investimentos em serviços como

os CAPS, residências terapêuticas e projetos de reabilitação psicossocial, paralelamente a tentativas de retomada de convênios com hospitais psiquiátricos. Essa tendência revela o risco de retrocesso institucional, reaproximando o país de um modelo hospitalocêntrico que a própria lei buscou superar (Amarante, 1995; Delgado, 2019).

Outro desafio reside na fragilidade da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Em muitas regiões do país, especialmente em áreas rurais e periferias urbanas, há carência de equipes multiprofissionais, de transporte adequado e de articulação entre os níveis de atenção. Isso resulta em lacunas no acompanhamento contínuo, dificultando o acesso ao cuidado, favorecendo recaídas, reinternações e aprofundando processos de exclusão social.

Do ponto de vista cultural, o opróbrio e o estigma ainda figuram entre as barreiras mais persistentes. Mesmo após décadas de luta antimanicomial, a pessoa com transtorno mental continua sendo, muitas vezes, percebida como perigosa, incapaz ou indigna de convivência plena. Esse preconceito, enraizado em séculos de exclusão e desconhecimento, não apenas marginaliza o indivíduo, mas também reproduz práticas discriminatórias dentro das próprias instituições de cuidado (Goffman, 1985; Arbex, 2013).

No campo jurídico, permanecem as contradições entre a legislação penal e a Lei Antimanicomial. Como apontam Barros e Passos (2010) e Cacicedo e Santos (2022), o sistema penal ainda opera sob a lógica da periculosidade, legitimando a internação compulsória em hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico. Assim, mesmo após o avanço normativo da Lei nº 10.216/2001, o modelo de exclusão persiste dentro do sistema de justiça criminal, o que demonstra que a efetivação dos direitos das pessoas com transtornos mentais exige profunda integração entre os campos da saúde, da assistência social e do Direito.

Também é necessário considerar a formação profissional. Muitos trabalhadores da saúde ainda não foram adequadamente preparados para atuar dentro do paradigma da atenção psicossocial. A ausência de capacitação em temas como direitos humanos, escuta empática, interdisciplinaridade e cuidado em liberdade compromete a qualidade do atendimento e, por consequência, a consolidação dos princípios da Reforma Psiquiátrica (Tenório, 2002; Luz; Machado, 2014).

Conclui-se que a transformação do tratamento jurídico das questões relacionadas à saúde mental no Brasil ainda depende de mudanças estruturais, culturais e jurídicas. A consolidação de uma política de cuidado em liberdade, intersetorial e territorializada exige não apenas a manutenção de marcos normativos avançados, mas também investimentos contínuos, formação de profissionais, articulação institucional e, sobretudo, mudança de mentalidade social. Somente assim será possível assegurar às pessoas com transtornos mentais, incluindo aquelas em conflito com a lei, o pleno exercício de seus direitos fundamentais e uma vida marcada pela dignidade, pela liberdade e pela inclusão.

Referências

AGÊNCIA BRASIL. **Pai confessa que matou filho de 1 ano e 11 meses no DF**. Brasília, DF, 19 nov. 2019. Disponível em: <<https://agenciabrasil.ebc.com.br>>. Acesso em: 25 nov. 2025.

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

ARBEX, Daniela. **Holocausto brasileiro**: genocídio: 60 mil mortos no maior hospício do Brasil. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

BASAGLIA, Franco. **A instituição negada**: relato de um hospital psiquiátrico. Rio de Janeiro: Graal, 1968.

BARROS, Regina Benevides de; PASSOS, Eduardo. A cartografia como método de pesquisa-intervenção. In: PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia; ESCÓSSIA, Liliana da (org.). **Pistas do método**

da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2015. p. 17–31.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Brasília, DF: Senado Federal, 1988.
BRASIL. **Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940.** Código Penal. Diário Oficial da União, Rio de Janeiro, 31 dez. 1940.

BRASIL. **Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941.** Código de Processo Penal. Diário Oficial da União, Rio de Janeiro, 13 out. 1941.

BRASIL. **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. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 9 abr. 2001.

BRASIL. **Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003.** Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1º ago. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.** Institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 dez. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Serviços residenciais terapêuticos: o que são e para que servem.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

CACICEDO, Patrick Lemos; SANTOS, Thiago Pedro Pagliuca dos. Execução penal e saúde mental: crítica da medida de segurança e direitos fundamentais a partir do regime de dupla garantia. **Revista Brasileira de Direito**, Passo Fundo, v. 18, n. 2, p. 1–26, 2022.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura na Idade Clássica.** 9. ed. São Paulo: Perspectiva, 2001.

GOFFMAN, Erving. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada.** 4. ed. Rio de Janeiro: LTC, 1988.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos.** 7. ed. São Paulo: Perspectiva, 2001.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico 2022:** características dos domicílios e dos moradores. Rio de Janeiro: IBGE, 2024.

INSTITUTO DE PSIQUIATRIA DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS. **Saúde mental no Brasil:** dados e panorama. São Paulo: Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas, 2024. Disponível em: <<https://ipqhc.org.br>>. Acesso em: 25 nov. 2025.

IUS COMMUNE. **Grupo de Estudos e Pesquisa em História da Cultura Jurídica.** Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2020. Disponível em: <<https://iuscommune.paginas.ufsc.br>>. Acesso em: 25 nov. 2025.

MACHADO, Roberto; LOUREIRO, Andréa; LUZ, Rogério; MURICY, Kátia. **Danação da norma:** medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

OLIVEIRA, Wilson Ferreira de. Reforma psiquiátrica e atenção psicossocial: contextualização sócio-histórica, desafios e perspectivas. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 4, n. 9, p. 52–71, 2012.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Proteção e promoção da saúde mental na Região**

das Américas. Washington, DC: Organização Pan-Americana da Saúde, 2022. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/publicacoes/protecao-e-promocao-da-saude-mental-na-regiao-das-americas>>. Acesso em: 25 nov. 2025.

ROTHMAN, David J. **The discovery of the asylum: social order and disorder in the new republic.** Boston: Little, Brown, 1971.

SZASZ, Thomas Stephen. **A fabricação da loucura: um estudo comparativo entre a Inquisição e o movimento de saúde mental.** Rio de Janeiro: Guanabara, 1976.

TENÓRIO, Fernando. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 25–59, 2002.

Recebido em 15 de novembro de 2025

Aceito em 23 de fevereiro de 2026