



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA – UFPB
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS – CCJ
COORDENAÇÃO DO CURSO DE DIREITO – CAMPUS JOÃO PESSOA
COORDENAÇÃO DE MONOGRAFIA

PEDRO HENRIQUE MARTINS PEREIRA

LUTA ANTIMANICOMIAL EM MOVIMENTO: AVANÇOS E DESAFIOS NA
GARANTIA DE DIREITOS PELA RESOLUÇÃO CNJ N° 487/2023

JOÃO PESSOA
2025

PEDRO HENRIQUE MARTINS PEREIRA

**LUTA ANTIMANICOMIAL EM MOVIMENTO: AVANÇOS E DESAFIOS NA
GARANTIA DE DIREITOS PELA RESOLUÇÃO CNJ N° 487/2023**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Graduação em
Direito de João Pessoa do Centro de
Ciências Jurídicas da Universidade
Federal da Paraíba como requisito parcial
da obtenção do grau de Bacharel em
Direito.

Orientadora: Dr.^a Juliana Toledo Araújo
Rocha

**JOÃO PESSOA
2025**

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

P436l Pereira, Pedro Henrique Martins.

A luta antimanicomial em movimento: avanços e desafios na garantia de direitos pela resolução CNJ nº 487/2023 / Pedro Henrique Martins Pereira. - João Pessoa, 2025.
80 f.

Orientação: Juliana Toledo Araújo Rocha.
TCC (Graduação) - UFPB/CCJ.

1. Luta antimanicomial. 2. Resolução CNJ nº 487/2023. 3. Medidas de segurança. 4. Saúde mental. I. Rocha, Juliana Toledo Araújo. II. Título.

UFPB/CCJ

CDU 34

PEDRO HENRIQUE MARTINS PEREIRA

**LUTA ANTIMANICOMIAL EM MOVIMENTO: AVANÇOS E DESAFIOS NA
GARANTIA DE DIREITOS PELA RESOLUÇÃO CNJ N° 487/2023**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Graduação em
Direito de João Pessoa do Centro de
Ciências Jurídicas da Universidade
Federal da Paraíba como requisito parcial
da obtenção do grau de Bacharel em
Direito.

Orientadora: Dr.^a Juliana Toledo Araújo
Rocha

DATA DA APROVAÇÃO: 29/09/2025

BANCA EXAMINADORA:

Prof.^a Dr.^a JULIANA TOLEDO ARAÚJO ROCHA

(ORIENTADORA)



Documento assinado digitalmente
LARISSA TEIXEIRA MENEZES DE FREITAS
Data: 30/09/2025 09:57:35-0300
Verifique em <https://validar.itl.gov.br>

Prof Dr.^a LARISSA TEIXEIRA MENEZES DE FREITAS

(AVALIADORA)



Documento assinado digitalmente
LENILMA CRISTINA SENA DE FIGUEIREDO MEIRELLES
Data: 01/10/2025 09:59:25-0300
Verifique em <https://validar.itl.gov.br>

Prof Dr.^a LENILMA CRISTINA SENA DE FIGUEIREDO MEIRELLES

(AVALIADORA)

**Dedico este trabalho a minha mãe e meu pai
pois sem eles não chegaria tão longe,
dedico também ao meu companheiro de
estrada que por muitas vezes me fez não
desistir no meio do caminho**

AGRADECIMENTOS

Agradeço àquele que sempre me incentivou a focar nos estudos, meu pai, Marcos Pereira da Silva, e à minha mãe, Eliane Martins da Silva, pois, sem eles, nada disso seria possível. Agradeço a E.F.S., que foi meu fiel escudeiro e companheiro durante todos estes anos na UFPB.

Agradeço à República Federativa do Brasil pelo ensino público e de qualidade nas universidades federais.

Meu agradecimento especial vai à minha orientadora, Prof.^a Dr.^a Juliana Toledo, cuja paciência e ternura me guiaram durante todo esse processo de pesquisa e escrita do Trabalho de Conclusão de Curso.

A persistência é o caminho do êxito
Charles Chaplin

RESUMO

Este trabalho analisa os avanços e desafios na garantia de direitos das pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei, a partir da Resolução do Conselho Nacional de Justiça nº 487/2023, que institui a Política Antimanicomial do Poder Judiciário. A pesquisa situa-se no contexto histórico e teórico da luta antimanicomial brasileira, recuperando as contribuições de Foucault e Goffman para a crítica ao paradigma manicomial, e examina o marco legal da Reforma Psiquiátrica, em especial a Lei nº 10.216/2001, bem como os retrocessos representados pela contrarreforma psiquiátrica na década de 2010. Por meio de análise jurisprudencial qualitativa, o estudo avalia a aplicação e efetividade da Resolução CNJ nº 487/2023 no âmbito do Judiciário, identificando tanto alinhamentos pontuais com seus princípios quanto resistências estruturais e culturais que perpetuam a lógica manicomial. Conclui-se que, embora a Resolução represente um avanço normativo significativo e um marco na luta pela desinstitucionalização, sua efetividade prática é limitada pela persistência de entendimentos judiciais que privilegiam a internação com base em critérios abstratos de periculosidade e pela insuficiência da rede de atenção psicossocial. O estudo demonstra a necessidade de uma transformação cultural no sistema de justiça e de investimentos robustos na Rede de Atenção Psicossocial para que os direitos fundamentais desse grupo sejam plenamente garantidos.

Palavras-chave: luta antimanicomial; resolução CNJ nº 487/2023; medidas de segurança; saúde mental.

ABSTRACT

This study examines the advances and challenges in guaranteeing the rights of people with mental disorders in conflict with the law, based on CNJ Resolution No. 487/2023, which establishes the Anti-Asylum Policy of the Judiciary. The research is situated within the historical and theoretical context of the Brazilian anti-asylum movement, drawing on contributions from Foucault and Goffman to critique the asylum paradigm, and examines the legal framework of the Psychiatric Reform, especially Law No. 10,216/2001, as well as the setbacks represented by the psychiatric counter-reform in the 2010s. Through qualitative jurisprudential analysis, the study evaluates the application and effectiveness of CNJ Resolution No. 487/2023 within the Judiciary, identifying both partial alignments with its principles and structural and cultural resistances that perpetuate the asylum logic. It concludes that although the Resolution represents a significant normative advance and a milestone in the struggle for deinstitutionalization, its practical effectiveness is limited by the persistence of judicial understandings that prioritize incarceration based on abstract dangerousness criteria and by the insufficiency of the psychosocial care network. The study demonstrates the need for a cultural transformation within the justice system and robust investments in the Psychosocial Care Network to fully guarantee the fundamental rights of this group.

Key-words: anti-asylum movement; CNJ resolution no. 487/2023; safety measures; mental health.

SUMÁRIO

1	<u>INTRODUÇÃO.....</u>	11
2	<u>CONTEXTO HISTÓRICO E TEÓRICO DA LUTA ANTIMANICOMIAL.....</u>	14
2.1	<u>Fundamentos teóricos do paradigma manicomial: o manicômio na visão de Foucault e Goffman.....</u>	14
2.2	<u>O paradigma manicomial no Brasil.....</u>	19
2.3	<u>A crítica ao paradigma manicomial e a luta antimanicomial brasileira...20</u>	
3	<u>O MARCO LEGAL DA LUTA ANTIMANICOMIAL E OS DESAFIOS DA CONTRARREFORMA: UM OLHAR SOBRE AS PESSOAS EM CONFLITO COM A LEI.....</u>	24
3.1	<u>As mudanças trazidas pela Lei Antimanicomial.....</u>	25
3.2	<u>As pessoas com transtorno mental em conflito com a lei e a medida de segurança.....</u>	27
3.3	<u>Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).....</u>	32
3.4	<u>A contrarreforma brasileira e a fragilização da RAPS.....</u>	35
4	<u>A RESOLUÇÃO Nº 487/2023: UM ATO CONTRA MANICOMIALIDADE DO SISTEMA JUDICIÁRIO.....</u>	40
4.1	<u>A força vinculante dos atos do conselho nacional de justiça.....</u>	40
4.2	<u>Inovações e diretrizes da Resolução CNJ nº 487/2023.....</u>	41
4.2.1	<u>Dos Projetos Terapêuticos Singulares (PTS).....</u>	42
4.2.2	<u>Da possibilidade de desinstitucionalização que a Resolução determina.....</u>	43
4.3	<u>Da análise jurisprudencial sobre a aplicação da R487.....</u>	45
4.3.1	<u>Das decisões que determinaram o encaminhamento do encarcerado ao tratamento adequado.....</u>	47
4.3.2	<u>Das decisões que determinaram pela medida de segurança de internação. 50</u>	
4.3.2.1	<u>Da periculosidade do agente delitivo e da ineficácia dos art. 3º e 13º da R487 nas decisões analisadas.....</u>	54
4.3.2.2	<u>Do cumprimento de medida de segurança de internação em instituições prisionais e a ineficácia do art. 13º, §1º da 487 nas decisões analisadas.....</u>	57
4.4	<u>Da conclusão da análise jurisprudencial.....</u>	59
5	<u>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</u>	61
	<u>REFERÊNCIAS.....</u>	64

1 INTRODUÇÃO

A luta antimanicomial no Brasil representa um dos movimentos sociais mais significativos no campo da saúde mental e dos direitos humanos, contestando historicamente o paradigma manicomial de segregação e violência institucional. A Resolução do CNJ nº 487/2023 emerge como um marco normativo recente, com o propósito de institucionalizar uma política judiciária antimanicomial, garantindo os direitos fundamentais das pessoas com transtornos mentais, especialmente aquelas em conflito com a lei. Este trabalho dedica-se a analisar os avanços e os desafios trazidos por essa Resolução, situando-a no contexto histórico e teórico da Reforma Psiquiátrica brasileira.

O problema de pesquisa que orienta este estudo é: até que ponto a Resolução CNJ nº 487/2023 efetiva os princípios da Reforma Psiquiátrica e garante os direitos das pessoas com transtorno mental em conflito com a lei, superando a lógica manicomial ainda presente no sistema de justiça?

Os objetivos específicos são; a) reconstituir o contexto histórico e teórico da luta antimanicomial, com ênfase nas contribuições fundamentais de Michel Foucault e Erving Goffman para a crítica ao paradigma asilar; b) analisar o marco legal da Reforma Psiquiátrica brasileira, em especial a Lei nº 10.216/2001, a controvérsia que ela gera em relação a legislação penal vigente, a criação da rede de atenção psicossocial e os retrocessos representados pela contrarreforma psiquiátrica; c) examinar as inovações e diretrizes introduzidas pela Resolução CNJ nº 487/2023; e d) avaliar, por meio de análise jurisprudencial, a aplicação e a efetividade da Resolução no Poder Judiciário.

A justificativa para esta pesquisa reside na urgência de se compreender como o sistema de justiça brasileiro tem respondido às demandas por um tratamento digno e não manicomial, especialmente diante da persistência de violações de direitos em hospitais de custódia e instituições congêneres.

Quanto à metodologia, trata-se de uma pesquisa qualitativa, de natureza teórico-documental, que utiliza a análise bibliográfica e jurisprudencial como técnicas centrais. Foram consultadas doutrinas especializadas, legislações, resoluções e decisões judiciais recentes, com o intuito de confrontar o discurso normativo com a

prática jurídica. A abordagem é crítica e interdisciplinar, dialogando com o Direito, a Saúde Coletiva e a Sociologia.

A opção por iniciar a fundamentação teórica com as obras de Michel Foucault e Erving Goffman é estratégica e estruturante. Foucault, em sua arqueologia do saber sobre a loucura, desnaturaliza o manicômio ao revelá-lo não como uma evolução natural e benevolente da medicina, mas como um instrumento de poder e controle social. Sua análise macroestrutural desvenda as relações entre saber e poder que legitimaram a segregação dos considerados "insanos".

Em uma perspectiva complementar, Goffman, com sua análise microsociológica das "instituições totais", fornece a chave para entender os mecanismos concretos de funcionamento interno do manicômio, processos de "mortificação do eu", despersonalização e adestramento que destroem a subjetividade e a autonomia do indivíduo internado. A conjugação dessas duas perspectivas, a macropolítica de Foucault e a micropolítica de Goffman, oferece um quadro teórico robusto para compreender a lógica profunda do paradigma manicomial que a Reforma Psiquiátrica e a Resolução CNJ nº 487/2023 buscam superar.

Na sequência, a análise do marco legal da Reforma Psiquiátrica e dos desafios da contrarreforma justifica-se como uma ponte necessária entre a crítica teórica e a realidade normativa e política brasileira. Este capítulo é essencial para demonstrar como a lógica manicomial, antes desvelada teoricamente, foi historicamente combatida, parcialmente superada pela Lei nº 10.216/2001, e posteriormente resistiu e se reorganizou através de um movimento de contrarreforma. Ao focar no grupo específico das pessoas em conflito com a lei, o capítulo expõe a contradição fundamental entre os avanços do modelo psicossocial e a persistência de um sistema penal ancorado em medidas de segurança de caráter asilar e punitivo.

Por fim, a investigação da Resolução CNJ nº 487/2023 constitui o cerne analítico do trabalho e a razão de ser da pesquisa. A opção por dedicar um capítulo à análise de seu texto normativo, suas inovações, diretrizes e mecanismos decorre da necessidade de compreender seu potencial transformador em sua integralidade. Este exame é pré-requisito indispensável para a avaliação jurisprudencial que se segue, pois fornece o parâmetro legal e principiológico contra o qual a prática judicial será comparada.

O trabalho está organizado em três capítulos. O primeiro, fundamentado na crítica de Foucault e Goffman, contextualiza historicamente a luta antimanicomial, recuperando suas bases teóricas e seu desenvolvimento no Brasil. O segundo examina o marco legal da Reforma Psiquiátrica, suas controvérsias e os desafios impostos pela contrarreforma. O terceiro capítulo é dedicado à análise detalhada da Resolução CNJ nº 487/2023, suas inovações e diretrizes, e por fim, apresenta uma análise jurisprudencial sobre a aplicação da Resolução, identificando avanços e resistências na sua implementação.

2 CONTEXTO HISTÓRICO E TEÓRICO DA LUTA ANTIMANICOMIAL

Para compreender a emergência e os fundamentos da luta antimanicomial no Brasil, é imprescindível revisitar as bases históricas e teóricas que sustentaram, por séculos, o paradigma manicomial de tratamento em saúde mental (AMARANTE, 1995).

Este capítulo busca reconstruir essa trajetória, partindo da consolidação do modelo asilar, passando pela influência internacional da Psiquiatria Democrática de Franco Basaglia, até chegar aos movimentos sociais e às críticas institucionais que germinaram no contexto brasileiro, especialmente durante o período da ditadura militar.

Por meio dessa contextualização, pretende-se não apenas elucidar as raízes de um sistema marcado pela exclusão e violência, mas também destacar as rupturas teóricas e práticas que pavimentaram o caminho rumo a um modelo de cuidado psicossocial, aberto, comunitário e centrado nos direitos humanos.

2.1 Fundamentos teóricos do paradigma manicomial: o manicômio na visão de Foucault e Goffman

O paradigma manicomial consolidou-se como modelo predominante de cuidado e controle sobre pessoas com transtornos mentais ao longo da modernidade, a reconfiguração epistemológica ocorrida entre os séculos XVI e XVII, marcada pela transição de uma compreensão transcendental da loucura para uma abordagem medicalizante e controladora, instituiu as bases discursivas e práticas que legitimaram a exclusão socioinstitucional dos indivíduos considerados insanos, inaugurando assim o paradigma manicomial moderno, nas palavras de Michel Foucault:

A problemática da loucura — a de Montaigne — se vê, com isso, modificada. De um modo quase imperceptível, sem dúvida, mas decisivo. Ei-la agora colocada numa região de exclusão, da qual não se libertará, a não ser parcialmente, na Fenomenologia do Espírito. A não-razão do século XVI constituía uma espécie de ameaça aberta cujos perigos podiam sempre, pelo menos de direito, comprometer as relações da subjetividade e da verdade. O percurso da dúvida cartesiana parece testemunhar que no século XVII esse perigo está conjurado e que a loucura foi colocada fora do

domínio no qual o sujeito detém seus direitos à verdade: domínio este que, para o pensamento clássico, é a própria razão. Doravante, a loucura está exilada [...] (Foucault, 1978, p. 54).

Foucault (1978), ao investigar a história da loucura na idade clássica, descreve essa mudança e constata o começo do Grande Internamento. O evento narrado pelo autor francês constitui um marco histórico fundamental na transformação das representações sociais sobre a loucura e na reconfiguração das práticas de tratamento a ela dirigidas.

Esse processo, iniciado no século XVII, representou a transição de uma percepção dispersa e culturalmente integrada do fenômeno mental para uma lógica de confinamento institucional e controle social sistemático “é sabido que o século XVII criou vastas casas de internamento; não é muito sabido que, mais de um habitante em cada cem da cidade de Paris viu-se fechado numa delas” (FOUCAULT, 1978. p. 55).

Trata-se de um período da França em que os indivíduos considerados loucos, mas também pobres, mendigos e outros grupos marginalizados, foram enclausurados em instituições de caráter hospitalar:

Percebe-se também que estavam misturados com a população das Workhouses ou Zuchthusern. Mas nunca aconteceu de seu estatuto nelas ser claramente determinado, nem qual sentido tinha essa vizinhança que parecia atribuir uma mesma pátria aos pobres, aos desempregados, aos correccionários e aos insanos [...] (FOUCAULT, 1978, p. 55).

Esse internamento não visava exclusivamente a fins terapêuticos, mas respondia a uma lógica de disciplinamento social, na qual a exclusão operada dentro dessas instituições era legitimada pelo discurso médico e pela autoridade jurídica, que se personificava na figura dos diretores do Hospital Geral da França do século XVII:

Essa tarefa é confiada a diretores nomeados por toda a vida, e que exercem seus poderes não apenas nos prédios do Hospital como também em toda a cidade de Paris[...] o Hospital Geral não é um estabelecimento médico. É antes uma estrutura semi jurídica, uma espécie de entidade administrativa que, ao lado dos poderes já constituídos, e além dos tribunais, decide, julga

e executa[...] Soberania quase absoluta, jurisdição sem apelações, direito de execução contra o qual nada pode prevalecer o Hospital Geral é um estranho poder que o rei estabelece entre a polícia e a justiça, nos limites da lei: é a terceira ordem da repressão [...] (FOUCAULT, 1978, p. 57).

O hospital psiquiátrico transformou-se, assim, em um espaço de vigilância contínua, onde a organização do espaço, o tempo e as condutas eram minuciosamente planejadas para assegurar o controle dos internados. Ainda sobre o Hospital Geral da França:

Em seu funcionamento, ou em seus propósitos, o Hospital Geral não se assemelha a nenhuma idéia médica. É uma instância da ordem, da ordem monárquica e burguesa que se organiza na França nessa mesma época. Está diretamente ligado ao poder real que o colocou sob a autoridade única do governo civil; o Grande Dispensário do Reino, que constituía antes, na política da assistência, a mediação eclesiástica e espiritual; vê-se repentinamente posto para fora de circuito [...] (FOUCAULT, 1978, p. 57).

A análise foucaultiana aponta para a função política das instituições asilares: mais do que curar, elas produzem e reforçam relações de poder. Isso significa que o hospital psiquiátrico deve ser compreendido como parte de um sistema mais amplo de normalização social, no qual o “desvio” é identificado, separado e neutralizado.

No século XIX, a psiquiatria emergente apropriou-se da loucura, retirando-a de um campo de significados morais ou religiosos e inserindo-a no domínio do saber científico (FOUCAULT, 1978). Nesse sentido, Basaglia afirma:

O que caracteriza as instituições é a nítida divisão entre os que têm poder e os que não o têm[...] A violência e a exclusão estão na base de todas as relações que se estabelecem em nossa sociedade[...] Entretanto, a sociedade chamada do “bem-estar”, da “abundância”, descobriu agora que não deve expor abertamente sua face de violência para não criar em seu seio contradições demasiado evidentes, que se voltariam contra ela. Por isso encontrou um novo sistema: o de estender a concessão do poder aos técnicos, que o exercerão em seu nome e que continuarão a criar, através de novas formas de violência - a violência técnica -, novos rejeitados [...] (BASAGLIA, 1985, p. 101-102).

A partir desse enquadramento, o sujeito dito “louco” passou a ser descrito, classificado e tratado como objeto de intervenção técnica, perdendo autonomia sobre sua própria condição.

Além da análise macroestrutural de Foucault, Erving Goffman oferece uma perspectiva microsociológica sobre as instituições totais. Segundo Goffman (1961), ao receberem novos internos, essas instituições implementam um processo sistemático de mortificação do eu, no qual as marcas identitárias dos indivíduos são suprimidas em favor da assimilação coercitiva da lógica institucional.

Em uma abordagem complementar, o sociólogo americano-canadense evidencia não apenas a função corretiva dessas instituições, mas também as esferas da vida nas quais as barreiras criadas pelos manicômios interferiam, processo que resultava na institucionalização do indivíduo:

Uma disposição básica da sociedade moderna é que o indivíduo tende a dormir, brincar e trabalhar em diferentes lugares, com diferentes co-participantes, sob diferentes autoridades e sem um plano racional geral. O aspecto central das instituições totais pode ser descrito como a ruptura das barreiras que comumente separam essas três esferas da vida. Em primeiro lugar, todos os aspectos da vida são realizados no mesmo local e sob uma única autoridade. Em segundo lugar, cada fase da atividade diária do participante é realizada na companhia imediata de um grupo relativamente grande de outras pessoas, todas elas tratadas da mesma forma e obrigadas a fazer as mesmas coisas em conjunto. Em terceiro lugar, todas as atividades diárias são rigorosamente estabelecidas em horários, pois uma atividade leva, em tempo predeterminado, à seguinte, e toda a sequência de atividades é imposta de cima, por um sistema de regras formais explícitas e um grupo de funcionários. Finalmente, as várias atividades obrigatórias são reunidas num plano racional único, supostamente planejado para atender aos objetivos oficiais da instituição [...] (GOFFMAN, 1961, p. 17-18).

Esse mecanismo de controle opera por meio da limitação progressiva do eu, mediante a padronização de condutas, a restrição de autonomia e a desconstrução de singularidades. O indivíduo ao ingressar na instituição total, “começa uma série de rebaixamentos, degradações, humilhações e profanações,

com isso o seu eu é sistematicamente, embora muitas vezes não intencionalmente mortificado” (GOFFMAN, 1961. p. 24).

Para Goffman (1961), o isolamento físico e social dos internos e a administração centralizada de todos os aspectos de sua vida compõem o conjunto de mecanismos que reduzem a individualidade e fomentam a dependência em relação à instituição. Nesse processo, a identidade pessoal é desmantelada por meio de práticas institucionais específicas, como a uniformização do vestuário, a imposição de regras rígidas, a perda de objetos pessoais e a submissão a horários inflexíveis (GOFFMAN, 1961).

A desconstrução do eu e a imposição de novas práticas coercitivas, em suas variadas modalidades, constituem violências contra a existência e a subjetividade do paciente:

Qualquer que seja a forma ou a fonte dessas diferentes indignidades, o indivíduo precisa participar de atividade cujas consequências simbólicas são incompatíveis com sua concepção do eu. Um exemplo mais difuso desse tipo de mortificação ocorre quando é obrigado a executar uma rotina diária de vida que considera estranha a ele [...] (GOFFMAN, 1961, p. 31).

Essas práticas não são meros acidentes organizacionais, mas elementos constitutivos da lógica institucional. Como aponta Goffman (1961, p. 74), “esta contradição, entre o que a instituição faz e aquilo que oficialmente deve dizer que faz, constitui o conceito básico da atividade diária da equipe dirigente”.

O que está em jogo não é apenas a cura, mas a manutenção de uma ordem interna que exige a conformidade dos internos com as normas estabelecidas. Nessa perspectiva, o manicômio, assim como outras instituições totais, desempenha uma função de integração forçada, moldando comportamentos e identidades segundo padrões pré-definidos (BASAGLIA, 1985).

Ao confrontar as perspectivas de Foucault e Goffman, percebe-se que ambos reconhecem o caráter disciplinador e excludente do manicômio: Foucault enfatiza as dimensões históricas e as relações entre saber e poder, enquanto Goffman focaliza as interações cotidianas e os efeitos subjetivos do confinamento.

Essa conjugação teórica é particularmente útil para compreender por que esse modelo foi internacionalizado e adotado pelo Brasil e por que práticas

manicomiais semelhantes às descritas persistem mesmo após anos de avanço da Reforma Psiquiátrica e da sociedade.

2.2 O paradigma manicomial no Brasil

No Brasil, o primeiro manicômio construído foi o Hospício Dom Pedro II, em meados do século XIX, no Rio de Janeiro. Conforme aponta Ignatowski (2018, p. 203):

À sua criação se seguiu o surgimento de instituições similares por todo o país. A assistência psiquiátrica brasileira nascia - e, por muito tempo, permaneceria - restrita ao modelo alienista francês, marcado pela internação prolongada, distanciada da família dos pacientes e do convívio social extra hospitalar [...] (IGNATOWSKI, 2018, p. 203).

Essa lógica manicomial, asilar e excludente reinou de forma unânime em território nacional por mais de um século. Seu maior expoente foi o Hospital Colônia de Barbacena, em Minas Gerais. Inaugurado em 1903 como um sanatório para tuberculosos, o hospital tornou-se, a partir de 1930, uma instituição destinada ao internamento de “indesejados” e excluídos de toda a região e do estado. Este símbolo da crueldade do modelo asilar foi finalmente desativado em 1998, após quase um século de operação que resultou na morte de mais de 60 mil pessoas no processo conhecido como “Holocausto Brasileiro” (ARBEX, 2013).

O caráter excludente e segregador do modelo asilar manicomial fica evidente ao se analisar a ausência de critérios diagnósticos e terapêuticos claros para a internação no Complexo de Barbacena (ARBEX, 2013). A instituição operava sob uma lógica de contenção social, na qual a internação não era pautada por laudos psiquiátricos formais ou indicações clínicas precisas. Consequentemente, uma parcela significativa dos indivíduos internados sequer possuía um diagnóstico de transtorno mental validado (ARBEX, 2013). Nesse contexto, o hospital deixava de cumprir uma função sanitária para assumir o papel de um depósito de “indesejáveis”, confinando grupos sociais marginalizados, como indigentes, pessoas com alcoolismo, profissionais do sexo, homossexuais e opositores políticos, que eram

percebidos como estorvos à ordem social vigente (ARBEX, 2013). Em documento oficial, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) reconhece

Hospital Colônia de Barbacena, projetado para 200 pacientes, chegou a abrigar, em 1960, ao mesmo tempo, mais de 5 mil pessoas. No geral, apenas 30% delas possuíam diagnóstico médico de problema mental. Na esteira da cultura higienista que assolava o Brasil, homossexuais, militantes políticos e mulheres que perdiam a virgindade antes do casamento eram enviados para lá. Os números das vítimas não são consensuais entre historiadores que investigam a saga do hospital inaugurado em 1903[.] O que ninguém discute é que o que aconteceu ali não pode jamais voltar a ocorrer [...] (BRASIL, 2018).

Nesse contexto, tem início um movimento de crítica ao paradigma manicomial no Brasil. Fortemente inspirado no trabalho revolucionário do psiquiatra italiano Franco Basaglia, esse movimento encontrou em seus ideais o seu princípio norteador (AMARANTE, 1995).

2.3 A crítica ao paradigma manicomial e a luta antimanicomial brasileira

O psiquiatra italiano, ao se opor radicalmente à psiquiatria tradicional manicomial, propôs um modelo focado na desospitalização e na reinserção social do paciente, um paradigma que posteriormente foi endossado e recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS):

Devido aos resultados positivos que alcançou na Itália, a abordagem de Basaglia passou a ser recomendada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) a partir de 1973. A posição da OMS tornou o debate mundial e a discussão chegou ao Brasil (BRASIL, 2021).

A análise baságliana ofereceu, assim, um marco teórico crucial para compreender a violência inerente às instituições totais, denunciando a estrutura manicomial como um aparato de exclusão social (AMORIM; DIMENSTEIN, 2007). Conforme Basaglia (1985) explica, a violência manicomial não se resume à coerção física explícita, mas consolida-se por meio de mecanismos sutis de controle técnico-científico, que perpetuam a exclusão sob novos discursos de normalização.

A corrente da “Psiquiatria Democrática” fertilizou discussões críticas acerca da humanização dos cuidados e da centralidade do aspecto social da clínica psiquiátrica, constituindo-se como um eixo fundamental para o desdobramento desse campo no país. Conforme Ignatowski (2018, p. 205):

muitas denúncias foram feitas na década de 1970 a respeito da mercantilização da assistência psiquiátrica brasileira, da consequente precarização do tratamento oferecido e das condições de trabalho para os profissionais da saúde mental [...] (IGNATOWSKI, 2018, p. 205).

Tais denúncias ensejaram um esboço do que viria a ser o movimento de luta antimanicomial brasileiro. Para Filho e Lemos (2012, p. 55), “a luta antimanicomial configura um tipo de luta transversal em torno desse problema estratégico e fundamental no mundo moderno, que é a loucura”.

Para os autores, a luta tem por objetivo precípua o fim dos manicômios, mas não esgota seu objetivo com o fim destes, uma vez que “a questão manicomial ecoa muito além dos muros do hospital psiquiátrico ou do domínio estrito das práticas manicomiais” (FILHO; LEMOS, 2012, p. 55).

Porém, foi apenas no final da década de 1970 e no início dos anos 1980, em plena ditadura empresarial-militar, que o estopim dessa luta aconteceu. Quatro bolsistas, profissionais da saúde da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), passaram a denunciar os cenários degradantes aos quais os pacientes eram submetidos na maior parte dos hospitais psiquiátricos do Rio de Janeiro (AMARANTE, 1995).

Mesmo sob retaliação do governo ditatorial, que resultou na demissão de inúmeros trabalhadores, a “crise da DINSAM”, como ficou conhecida, foi o gatilho para o início da mobilização coletiva em busca de uma sociedade antimanicomial. Um ano após a crise, surgiu o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). Sobre o movimento, Amarante (1995, p. 52) afirma que seu objetivo era:

constituir-se em um espaço de luta não institucional, em um locus de debate e encaminhamento de propostas de transformação da assistência psiquiátrica, que aglutina informações, organiza encontros, reúne trabalhadores em saúde, associações de classe, bem como entidades e setores mais amplos da sociedade (AMARANTE, 1995, p. 52).

O MTSM era apenas o início de um movimento social que ficaria conhecido como o movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Conforme documenta o Ministério da Saúde (2021):

Em 1979, foi criado o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) e em 1987, o movimento antimanicomial, dando continuidade à luta pela nova psiquiatria. O projeto de reforma psiquiátrica foi apresentado em 1989 pelo então deputado Paulo Delgado (MG) (BRASIL, 2021).

O movimento da Luta Antimanicomial configura-se como uma frente social pela integração psicossocial, construído por uma multiplicidade de agentes que transcendem o ambiente clínico tradicional. Familiares, usuários dos serviços de saúde mental, profissionais da área, artistas e acadêmicos atuam de forma conjunta, com o objetivo primordial de garantir direitos e construir uma sociedade sem exclusões, substituindo o paradigma da segregação pelo da cidadania (AMARANTE; NUNES, 2018).

Impulsionado pelo processo de redemocratização do país e pela assimilação de experiências internacionais de desinstitucionalização, em especial pelas contribuições fundamentais do já citado Franco Basaglia e da Reforma Psiquiátrica Italiana, o movimento brasileiro pela Reforma Psiquiátrica passou a defender a substituição dos hospitais psiquiátricos por serviços territoriais.

Com a Constituição de 1988, a saúde se tornou um direito de todos e um dever do Estado, alcançando o mais alto nível de proteção jurídica no país. A Carta Magna a consolidou como um pilar da dignidade humana, garantindo que seu acesso universal seja um compromisso inegociável. No art. 198, o legislador constituinte positivou o princípio da regionalização do atendimento, estabelecendo que “as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único”, organizado sob as diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade (BRASIL, 1988).

Esse arcabouço legal reforça que a regra é o tratamento em meio aberto e a reintegração social do paciente. Para Basaglia (1979, p. 57, apud AMARANTE, 1995, p. 46), a mudança necessária veio no sentido de parar de tratar a doença e

começar a tratar os seres humanos. Sobre a lógica normativa manicomial anterior, o autor leciona que “nesse processo, é operada a produção da doença mental enquanto objeto médico, e com ela toda uma prática de diagnóstico, medicalização e estruturação de paradigmas que justifiquem a intervenção”.

A expressão de Basaglia, conforme citada por Amarante (1995, p. 46), resume esta passagem ao afirmar que “a psiquiatria sempre colocou o homem entre parênteses e se preocupou com a doença” (BASAGLIA, 1979, p. 57). Neste sentido, as práticas psiquiátricas pretendiam muito mais intervir/assistir ao paciente, feito objeto, do que interagir com a existência-sofrimento que se apresentava (AMARANTE, 1995).

Para Amarante (1995), a transformação não deveria restringir-se a alterar a infraestrutura, mas a romper com a lógica excludente e hierarquizada que caracteriza o manicômio, realizando um tratamento individualizado e digno.

A Luta Antimanicomial teve um de seus ápices com a publicação da Lei nº 10.216/2001, por meio da qual o respeito aos direitos e garantias fundamentais das pessoas em tratamento de saúde mental, em especial a dignidade da pessoa humana, foi positivado (SANTOS, 2023).

3 O MARCO LEGAL DA LUTA ANTIMANICOMIAL E OS DESAFIOS DA CONTRARREFORMA: UM OLHAR SOBRE AS PESSOAS EM CONFLITO COM A LEI

A gênese dessa transformação no Brasil está intrinsecamente ligada a um movimento internacional, influenciado pela Declaração dos Direitos das Pessoas com Deficiência, publicada pela Organização das Nações Unidas (ONU) em 1975, e catalisada pela Declaração de Caracas em 1990. Este último documento conclamou os países das Américas a reestruturarem sua atenção psiquiátrica com base nos cuidados comunitários e na plena integração dos serviços de saúde mental à rede de saúde primária (BRASIL, 1990).

Segundo Prado, Severo e Guerrero (2020), a urgência de uma legislação protetiva foi dinamizada pelo falecimento do interno Damião Ximenes Lopes, ocorrido na Casa de Repouso Guararapes em 1999. O óbito, que comprovadamente resultou de tortura e maus-tratos dentro da instituição, então credenciada ao SUS, aliado à inércia do Estado brasileiro em investigar e punir os responsáveis, levou sua irmã, Irene Ximenes, a denunciar o caso à Comissão Interamericana de Direitos Humanos. O caso foi subsequentemente levado à Corte Interamericana de Direitos Humanos, resultando na primeira condenação do Brasil por violação de direitos humanos no plano internacional. Embora a condenação fosse posterior à publicação da lei, a situação gerou grande pressão social por mudanças no tratamento das pessoas com problemas de saúde mental (PRADO; SEVERO; GUERRERO, 2020).

Esse cenário demonstra que a conquista de uma norma que materializasse os anseios do movimento antimanicomial foi um processo longo e marcado por intensa mobilização social (AMARANTE, 1995). Conforme relata Amarante (1995), a trajetória legislativa da Lei da Reforma Psiquiátrica começou a ganhar forma em 1989, com o Projeto de Lei (PL) nº 3.657, de autoria do então deputado Paulo Delgado. O texto original, coeso e necessário, propunha em seu art. 2º a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos de caráter asilar e sua substituição por uma rede de atenção psicossocial, visando uma mudança natural e gradual.

No entanto, após dez anos de tramitação, o artigo central do PL foi suprimido e alterado pelo Senado Federal (BRASIL, 1999). O projeto foi finalmente

sancionado somente em 2001, com muitas alterações em seu texto original, tornando-se a conhecida Lei Antimanicomial (Lei nº 10.216/2001), um marco mesmo em sua forma mitigada.

3.1 As mudanças trazidas pela Lei Antimanicomial

A Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, representa a consolidação normativa de uma mudança de paradigma: aquilo que era demanda de um movimento de oposição transforma-se em política pública de Estado. O dispositivo estabelece a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais como princípio fundamental, bem como a vedação a qualquer tipo de discriminação, impondo um tratamento digno e humanizado ao paciente (BRASIL, 2001).

O texto da Lei Antimanicomial consagra a internação como medida de ultima ratio, a ser utilizada apenas quando os recursos extra-hospitalares e os serviços substitutivos se mostrarem insuficientes. Dessa forma, a lei prioriza, sempre que possível, o tratamento em liberdade e a reinserção familiar e social do indivíduo (CASTRO; SILVA, 2020).

Nesse sentido, o art. 4º da Lei estabelece que “a internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes” (BRASIL, 2001), priorizando, assim, o tratamento externo, integrado e territorial em detrimento do interno. Além disso, o art. 6º, incisos I, II e III, estrutura as modalidades de internação, voluntária, involuntária e compulsória, que devem ocorrer apenas mediante laudo médico pericial que determine a internação. A lei impõe salvaguardas e acompanhamento multiprofissional como forma de mitigar abusos e garantir direitos, proibindo expressamente o tratamento em instituições com características asilares (BRASIL, 2001).

Cumprir destacar que as duas primeiras modalidades de internação aplicam-se a qualquer cidadão em sofrimento psíquico, enquanto a terceira modalidade, a compulsória, é destinada ao autor de infração penal inimputável ou semi-imputável, nos termos do disposto no Código Penal (SANTOS, 2023).

Segundo Jacobina (2004), a Lei da Reforma Psiquiátrica foi um marco legal que refletiu o avanço técnico-científico de sua época no tratamento de pessoas com transtorno mental, incorporando princípios democráticos alinhados à

Constituição e às diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). No entanto, ao estender essas garantias aos chamados “loucos infratores”, a legislação expôs uma contradição no ordenamento jurídico brasileiro: a incompatibilidade entre os direitos assegurados pela reforma e o regime das medidas de segurança previsto no Código Penal e na Lei de Execuções Penais (LEP). Conforme o autor, tais medidas, embora revestidas de um discurso terapêutico, configuram-se essencialmente como uma sanção penal dirigida especificamente a pessoas com transtorno ou perturbação mental em conflito com a lei (JACOBINA, 2004). Para Oliveira e Freitas (2019, p. 4), “dentre outras coisas, a referida lei é um marco do reconhecimento do destinatário da medida de segurança como um sujeito de direitos”.

Nesse contexto, entende-se que, o simples deslocamento físico do cuidado não garante a eliminação das práticas institucionais coercitivas, pois, como alertam Filho e Lemos (2012, p. 56), “o equívoco legalista-cartorialista operante na cultura brasileira dificulta perceber que não se decreta uma transformação social através de um ato legal”. Mesmo em serviços comunitários, podem persistir formas sutis de controle que reproduzem, em menor escala, as mesmas dinâmicas observadas nas instituições totais (AMORIM; DIMENSTEIN, 2007).

Para Santos (2023), a efetividade da reforma transcende a dimensão infraestrutural, demandando a construção de uma cultura de cuidado efetivamente ancorada na autonomia e nos direitos humanos.

Dessa forma, evidencia-se que a superação do modelo manicomial não se esgota na desinstitucionalização física, mas exige a garantia de condições concretas de existência e de um tratamento digno à pessoa em sofrimento psíquico ou com deficiência sociocognitiva (AMARANTE; NUNES, 2018). Segundo Oliveira e Freitas (2019, p.5):

Com o advento da Lei de Reforma Psiquiátrica, determinou-se o fechamento progressivo dos manicômios, com a criação de aparatos e aparelhos substitutivos pautados em uma lógica diversa da anterior. Em apertada síntese, isso significou que a pessoa com transtorno mental deixaria de ser paciente e passaria a ser usuário da saúde mental [...] (OLIVEIRA; FREITAS, 2019, p.5)

Diante disso, é fundamental compreender que as práticas estatais de tratamento e institucionalização do chamado “louco infrator” não são aleatórias, mas

estão profundamente enraizadas em um arcabouço jurídico-penal específico (JACOBINA, 2004).

3.2 As pessoas com transtorno mental em conflito com a lei e a medida de segurança

Entre o final do século XIX e o início do século XX, ocorreu uma mudança de paradigma no tratamento estatal em relação aos indivíduos infratores (OLIVEIRA; FREITAS, 2019). Inserida nesse contexto, a carta penal brasileira vigente, anterior à Constituição de 1988 e à criação do SUS, foi instituída pelo Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940, durante o Estado Novo de Getúlio Vargas

Este cenário era marcado pela ascensão do positivismo criminológico no mundo, influenciado por ideias como as do “Programa de Marburgo” de Franz von Liszt e do “Código Rocco” italiano, de 1930, em que o direito penal era visto como instrumento de combate aos “inimigos da sociedade” (OLIVEIRA; FREITAS, 2019). O objetivo era neutralizar os agentes delitivos, dividindo-os em grupos de “corrigíveis” e “incorrigíveis”, sendo a estes últimos que eram reservadas as medidas de segurança (LHACER, 2019; PAGLIUCA, 2020).

Nesse cenário, as medidas de segurança eram equiparadas à pena, sendo consideradas um instrumento punitivo de combate ao crime (PAGLIUCA, 2020). Sua aplicação era majoritariamente direcionada a delinquentes recorrentes e a chamados “loucos infratores”. O sistema binário de aplicação das medidas de segurança perdurou até a Reforma do Código Penal de 1984, quando foi instituído o sistema vicariante (OLIVEIRA; FREITAS, 2019; PAGLIUCA, 2020). Este novo sistema reconheceu o caráter meramente preventivo e assistencial da medida de segurança, tornando sua aplicação exclusiva a inimputáveis e semi-imputáveis (LHACER, 2019). Para Pagliuca (2020, p. 24) mesmo que o Código Penal tenha reconhecido o caráter terapêutico da medida de segurança grande parte da doutrina especializada a entende como sanção penal direcionada aos inimputáveis e semi-imputáveis:

A medida de segurança é verdadeira sanção criminal aplicada ao inimputável. Assim como a pena, implica restrição ou privação de direitos fundamentais, tem caráter aflagante, pressupõe a prática de um injusto penal e é imposta justamente em razão dele. Nenhuma diferença apontada pela

doutrina se refere à estrutura de ambos os institutos. Ontologicamente não há nada que os distinga. A única distinção que deve ser considerada entre as penas e medidas de segurança se refere a seus destinatários. Como as medidas de segurança são impostas a pessoas mais vulneráveis - em razão de seus transtornos mentais-, algumas normas protetivas inaplicáveis aos imputáveis devem incidir sobre eles [...] (PAGLIUCA, 2020, p. 24).

No âmbito do Direito Penal, a imputabilidade é elemento constitutivo da culpabilidade do agente, a qual é requisito para a configuração do crime, sendo entendida como “o juízo de reprovação que recai sobre o autor por um fato típico e antijurídico” (ESTEFAM; GONÇALVES, 2017, p. 430). Para Zaffaroni (2007), “a imputabilidade é a capacidade psíquica de ser sujeito de reprovação, composta da capacidade de compreender a antijuridicidade da conduta e de adequá-la de acordo com esta compreensão”.

Nesse sentido, para analisar o conceito de imputabilidade penal no ordenamento jurídico brasileiro, faz-se necessário entender as construções teóricas acerca da culpabilidade, como o finalismo de Hans Welzel (ARAÚJO; SILVA, 2025). Segundo Welzel (1964, apud ARAÚJO; SILVA, 2025), a conduta humana é intencional e orientada para a realização de um objetivo. Portanto, para que seja imputada culpabilidade ao agente, é indispensável que ele detenha a aptidão de compreender o caráter ilícito de seu comportamento e de guiar suas ações conforme esse discernimento.

No Código Penal brasileiro, a regra é a presunção da imputabilidade (GRECO, 2015). Contudo, a Reforma do Código Penal, operada pela Lei nº 7.209, de 11 de julho de 1984, representou um marco ao reconhecer a necessidade de uma política criminal voltada à proteção social. Essa política deve reservar a privação de liberdade estritamente para situações em que sua aplicação seja indispensável, visando conter o efeito criminógeno amplificado pelo ambiente prisional (COSTA, 2024).

Como parte dessa reforma, foi adicionada ao ordenamento jurídico uma causa legal de exclusão da imputabilidade penal (ESTEFAM; GONÇALVES, 2017), por meio da alteração do art. 26 do Código Penal. O novo texto garantiu tratamento diferenciado àquele 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” (BRASIL, 1984).

A legislação penal passou a estabelecer, em seu parágrafo único, uma distinção crucial: o agente com doença mental é considerado inimputável, enquanto o agente com perturbação da saúde mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado pode ser considerado semi-imputável. Dessa forma, este último grupo permanece passível de responsabilização penal e, por consequência, apto ao cumprimento de pena, ainda que reduzida em sua medida (BRASIL, 1984).

Para verificar a presença de doença mental ou o grau de desenvolvimento mental incompleto ou retardado, é indispensável a realização de exame pericial. O juiz pode determinar, de ofício ou mediante requerimento da defesa, a instauração de um incidente de insanidade mental, nos termos dos arts. 149 a 152 do Código de Processo Penal (CPP).

Conforme Estefam e Gonçalves (2017), o laudo pericial pode chegar a cinco conclusões distintas; a) que o agente não possui doença mental ou qualquer tipo de perturbação no desenvolvimento mental e a ele pode ser imputado a pena; b) que o acusado possui doença mental ou perturbação no desenvolvimento mental, porém a sua condição não interferiu o seu entendimento no momento da consumação do delito, tornando-se passível de imputação penal; c) que o réu padece de doença mental ou desenvolvimento psíquico incompleto e teve a capacidade de entender a antijuridicidade da conduta totalmente suprimida, a época do ato, devendo ser considerado inimputável; d) que o denunciado sofre de doença mental ou retardo e teve a sua capacidade de entendimento diminuída, na ocasião da ação, sendo considerado semi-imputável, sujeito a pena diminuída ou a medida de segurança; e e) que a doença mental sobreveio ao tempo da conduta delitiva, isto é, que o acusado era mentalmente são e posteriormente foi acometido pela doença mental, acarretando na suspensão condicional do processo até o réu se reestabelecer.

O Código Penal adota o critério biopsicológico para aferir a (im)putabilidade penal do agente que, em virtude de sua condição mental. Após comprovação de inimputabilidade total por perícia médica, o agente é isento de pena, devendo o juiz proferir uma sentença absolutória imprópria e impor medida de segurança, nos termos do art. 386, inciso VII, e seu parágrafo único, inciso III, do CPP (GRECO, 2015). A Lei 11.343/2006 adota o mesmo critério, dispondo em seu art. 45, caput:

é isento de pena o agente que, em razão da dependência, ou sob o efeito, proveniente de caso fortuito ou força maior, de droga, era, ao tempo da ação ou da omissão, qualquer que tenha sido a infração penal praticada, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento (BRASIL, 2006).

Nesse caso, se o consumo for involuntário, decorrente de caso fortuito ou força maior, o juiz deve determinar a absolvição sumária do réu. No entanto, se o consumo for devido à dependência química do agente, o julgador deve absolvê-lo impropriamente, aplicando-lhe medida de segurança (ESTEFAM; GONÇALVES, 2017).

Nesse cenário, os arts. 66, inciso III, alínea “d”, e 183 da Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984, Lei de Execuções Penais, estabelecem como competência do juiz da execução a aplicação da medida de segurança, bem como a substituição da pena por medida de segurança, caso ocorra piora da saúde mental do apenado durante o cumprimento da pena.

Por sua vez, o art. 96 do Código Penal define o local de cumprimento da medida de segurança, dividindo-a em duas espécies: internação em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) ou tratamento ambulatorial. O critério de escolha da modalidade está positivado no art. 97 do CP. Nele, o legislador define que, quando o delito cometido for punido com pena de reclusão, a medida de segurança dar-se-á por internação em HCTP; e quando punido com pena de detenção, acarretaria no tratamento ambulatorial (BRASIL, 1940).

Essa análise leva em conta apenas o tipo penal do delito e a sua respectiva pena, sem mensurar a melhor opção de tratamento ou a enfermidade do infrator, indo em sentido oposto aos preceitos da Reforma Psiquiátrica (JACOBINA, 2004). Ademais, essa definição cria um paradoxo: absolve-se a pessoa com transtorno ou deficiência mental pelo cometimento de um delito, por ser inimputável, mas aplica-se a ela uma medida de segurança cuja definição do regime está intrinsecamente vinculada ao parâmetro objetivo da sanção custodial estabelecida em abstrato para o delito (LHACER, 2019).

Sobre a duração da medida de segurança de internação ou tratamento ambulatorial, o § 1º do art. 97 do CP traz o prazo mínimo “de 1 (um) a 3 (três) anos” (BRASIL, 1940). Em relação ao prazo máximo, o código penal não positivou um

número, deixando-o indeterminado, condicionado à “cura” ou à reabilitação da capacidade de convívio social do indivíduo. Na prática, essa indeterminação se traduzia no encarceramento perpétuo de uma parcela vulnerável da população (MATTOS, 2006).

Entretanto, em 2005, após a apreciação de um *Habeas Corpus*, o Supremo Tribunal Federal (STF) decidiu que a duração da medida de segurança não pode ser mais gravosa que a pena prevista em abstrato para o delito, devendo ser observado o limite temporal máximo estabelecido no art. 75 do CP (BRASIL, 2005).

Consolidando esse entendimento, com a edição da Súmula nº 527, o Superior Tribunal de Justiça (STJ), observando a vedação constitucional às penas perpétuas, decidiu que “o tempo de duração da medida de segurança não deve ultrapassar o limite máximo da pena abstratamente cominada ao delito praticado” (BRASIL, 2015).

O contrassenso de absolver por não ser passível de punição, mas, analogamente, sancionar com base no tipo penal, denota a natureza excludente e asilar do internamento desses indivíduos em instituições totais. Isso porque o suposto “tratamento” materializa-se em um local que é precipuamente um ambiente prisional e asilar, e não clínico-terapêutico (JACOBINA, 2004).

Essa realidade foi afirmada na visita realizada ao HCTP I Franco da Rocha, em São Paulo, pelo Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT), que observou: “a administração prisional já indicava a lógica dominante naqueles espaços, uma vez que eram, sobretudo, agentes penitenciários que faziam a custódia das pessoas privadas de liberdade” (BRASIL, 2015a).

No relatório anual do mesmo ano, foi relatado que, no Instituto Psiquiátrico Forense (IPF), situado no Rio Grande do Sul, ocorria um procedimento chamado de isolamento “preventivo” e de “segurança” dos internos em fase anterior ao surto. Tal isolamento era considerado abusivo, pois jamais poderia ser considerado uma medida terapêutica, indo de encontro ao objetivo assistencial da medida de segurança (BRASIL, 2015b).

Essas situações de superlotação dos HCTPs, estigmatização, institucionalização e mortificação dos pacientes judiciais repetiram-se em diversas outras instituições de custódia psiquiátrica no território nacional, conforme relatado pelos trabalhos de Mattos (2006), Cordioli, Borenstein e Ribeiro (2006), Santana (2015), Santana e Arraes (2015) e Santos (2018).

Não obstante, a falta de projetos terapêuticos singularizados, aliada à carência de integração do internado com o “mundo externo”, estigmatiza e dificulta a reinserção social do indivíduo, bem como a desinstitucionalização das pessoas internadas (BRASIL, 2015b).

3.3 Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)

A consolidação do marco legal da Reforma Psiquiátrica, com a Lei nº 10.216/2001, demandava a construção de uma nova arquitetura assistencial capaz de substituir concretamente o paradigma manicomial no país (BRASIL, 2005). Com base nos fundamentos da desinstitucionalização, enquanto processo de desconstrução crítica, e na centralidade da noção de território, o modelo brasileiro de atenção em saúde mental foi concebido visando à ampliação e consolidação de uma rede.

Sob essa influência e impulsionados pela efervescência do movimento sanitário brasileiro, os primeiros Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) emergiram ainda no final da década de 1980 (AMARANTE; NUNES, 2018), encarnando o ideal de um dispositivo aberto, territorial e substitutivo. Conforme destaca o Ministério da Saúde (2005):

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), entre todos os dispositivos de atenção à saúde mental, têm valor estratégico para a Reforma Psiquiátrica Brasileira. É o surgimento destes serviços que passa a demonstrar a possibilidade de organização de uma rede substitutiva ao Hospital Psiquiátrico no país (BRASIL, 2005).

Os CAPS representam a materialização pioneira de um novo paradigma de cuidado psicossocial no país. Conforme afirmam Amarante e Nunes (2018), estes serviços “cumprem a função inédita de oferecer cuidado intensivo a usuários com quadro psiquiátrico grave sem lançar mão da hospitalização”, constituindo-se no embrião a partir do qual se estruturaria, anos mais tarde, uma rede mais complexa.

Como resultado da Reforma Psiquiátrica e em substituição aos hospitais psiquiátricos, o Ministério da Saúde determinou, por meio da Portaria nº 336, de 19

de fevereiro de 2002, a regulamentação dos CAPS. O texto da portaria estabelece que:

os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, conforme disposto nesta Portaria (BRASIL, 2002).

Os CAPS são categorizados conforme sua estrutura operacional, volume de atendimento, perfil do público-alvo e adequação à dimensão demográfica dos municípios. Essa divisão organizacional resulta na segmentação dos serviços em cinco modalidades principais: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS Infantil (CAPSi) e CAPS Álcool e Drogas (CAPS AD).

Os CAPS I configuram-se como a unidade de menor complexidade dentro da rede, sendo dimensionados para atender localidades com população entre vinte mil e cinquenta mil habitantes. Já os CAPS II são estabelecimentos de média complexidade, dimensionados para operar em municípios com população superior a cinquenta mil habitantes.

Por sua vez, os CAPS III representam a modalidade de maior complexidade, destinada a municípios com população superior a duzentos mil habitantes, estando majoritariamente implantados nas grandes metrópoles nacionais. Caracterizam-se pela alta complexidade assistencial e operam em regime de funcionamento ininterrupto, 24 horas por dia, incluindo finais de semana e feriados. Nestas unidades, respeitando o princípio do tratamento não-asilar, podem ocorrer internações de curta duração. Conforme estabelece o Ministério da Saúde (2005), “o CAPS III realiza, quando necessário, acolhimento noturno internações curtas, de algumas horas a no máximo 7 dias”.

Os CAPS i são unidades especializadas no cuidado à saúde mental de crianças e adolescentes. Por fim, os CAPS AD constituem serviços especializados no cuidado a pessoas com padrões de consumo prejudicial de substâncias psicoativas. Sua implantação é indicada para municípios com população superior a 200 mil habitantes ou para aqueles que, em função de particularidades contextuais, como localização em regiões de fronteira, rotas de tráfico de drogas ou cenários

epidemiológicos críticos, demandem esse recurso para uma resposta adequada e integral.

Esses serviços substitutivos representaram uma significativa evolução social no acolhimento de indivíduos com transtornos mentais. Contudo, o desafio de lidar adequadamente com pessoas em conflito com a lei portadoras de transtornos mentais, grupo que sofre dupla estigmatização, pelo cárcere e pela condição de saúde, ainda persistiu (OLIVEIRA; ARRAES, 2011).

Na continuidade dos avanços no tratamento em saúde mental da população em geral, em 2011, a Portaria nº 3.088/2011 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011) instituiu no ordenamento jurídico brasileiro a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Esta portaria estabeleceu que os CAPS, juntamente com os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), as Unidades de Acolhimento (UAs) e os Leitos de Atenção Integral em Hospital Geral, seriam os componentes integrados desta rede.

A consolidação de uma rede de cuidados inovadora no campo da saúde mental representa um dos pilares da Reforma Psiquiátrica Brasileira. A RAPS emerge como uma estrutura fundamental no SUS, destinada a superar o modelo institucionalizante, hospitalocêntrico e asilar. Conforme destacam Amarante e Nunes (2018, p. 2072), a RAPS:

possibilita uma nova dimensão ao conjunto das ações em saúde mental no SUS, cujos objetivos principais foram definidos como a ampliação do acesso à atenção psicossocial da população, em seus diferentes níveis de complexidade; promoção do acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso do crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção; e garantia da articulação e integração [...] (AMARANTE; NUNES, 2018. p. 2072).

É imperativo afirmar que a instituição da RAPS logrou avanços inéditos no movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira, com “a expressiva diminuição de leitos psiquiátricos: dos 80 mil na década de 1970 para 25.988 em 2014” (AMARANTE; NUNES, 2018). A mudança também ocorreu na seara financeira, com o país realocando gastos para a assistência em saúde mental: “os gastos com hospitais caíram de 75,24% em 2002 para 20,61% em 2013, enquanto que,

revertendo a política, os gastos com atenção psicossocial passam de 24,76% para 79,39%” (AMARANTE; NUNES, 2018).

Devido ao sucesso dos serviços substitutivos da RAPS e para solucionar a lacuna na efetividade do direito à saúde das pessoas com transtorno mental em conflito com a lei, Oliveira e Arraes (2011) argumentam que a solução seria a criação de uma nova modalidade de CAPS: o CAPS Judiciário (CAPSj), um serviço substitutivo de transição exclusivo para pacientes judiciários. Para os autores, “essa instituição seguiria as normas já estabelecidas pelo Ministério da Saúde e se classificaria como um CAPS para atendimento de adultos, assistindo detentos com transtornos mentais severos e persistentes” (OLIVEIRA; ARRAES, 2011, p. 5).

A proposta prevê que, no CAPSj, o atendimento seguiria as diretrizes de um CAPS misto de saúde mental e álcool e drogas, com práticas e ações integrativas, realização de oficinas terapêuticas com participação da família e da equipe multidisciplinar, alinhado a diretrizes de acessibilidade, acolhimento e intervenções dinâmicas, pautadas por uma compreensão psicossocial do cuidado (OLIVEIRA; ARRAES, 2011).

Entretanto, os reiterados retrocessos demonstrados pela política manicomial adotada pelo Estado brasileiro a partir da década de 2010 diminuíram as chances de avanço das práticas terapêuticas no tratamento de saúde mental da população em geral e comprometeram a efetividade dessa rede de apoio pública (GUIMARÃES; ROSA, 2019).

3.4 A contrarreforma brasileira e a fragilização da RAPS

Apesar dos avanços consolidados para parte da população com transtorno mental, o período compreendido entre 2011 e 2018 foi marcado por significativos retrocessos na política de saúde mental, com tentativas de reintrodução de práticas manicomialistas e o desmonte de conquistas históricas (GUIMARÃES; ROSA, 2019). A própria inclusão dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) na RAPS é alvo de críticas por profissionais da área. Como alertam Guimarães e Rosa (2019, p. 121), uma dessas distorções ocorreu:

com a inserção das Comunidades Terapêuticas na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), por meio da Portaria nº 131, de 26 de janeiro de 2012,

como componente substitutivo que não atende às exigências para ser considerado um serviço de saúde, pois atua na perspectiva manicomial, com cunho religioso e sem uma equipe técnica para compor a rede de saúde mental [...] (GUIMARÃES; ROSA, 2019. p. 121).

Os SRTs foram criados pela Portaria do Ministério da Saúde nº 106, de 11 de fevereiro de 2000, que os define como “moradias inseridas na comunidade destinadas a pessoas com transtorno mental, egressas de hospitais psiquiátricos e/ou hospitais de custódia” (BRASIL, 2000, p. 3). Para Amorim e Dimenstein (2007), em sua gênese, esse componente tratar-se-ia primordialmente de um serviço de moradia, e não de tratamento.

Os autores argumentam que nessas instituições seria necessária a realização de práticas terapêuticas que integrassem o paciente ao território, práticas essas que não são possíveis devido à falta de “políticas públicas que exijam e possibilitem aos serviços a articulação com a vida “lá fora” ou pela inexistência da “articulação entre os próprios técnicos, moradores e comunidade mais ampla, na produção/invenção do cuidado destes moradores” (AMORIM; DIMENSTEIN, 2007).

Essa carência demonstra a fragilidade do cuidado em saúde mental sob uma perspectiva antimanicomial. Além de ter incluído os SRTs na RAPS, o governo federal fomentou e priorizou o investimento e o funcionamento destes serviços, especialmente as Comunidades Terapêuticas, em detrimento dos demais serviços substitutivos da RAPS (GUIMARÃES; ROSA, 2019).

Esse processo foi intensificado especialmente a partir de 2016, quando, por meio da Portaria nº 1.482, de 25 de outubro de 2016, as comunidades terapêuticas foram reafirmadas como Serviço de Saúde, tornando-as aptas a receber verbas do SUS. Conforme criticam Guimarães e Rosa (2019, p. 121-122), “como a maioria das CTs não conta com equipe técnica, os equipamentos do SUS tendem a figurar como porta de entrada desses serviços, em um mix perverso público x privado”.

Essa posição governamental consolidou-se no período do governo Temer, marcado por uma reorientação conservadora da política de saúde mental, materializada pela edição da Portaria nº 3.588/GM/MS, pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT), em dezembro de 2017. Tal instrumento legal promoveu alterações substantivas que consolidaram um movimento de contrarreforma, dificultando a

reinserção social do indivíduo em sofrimento psíquico e afastando-se dos princípios da desinstitucionalização e da reabilitação psicossocial, bases do projeto reformista brasileiro, para priorizar o funcionamento dos SRTs. Conforme analisam Guimarães e Rosa (2019, p. 12), nesse processo, “realizou-se análises unicamente quantitativas focadas nas fragilidades da RAPS, e que propõe defender nitidamente os valores corporativos e econômicos, desconsiderando toda a potência desta política, além de seus determinantes sociais”.

Com isso, consolidou-se uma tendência de divisão dos pacientes entre os SRTs e os CAPS AD. Aos primeiros, eram direcionados aqueles pacientes com mais recursos e maior prognóstico de êxito no tratamento, enquanto ao serviço público restavam os internos com casos de alta complexidade e menor possibilidade de alta do sistema (GUIMARÃES; ROSA, 2019).

Nessa toada, a onda de políticas manicomiais desse período subverteu os princípios que nortearam a Reforma Psiquiátrica Brasileira em nome do mercado e do capital. Para Guimarães e Rosa (2019, p. 124):

É nítido que a internação em comunidades terapêuticas e no modelo manicomial é o grande foco central do cuidado, evidenciado no crescente financiamento de dispositivos antirreformistas de saúde mental, tendo em vista a possibilidade de mercado que isso representa para a indústria da doença e da loucura [...] (GUIMARÃES; ROSA, 2019. p. 124).

No ano seguinte, em 2018, foi publicada pelo Ministério da Justiça a Resolução CONAD nº 1/2018 (BRASIL, 2018), que trata do realinhamento da Política Nacional sobre Drogas (PNAD). Neste documento, fica evidente a tendência proibicionista assumida pelo governo, que prioriza a abstinência em detrimento das estratégias de Redução de Danos. Adota-se uma postura tecnicista, mudando os critérios de avaliação de progresso do tratamento nas instituições e reafirmando as comunidades terapêuticas como locais de tratamento (GUIMARÃES; ROSA, 2019).

Segundo Guimarães e Rosa (2019), o ano de 2019 foi marcado por um aprofundamento da contrarreforma. Em janeiro, foi criada, por meio do Decreto nº 9.674, a Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas. Esta secretaria atuava sob três escopos: Articulação e Projetos Estratégicos; Planejamento e

Avaliação; e Prevenção, Cuidados e Reinserção Social, sob o qual estavam vinculadas as Comunidades Terapêuticas.

No mesmo mês, o coordenador-geral da área de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (CGMAD) do Ministério da Saúde foi escolhido para assumir a pasta, demonstrando um alinhamento e não um afastamento entre a política de saúde mental e a política de álcool e outras drogas, sob uma ótica proibicionista. A posição adotada pelo coordenador ficou clara em fevereiro do mesmo ano, com a emissão da Nota Técnica nº 11/2019 (BRASIL, 2019). O documento esclarecia as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e na PNAD, explicitando a involução da Reforma Psiquiátrica ao defender a internação de crianças em leitos psiquiátricos, o redirecionamento do financiamento público e a reiteração dos SRTs como locais estratégicos de “tratamento”.

Essa posição apenas aumentou a dicotomia. O documento ainda explicitava a nova visão do Ministério da Saúde em relação aos CAPS, “que não os considera mais serviços como sendo substitutos de outros, não fomentando mais o fechamento de unidades de qualquer natureza” (BRASIL, 2019), referindo-se aos leitos psiquiátricos. Tal postura corrobora a lógica manicomial do Estado brasileiro no tratamento da saúde mental.

Nesse contexto, as conquistas advindas de mais de três décadas de luta contra o modelo hospitalocêntrico de tratamento sofrem com a política conservadora e neoliberal, “pois são desafiadas por uma conjuntura política e econômica de desinvestimento no SUS, observado pela insuficiência numérica e infraestrutural da RAPS” (GUIMARÃES; ROSA, 2019). Essa situação dificulta, assim, a efetividade do cuidado territorial, intersetorial e baseado na redução de danos, além de impedir a reinserção social daqueles que foram desinstitucionalizados.

A contrarreforma psiquiátrica não apenas representou um retrocesso na política nacional de saúde mental, mas agravou significativamente a situação das pessoas com transtorno mental em conflito com a lei (GUIMARÃES; ROSA, 2019). Ao priorizar o financiamento de comunidades terapêuticas de caráter asilar e desinvestir na RAPS, o Estado brasileiro reforçou a realidade manicomial que a Lei nº 10.216/2001 buscava superar. Para os chamados “loucos infratores”, esse movimento significou a perpetuação de internações em HCTPs, instituições marcadas pela violação de direitos humanos, superlotação e ausência de projetos terapêuticos singulares. A falta de criação e investimento em serviços substitutivos

especializados, como o proposto CAPSj (OLIVEIRA; ARRAES, 2011), deixou esse grupo ainda mais vulnerável à exclusão e ao abandono estatal.

Dessa forma, a contrarreforma não apenas ameaça os avanços históricos da luta antimanicomial, mas também reforça um modelo excludente e medicalizante, que privilegia interesses mercadológicos em detrimento do cuidado em liberdade e dos direitos humanos (GUIMARÃES; ROSA, 2019). O desmonte da RAPS e o retorno a práticas asilares representam um grave retrocesso na política de saúde mental brasileira, especialmente para populações já vulnerabilizadas, como pessoas em situação de rua, usuárias de substâncias psicoativas ou em contexto de privação de liberdade.

É precisamente neste grupo que a intersecção entre sofrimento mental, deficiência e sistema de justiça criminal evidencia, de forma mais crua, as contradições e violações de um Estado que, muitas vezes, opta pela segregação em vez do cuidado.

É nesse cenário de inércia, retrocessos e abusos que se fez necessária a edição de um ato normativo específico para abordar a situação das pessoas com transtorno mental institucionalizadas e estigmatizadas no sistema de justiça criminal brasileiro. O objetivo desse ato era garantir a efetividade dos princípios da Reforma Psiquiátrica e assegurar os direitos e garantias fundamentais das pessoas em sofrimento psíquico (SANTOS, 2023).

4 A RESOLUÇÃO N° 487/2023: UM ATO CONTRA MANICOMIALIDADE DO SISTEMA JUDICIÁRIO

A institucionalização e a estigmatização de indivíduos submetidos ao poder punitivo do Estado, por meio de instituições totais que desrespeitam a dignidade da pessoa humana e o direito à saúde, são incompatíveis com um Estado Democrático de Direito. No Brasil, em 2018, segundo levantamento do Cadastro Nacional de Inspeções nos Estabelecimentos Penais (CNIEP), ainda se encontravam em atividade 22 hospitais de custódia, nos quais 3.134 pessoas cumpriam medidas de segurança (BRASIL, 2018).

Embora o legislador estabeleça que a prisão é uma medida excepcional no processo de execução penal, o Brasil, que possui a terceira maior população carcerária do mundo (SENADO FEDERAL, 2024), submete os cidadãos ao cumprimento de pena ou medida de segurança em instituições superlotadas e estigmatizantes. Nesses locais, prevalecem práticas e procedimentos violentos, que violam constantemente os direitos e liberdades fundamentais e impossibilitam a reintegração social do indivíduo. Essa realidade caracteriza uma violação sistemática da Constituição Federal de 1988, configurando um verdadeiro estado de coisas inconstitucional, conforme reconhecido pelo Supremo Tribunal Federal (STF) na Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) n. 347 (BRASIL, 2023a; SANTIAGO; SANTOS; SILVA, 2024).

4.1 A força vinculante dos atos do conselho nacional de justiça

Nesse cenário, buscando sanar as reiteradas violações de direitos do grupo de sujeitos que cumprem medidas de segurança, o Poder Judiciário assume sua função moderna de instrumento necessário para alcançar a paz social (SARDAS, 2003), atuando como mecanismo garantidor das liberdades e dos direitos fundamentais.

Para tanto, o Conselho Nacional de Justiça (CNJ), órgão colegiado de controle administrativo e financeiro vinculado ao Poder Judiciário (BRASIL, 1988), contribui para que a prestação jurisdicional seja efetiva. O Conselho dispõe de competência para a expedição de atos normativos próprios, dotados de força imperativa, abstração e generalidade (LENZA, 2015). Entretanto, é indiscutível que a atuação fiscalizadora do CNJ não pode obstruir a rotina operacional das unidades administrativas do Judiciário na ausência de indícios de ilegalidade, nem impor encargos que representem um ônus excessivo para os tribunais (TAVARES, 2019).

Nesse quadro, a edição da Resolução CNJ nº 487, de 20 de setembro de 2023 (R487), não é um ato isolado, mas a culminância de um processo de denúncia e pressão de mecanismos de controle, instituições de direitos humanos e da própria sociedade civil organizada (BRASIL, 2023). Inserida em um contexto de “constitucionalização tardia do direito brasileiro” (BARROSO, 2006), a norma emerge como um marco jurídico-político fundamental no enfrentamento da lógica manicomial que ainda impera no tratamento das pessoas com transtorno mental ou deficiência psicossocial em conflito com a lei (GOBBO, 2024).

A R487 institui a “Política Antimanicomial do Poder Judiciário”, adequando o processo penal e a execução penal aos princípios estabelecidos na Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (2009) e na Lei da Reforma Psiquiátrica (2001) (BRASIL, 2023).

Para Santos (2023), a R487 representa o fim de um hiato na efetividade da Lei Antimanicomial, que previa o tratamento humano e digno das pessoas com transtorno mental, o qual, arbitrariamente, não era aplicado pelos juízes e operadores do direito em relação àquelas em conflito com a lei, configurando um fenômeno de “negativa de eficácia da Lei”.

4.2 Inovações e diretrizes da Resolução CNJ nº 487/2023

Nesse contexto, a norma reguladora inovou ao estabelecer orientações específicas para a condução de audiências de custódia envolvendo pessoas com possível transtorno mental. Conforme dispõe seu art. 5º, § 2º, quando a pessoa apresentada à audiência de custódia estiver em situação de crise em saúde mental e sem condições de participar do ato, devem ser tomadas providências específicas. Além disso, a R487 redirecionou profundamente o trato das condições de

cumprimento da medida de segurança (SANTOS, 2023), assegurou o encaminhamento adequado à rede de saúde, arts. 4º a 8º; estabeleceu a necessidade de reavaliação da prisão preventiva ou de medida cautelar quando o custodiado demandar tratamento de saúde mental, arts. 9º e 10º; positivou a obrigatoriedade de consideração de avaliação biopsicossocial para a definição da modalidade de medida de segurança mais adequada, art. 11º e parágrafo único; fixou a priorização expressa do tratamento ambulatorial em meio aberto em detrimento da internação, com acompanhamento baseado em Projeto Terapêutico Singular, art. 12º; firmou a vedação absoluta ao cumprimento de medida de segurança em unidades prisionais, suas enfermarias ou em instituições asilares, determinando seu cumprimento exclusivo em leitos de saúde mental em Hospitais Gerais, arts. 13º e 14º; ancorou a garantia de acesso a tratamento em saúde mental também durante o período de cumprimento de pena privativa de liberdade, art. 15º; e determinou o prazo para revisão compulsória de todos os casos de internação em Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP), visando à extinção da medida ou sua substituição por tratamento ambulatorial, arts. 16º a 18º (BRASIL, 2023).

4.2.1 Dos Projetos Terapêuticos Singulares (PTS)

É importante destacar que o alcance subjetivo da R487 abrange pessoas com transtornos mentais ou em situação de vulnerabilidade psicossocial. Nesse contexto, o diploma normativo também se aplica a indivíduos com dependência química, bem como a adolescentes com transtorno ou sofrimento mental que tenham sido apreendidos, estejam respondendo por ato infracional ou cumprindo medida socioeducativa, nos termos do art. 22º da própria R487, sendo necessária a elaboração de um Projeto Terapêutico Singular (PTS) para que o tratamento seja efetivo. A R487 conceitua o PTS como:

conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas para um indivíduo, uma família ou comunidade, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar e centrado na singularidade da pessoa em tratamento, de modo a contribuir para a estratégia compartilhada de gestão

e de cuidado, possibilitando a definição de objetivos comuns (BRASIL, 2023)

Dessa forma, o PTS surge como um instrumento fundamental para orientar a atuação do sistema de justiça, na medida em que permite uma abordagem individualizada dos casos, aproximando-o das reais necessidades dos envolvidos.

Ademais, as diretrizes terapêuticas contidas no PTS revelam-se essenciais para a execução adequada das medidas de segurança. Conforme estabelecido pela R487, o PTS deve ser observado tanto no tratamento ambulatorial ,art. 12º, §§ 1º e 4º, quanto nas hipóteses de internação, arts. 13º e 14º. Nesse sentido, foi estipulado o prazo de doze meses, a contar da entrada em vigor da R487 , 28 de maio de 2023, para que a autoridade judicial determine a elaboração do PTS de todas as pessoas submetidas a medidas de segurança que se encontram internadas em HCTP, instituições congêneres ou unidades prisionais. Assim, o prazo final para tal determinação judicial era maio de 2024.

4.2.2 Da possibilidade de desinstitucionalização que a Resolução determina

A R487 introduziu um mecanismo crucial para a política de desinstitucionalização: a interdição progressiva de estabelecimentos asilares, alas ou instituições congêneres de custódia e tratamento psiquiátrico em território nacional. Tal medida tem por objetivo não apenas coibir a internação em espaços de caráter asilar, mas também promover a efetiva substituição desse modelo por alternativas territorializadas e comunitárias (SANTOS, 2023).

Infere-se do texto normativo que o processo de interdição dos HCTPs e congêneres obedece a uma lógica gradual. Inicialmente, determina-se o fechamento da porta de entrada dessas instituições para, somente em um segundo momento, proceder à efetiva desinstitucionalização das pessoas nele custodiadas (BRASIL, 2023).

No que tange aos prazos, originalmente a norma estabelecia que a interdição parcial deveria ser concluída em seis meses, até 28 de novembro de 2023, enquanto a interdição total teria um prazo de doze meses, com marco final em 28 de maio de 2024 (BRASIL, 2023).

Entretanto, devido à complexidade fática da mudança de paradigma proposta pela R487, o CNJ, a pedido dos tribunais de justiça do país, estendeu os prazos para elaboração dos PTS dos internados, para a desinternação dos pacientes e para a interdição e fechamento dos HCTPs (BRASIL, 2024). Foi fixada “em 29 de novembro de 2024, a data-limite para que tribunais apresentem pedidos de prorrogação de prazos relacionados à implementação da Política Antimanicomial do Poder Judiciário” (BRASIL, 2024).

Segundo informações da Secretaria Nacional de Políticas Penais, presentes no Relatório de Informações Penais do 17º ciclo do Sistema de Informações do Departamento Penitenciário Nacional, no Brasil, no período de julho a dezembro de 2024, 1.699 homens e 1.776 mulheres cumpriam medida de segurança de internação em celas físicas de instituições prisionais (BRASIL, 2025). Este dado demonstra que o Estado brasileiro tem dificuldades em articular e pôr em prática a proposta de desinstitucionalização trazida pela R487, uma vez que a simples existência dessas internações em celas prisionais configura uma violação direta aos arts. 13º e 14º da R487.

Diante desse cenário fático-normativo, torna-se imperioso buscar um equilíbrio sensível entre a indispensável oferta de tratamento especializado e humanizado e a garantia irrestrita dos direitos fundamentais e da dignidade dessa população (PAGLIUCA, 2023). É essencial que as políticas públicas e as práticas judiciais adotadas estejam em estrita conformidade com os preceitos constitucionais e o marco legal da Reforma Psiquiátrica.

Contudo, a questão da desinstitucionalização de pessoas que cumprem medida de segurança constitui, possivelmente, o ponto mais polêmico e complexo da R487 (VOLTOLINI, 2025). Essa complexidade decorre não apenas da natureza intrincada da matéria, mas também das dificuldades fáticas inerentes à realocação dos internos para leitos em hospitais gerais e para os serviços substitutivos da RAPS.

O tema é objeto de considerável controvérsia judicial, sendo discutido no âmbito das Ações Diretas de Inconstitucionalidade (ADIs) 7.389, 7.454 e 7.566 e da Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) 1.076, propostas, respectivamente, pelo Podemos, Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), Associação Nacional dos Membros do Ministério Público (CONAMP) e União Brasil. Em síntese apertada, os argumentos apresentados em petição inicial da ADI 7.454

resumem os das demais ações. A alegação de inconstitucionalidade gira em torno da quebra da tripartição de poderes pelo CNJ ao editar a R487, da suposta revogação da lei penal proposta pelo ato normativo e da insuficiência dos serviços substitutivos da RAPS para atender à demanda criada pela Resolução. Conforme trecho da petição inicial da ADI 7.454:

Isto posto, cumpre salientar que conforme dispõe o art. 22, inciso I, da Constituição Federal, é de **competência privativa da União legislar sobre Direito Penal e Direito Processual, sendo necessário, para execução da referida competência legislativa o devido processo legislativo**, cuja atividade é desempenhada em âmbito federal pelo Congresso Nacional [...]

Contudo, na prática, referida **Resolução modifica diretamente o âmbito de aplicação do Código Penal, Código de Processo Penal e Lei de Execução Penal** em vigor no que diz respeito à matéria, como por exemplo, estabelecendo novos procedimentos a serem seguidos durante os atendimentos médicos e tratamento dos padecentes de transtorno mental que praticam ilícito criminal [...] (BRASIL, 2023b). (grifei)

Dessa forma, tendo em vista que a **Resolução propõe que o atendimento das pessoas que padecem de transtorno mental passe a ser realizado pela Rede de Atenção Psicossocial, através dos CAPS e as internações exclusivamente em Hospitais Gerais, que atualmente dispõe de apenas 1.952 leitos distribuídos em 22 municípios e o Distrito Federal, a conclusão lógica é pela insuficiência no número de unidades (e consequentemente de médicos psiquiatras e profissionais especializados em saúde mental) para atendimento da vasta demanda de pacientes de saúde mental, para fins de tratamento prolongado, gerando desassistência e suas graves consequências**, afrontando diretamente o intuito da Legislação Internacional e Pátria [...] (BRASIL, 2023b). (grifei)

As referidas ADIs tiveram seu processamento reconhecido pelo Ministro Relator Edson Fachin (BRASIL, 2023b). Contudo, ainda não tiveram o mérito julgado, não havendo acórdão ou decisão monocrática definitiva, fato que realça a profundidade da controvérsia entre os valores defendidos e questionados pela R487.

Para avaliar a consistência dos argumentos que questionam a constitucionalidade da Resolução, bem como a efetividade da R487 no Poder

Judiciário, impõe-se uma análise concreta da efetividade prático-jurídica do referido ato normativo.

4.3 Da análise jurisprudencial sobre a aplicação da R487

O cerne da mudança trazida pela R487 reside na impossibilidade de efetivar os direitos e liberdades das pessoas com transtorno mental ou deficiência psicossocial que cumprem prisão processual ou medida de segurança em instituições de caráter asilar (SANTOS, 2023). Para tanto, tornou-se necessária a elaboração do PTS, instrumento crucial para verificar a forma mais adequada e humana de promover a desinternação e dar início ao processo de desinstitucionalização dos pacientes judiciários (BRASIL, 2023; SANTOS, 2023).

Para analisar a efetividade prática da R487 no Poder Judiciário, o presente subtópico propõe-se a examinar 11 precedentes das cortes superiores do país, 10 do Superior Tribunal de Justiça (STJ) e 1 do Supremo Tribunal Federal (STF), obtidos por meio de pesquisa jurisprudencial nos portais dos respectivos tribunais. A busca foi realizada utilizando os seguintes termos: “Medidas de Segurança” e “Resolução CNJ nº 487”. O recorte temporal estabelecido abrange o período de junho de 2023, início da vigência da R487, a 30 de junho de 2025, totalizando dois anos de vigência do ato normativo. O processo analítico consistirá em identificar; a quantidade de decisões que citam a R487; quantidade de decisões em favor do internado; quantidade de decisões em desfavor do internado; quantidade de decisões que acatam o laudo psicossocial; e a quantidade de decisões que consideram o cumprimento de medida de segurança de internação em instituições com características asilares uma ilegalidade.

Os cinco critérios investigados nesta pesquisa encontram-se quantificados na Tabela 1 abaixo:

Tabela 1 - Demonstração das decisões analisadas

	NÚMERO DE ACÓRDÃOS
Que citam a R487	4
Que são favoráveis a manutenção da internação	3
Que são desfavoráveis a desinternação	8
Que acatam o laudo psicossocial	4
Que não flagraram a ilegalidade da internação em instituições penais	8

Fonte: Pesquisa direta.

4.3.1 Das decisões que determinaram o encaminhamento do encarcerado ao tratamento adequado

Conforme análise da amostra, apenas 27% das decisões analisadas entenderam pela conversão da medida de segurança de internação em tratamento ambulatorial. Esses votos vencedores alinham-se aos princípios estabelecidos na Lei Antimanicomial e na R487 (BRASIL, 2001; OLIVEIRA; FREITAS, 2019; BRASIL, 2023), privilegiando a aplicação de medidas menos gravosas quando suficientes para a garantia dos fins cautelares e da segurança coletiva. Um precedente emblemático que fundamenta essa orientação é o exposto no Habeas Corpus n. 948.244/RJ:

No caso, as **circunstâncias apresentadas** denotam que a prisão preventiva não se compatibiliza com a **situação pessoal do acusado**, notadamente se outras medidas menos invasivas se mostram suficientes e idôneas para os fins cautelares. A **segregação em unidade prisional comum, a um primeiro olhar, mostra-se inadequada para o paciente, em razão do distúrbio mental que o acomete**. Habeas corpus concedido para **substituir a preventiva do paciente por tratamento psiquiátrico na medida e extensão que a equipe médica entender pertinente** (HC n. 948244/RJ, relator(a) min. ANTONIO SALDANHA PALHEIRO, Sexta Turma, julgado em 12/11/2024, DJe de 02/12/2024). (grifei)

O remédio constitucional recortado acima foi impetrado em favor de pessoa com transtorno bipolar que se encontrava em situação de prisão cautelar por

descumprimento de medida protetiva. Na fundamentação do voto vencedor, o laudo psicossocial, que atestou a necessidade de tratamento ambulatorial, a inexistência de tratamento adequado no sistema prisional e a ausência de periculosidade do agente, foi considerado suficiente para o concedimento do mandamus “na medida e extensão que a equipe médica entender pertinente” (BRASIL, 2024a). O laudo biopsicossocial também é levado em consideração no agravo regimental no HC 825213/RJ:

O artigo 97 do Código Penal determina a aplicação de medida de segurança de internação nos crimes punidos com reclusão, porém, a **jurisprudência do STJ permite a substituição por tratamento ambulatorial quando a periculosidade do agente não for demonstrada, conforme os princípios da razoabilidade e proporcionalidade**. O laudo de sanidade mental atesta que o paciente é parcialmente incapaz de compreender a ilicitude de seus atos e inteiramente incapaz de autodeterminação, mas não aponta sua periculosidade, **recomendando o tratamento ambulatorial**. A Lei n. 10.216/2001 ("Lei Antimanicomial") estabelece que a **internação psiquiátrica deve ser excepcional**, reservada para os casos mais graves, em que o convívio com a sociedade representa perigo ao próprio agente ou a terceiros, o que não se verifica no caso concreto (AgRg no HC n. 825213/RJ, relator(a) min. DANIELA TEIXEIRA, Quinta Turma, julgado em 08/10/2024, DJe de 11/11/2024). (grifei)

O agravo regimental sobredito, interposto pelo Ministério Público, atacou decisão que não conheceu do habeas corpus, entretanto, concedeu a ordem para que fosse aplicada a medida de segurança de tratamento ambulatorial ao paciente. A Quinta Turma negou provimento ao agravo, afastando a não admissibilidade do writ e citou a indicação do laudo pericial, que atestava a não periculosidade do agente e a possibilidade do tratamento ambulatorial, para fundamentar a decisão (BRASIL, 2024b).

O entendimento consolidado foi no sentido de haver a possibilidade de o magistrado, a depender do caso concreto, cominar ao inimputável, cuja conduta se amolda a um tipo penal punido com reclusão, o tratamento ambulatorial (BRASIL, 2024b).

Este posicionamento está alinhado com precedente anterior da mesma Turma (BRASIL, 2021a), utilizado como fundamentação no voto vencedor, cuja ementa é transcrita abaixo:

PENAL. HABEAS CORPUS SUBSTITUTIVO DE RECURSO PRÓPRIO. INADEQUAÇÃO. ESTUPRO TENTADO. INIMPUTABILIDADE DO RÉU. ABSOLVIÇÃO IMPRÓPRIA. MEDIDA DE SEGURANÇA. INTERNAÇÃO EM MANICÔMIO JUDICIÁRIO. SUBSTITUIÇÃO POR TRATAMENTO AMBULATORIAL. CRIME PUNIDO COM PENA DE RECLUSÃO. ART. 97 do CP. POSSIBILIDADE. PERICULOSIDADE DO AGENTE NÃO DEMONSTRADA. FLAGRANTE ILEGALIDADE EVIDENCIADA. WRIT NÃO CONHECIDO. ORDEM CONCEDIDA DE OFÍCIO (HC n. 617.639/SP, relator Ministro Ribeiro Dantas, Quinta Turma, julgado em 9/2/2021, DJe de 12/2/2021) (BRASIL, 2021a).

Diante desse novo paradigma, observa-se, à primeira vista, um realinhamento jurisprudencial progressista em casos de necessidade de tratamento psiquiátrico durante a prisão preventiva ou outra medida cautelar. A R487 tem sido aplicada como fundamento, a exemplo do HC 231.835/SP, julgado pelo STF, no qual a prisão preventiva do paciente foi revogada para que ele fosse encaminhado a entidade especializada para tratamento (BRASIL, 2023c). Na fundamentação da decisão, ficou estabelecido:

Dito isso, embora seja possível, em princípio, a custódia cautelar do agente, nos termos do art. 312 do CPP, a **situação fática enseja cuidados de saúde mental**, associada ao grave quadro delineado nos autos que justifica o atendimento do pedido defensivo quanto ao **encaminhamento do paciente ao devido tratamento em clínica especializada**, dadas as precárias condições do estabelecimento penal, além da **observância da Política Nacional de Saúde Mental, recentemente assumida pelo Conselho Nacional de Justiça**. (...) Por todos esses motivos, CONCEDO a ordem de habeas corpus, para **revogar a prisão preventiva, com a aplicação conjugada do art. 319, I e VII, do CPP, em conformidade com a Resolução 487/2023**, mediante a expedição de alvará de soltura, com o encaminhamento à entidade privada indicada pela defesa, a qual deverá apresentar diretamente ao juízo do caso relatório mensal sobre a abordagem ao paciente (HC 231835/SP Relator(a): Min. GILMAR MENDES, Julgado em 04/10/2023, DJe de 05/10/2023). (grifei).

Ademais, como demonstra o trabalho de Gobbo (2024), os Tribunais de Justiça de Minas Gerais, Santa Catarina e Alagoas vêm efetivando a garantia da primazia do tratamento digno no cuidado da saúde mental daqueles pacientes no curso da execução da pena, reconhecendo o caráter excepcional da internação.

Este entendimento, contudo, não se estende à maioria das decisões no campo das medidas de segurança (OLIVEIRA; FREITAS, 2019), cenário corroborado pelas decisões analisadas a seguir.

4.3.2 Das decisões que determinaram pela medida de segurança de internação

Oito dos acórdãos analisados, 72,7% da amostra, mantiveram a medida de segurança de internação. Este dado demonstra que a lógica manicomial e segregadora do sistema judiciário está longe de ser efetivamente mitigada. Essa resistência é evidenciada pela relutância dos ministros em reconhecer caráter vinculante ao laudo pericial psicossocial, realizado por equipe multidisciplinar, privilegiando a discricionariedade do julgador.

A análise demonstra que a avaliação psicossocial multidisciplinar, embora fundamental para fundamentar a decisão sobre a necessidade fática da internação e a priorização do tratamento ambulatorial, conforme art. 12º da R487, não possui caráter vinculante absoluto.

Sua relevância é ponderada de acordo com as circunstâncias específicas de cada caso, no caso do HC 878047/SP a não adstrição ao laudo é fundamentada nos seguintes termos:

O julgador não está vinculado ao laudo pericial, podendo decidir pela manutenção da internação com base em outros elementos do processo que indiquem a persistência da periculosidade, especialmente quando o quadro clínico do paciente é grave, **envolvendo transtornos psiquiátricos e ausência de retaguarda social e familiar** (HC 878047/SP Relator(a): Min. DANIELA TEIXEIRA, Julgado em 10/12/2024, DJe de 17/12/2024). (grifei).

No caso em comento, o Juízo das Execuções Criminais determinou a desinternação condicional do paciente. O Tribunal de origem, no entanto, deu

provimento ao agravo em execução interposto pelo Ministério Público estadual para restabelecer a continuidade do tratamento em regime de internação. A Relatora utilizou-se do argumento da inexistência de apoio familiar, da indicação da não cessação da periculosidade do internado, apontada por laudo pericial, e do uso de medicamentos como fundamentação para denegar o mandamus (BRASIL, 2024c).

Este entendimento vai de encontro ao disposto no art. 12º, § 3º, da R487 e contradiz precedente da própria Relatora, que compreendeu que a ausência de suporte familiar não é motivo para impor ou manter a internação (BRASIL, 2024b). Nessa toada o mesmo ponto de vista é replicado no agravo regimental no HC 945985/SP:

O **laudo pericial não vincula o magistrado**, que pode aceitá-lo ou rejeitá-lo, no todo ou em parte, desde que o faça em decisão validamente motivada, conforme o art. 182 do Código de Processo Penal (AgRg no HC 945985/SP Relator(a): Min. OTÁVIO DE ALMEIDA TOLEDO, Julgado em 02/04/2025, DJe de 07/04/2025). (grifei).

O agravo regimental acima citado foi interposto contra decisão que denegou habeas corpus, mantendo a aplicação de medida de segurança de internação ao agravante. Este fora absolvido impropriamente após condenação por tráfico de drogas, art. 33, caput, do Código Penal com pena de seis anos, nove meses e 20 vinte dias de reclusão e já se encontrava encarcerado no sistema prisional há mais de um ano.

O laudo pericial recomendou a modalidade de tratamento ambulatorial. A defesa do agravante argumentou com o caráter excepcional da internação, positivado na Lei Antimanicomial e R487. Entretanto, a Egrégia Corte se valeu do art. 182 do CPP para justificar a desvinculação da decisão ao laudo psicossocial, entendendo que, devido à periculosidade do agente, à reincidência em práticas delitivas e à ineficácia do tratamento ambulatorial anterior à prisão do paciente, a continuidade do tratamento ambulatorial não seria efetiva, determinando a continuidade da medida de segurança de internação (BRASIL, 2025a). Nem mesmo uma nova avaliação psicossocial que ateste a cessação da periculosidade do agente garante que o paciente judiciário tenha sua internação revisada (OLIVEIRA; FREITAS, 2019), é o que se extrai da fundamentação no agravo regimental no RHC 181586/DF:

A conclusão dos **laudos técnicos efetuados após um ano de cumprimento da medida de segurança não vinculam o Julgador**, que deverá formar sua convicção com base em todos os elementos dos autos da execução. Assim, diante da fundamentação apresentada pelas instâncias ordinárias, que evidencia inexistir indicativos de que o Agravante já está apto ao convívio em sociedade, reconhecer que o tratamento ambulatorial, no atual momento, é a providência adequada, afastando as considerações no sentido de que anteriores tratamentos na modalidade mais branda não foram eficazes, demanda inviável reexame de matéria fática (AgRg no RHC 181586/DF Relator(a): Min. LAURITA VAZ, Julgado em 14/08/2023, DJe de 21/08/2023). (grifei).

O agravo recortado foi interposto para reformar decisão que condenou o agravante pelos crimes de ameaça e importunação sexual. Após a instauração do incidente de insanidade mental, o exame pericial concluiu pela incapacidade do acusado de compreender o caráter criminoso dos fatos praticados, resultando em sua absolvição imprópria e na aplicação de medida de segurança de internação em HCTP pelo prazo de um ano.

Com o trânsito em julgado da sentença, o Juízo das Execuções Penais analisou pedido formulado pela defesa. Esta aduziu que o agravante já se encontrava internado há mais de um ano e cinco meses e que apresentara melhora no quadro clínico, requerendo, portanto, a substituição da internação por tratamento ambulatorial em clínica particular. O pedido foi negado (BRASIL, 2023d).

A defesa do internado impetrou o RHC 181.586/DF, que não foi provido, mesmo diante de novo laudo pericial que concluiu que a transferência para clínica particular seria mais adequada para a efetividade do tratamento, devido à personalidade esquizofrênica do periciado e à falta de condições adequadas nas alas psiquiátricas do presídio (BRASIL, 2023d).

Nas razões de decidir, a Relatora negou provimento ao agravo, fundamentando-se em que: o pleito de cumprimento de medida de segurança em clínica particular não se amolda ao regime previsto no art. 96, inciso I, do CP; que ainda que possível o cumprimento da medida fora de HCTP na falta de estabelecimento estatal adequado, nada indica que o tratamento propiciado pela instituição do Distrito Federal seja ineficaz e que a manutenção da internação em

clínica particular serviria apenas para limitar o poder de fiscalização estatal (BRASIL, 2023d). Este entendimento opera em sentido contrário às diretrizes propostas pela Lei Antimanicomial e pela R487, que privilegiam justamente a desinstitucionalização e o cuidado em meio aberto. A maior parte das decisões que não seguiram o laudo biopssicosocial optaram pela internação do paciente judiciário, é o que aconteceu no agravo no RHC 185969/BA:

No caso, **embora o laudo de insanidade mental tenha concluído pela possibilidade de tratamento ambulatorial**, apontou não ser descartável a possibilidade de internação no caso de crises. Nos termos da jurisprudência desta Corte, **o magistrado não é obrigado a seguir o laudo pericial, desde que fundamente sua decisão com base em dados concretos, como ocorreu na espécie** (AgRg no RHC 185969/BA Relator(a): Min. JESUÍNO RISSATO, Julgado em 18/06/2024, DJe de 25/06/2024). (grifei).

Trata-se de agravo regimental interposto contra decisão que negou provimento a recurso em habeas corpus, com o objetivo de reconsiderar a decisão, para conhecer do agravo e para prover o recurso ordinário, a fim de que fosse concedido o direito ao tratamento ambulatorial (BRASIL, 2024d).

O agravante encontrava-se há oito anos sob custódia em unidade prisional. Mesmo diante de novo laudo pericial concluindo pela preferência do tratamento ambulatorial, o recurso teve provimento negado, mantendo-se o paciente encarcerado. A Egrégia Corte constatou que não existia qualquer flagrante ilegalidade na situação do agravante e que “a liberdade do paciente acarretaria risco à ordem pública” (BRASIL, 2024d), esta é mais uma situação em que os dispositivos da Lei Antimanicomial e da R487, os quais proíbem a internação em instituições com características asilares, não foram considerados pelos ministros do STJ. Na verdade, extrai-se de um dos precedentes judiciais utilizados na fundamentação do voto vencedor um entendimento explícito de que o tratamento ambulatorial é a exceção, indo em sentido totalmente contrário ao princípio da excepcionalidade da internação que norteia a Reforma Psiquiátrica:

Esta Corte de Justiça firmou entendimento de que o tratamento ambulatorial é exceção, possível apenas nos casos de crimes punidos com detenção,

desde que observadas as condições de periculosidade do agente, à luz do livre convencimento motivado do magistrado (HC 313.907/SP, Relator Ministro GURGEL DE FARIA, Quinta Turma, julgado em 28/04/2015, DJe 18/05/2015) (BRASIL, 2024d).

Para Oliveira e Freitas (2019, p. 73), é precária a “natureza terapêutica de uma medida aplicada pelo Direito Penal, ou seja, fora do sistema de saúde e dentro do sistema penitenciário”. Segundo Pagliuca (2023, p. 267), é necessária uma mudança de entendimento dos aplicadores de direito em relação à efetividade e duração da internação:

os operadores do direito e os profissionais da saúde mental têm que consolidar a ideia de que as internações em hospitais psiquiátricos ou em outras instituições totais por longo período não só não configuram tratamento médico adequado, como agravam a situação psicossocial do sujeito, que passa a depender do suporte institucional por toda a sua vida. Para evitar que em 10,20 ou 30 anos ainda existam pacientes crônicos e dependentes de instituições totais, é fundamental não apenas solucionar o problema daqueles que se encontram nessa situação, mas principalmente não criar novos pacientes assim. E isso somente será possível com o respeito irrestrito às normas legais e constitucionais e ao princípio da excepcionalidade e da brevidade da internação [...] (PAGLIUCA, 2023, p. 267).

4.3.2.1 Da periculosidade do agente delitivo e da ineficácia dos art. 3º e 13º da R487 nas decisões analisadas

Mesmo que parte das decisões que envolvam medida de segurança de internação leve em consideração as diretrizes da R487, o argumento recorrente nas decisões que denegam a conversão da internação em tratamento ambulatorial é o perigo em abstrato do agente delitivo (OLIVEIRA; FREITAS, 2019). Este fundamento leva em consideração um conceito amplo de paz social e o princípio do *in dubio pro societate*, ferindo a presunção de inocência, art. 5º, LVII, da CF/88 e ignorando as diretrizes do art. 3º, inciso VIII, da R487. Nesse sentido, é problemática a decisão proferida no HC 878.047/SP:

Nos termos do art. 97, §1º, do Código Penal, a **cessação da periculosidade é condição essencial para a desinternação de paciente inimputável**, sendo necessário que **tal condição seja demonstrada de forma inequívoca e segura**. Em casos de dúvida, aplica-se **o princípio do in dubio pro societate**, que orienta a manutenção da medida de segurança em prol da segurança pública (HC 878047/SP Relator(a): Min. DANIELA TEIXEIRA, Julgado em 10/12/2024, DJe de 17/12/2024). (grifei)

O voto vencedor, que não conheceu do HC e manteve a medida de segurança de internação, fundamentou-se na periculosidade do agente, devido à prática delitiva de importunação sexual contra menor de idade da própria família, definindo o critério de modalidade da medida de segurança com base unicamente no art. 97º do Código Penal e citando jurisprudências anteriores à instituição da Política Antimanicomial do Poder Judiciário (BRASIL, 2024c). Este mesmo entendimento foi replicado na decisão no agravo no RHC 193024 abaixo:

Seguindo o entendimento do Superior Tribunal de Justiça, **a medida de segurança consistente em internação provisória foi motivada de forma satisfatória**, em que se apontou a cautelaridade, considerando a necessidade de acompanhamento médico constante, de modo a assegurar tratamento adequado e **preservar a sociedade das ações do recorrente, enquanto evidenciada sua periculosidade** (AgRg no RHC 193024/BA Relator(a): Min. OG FERNANDES, Julgado em 30/09/2024, DJe de 03/10/2024). (grifei).

A Sexta Turma acordou de forma unânime em negar provimento ao agravo, mesmo diante da alegação da defesa de que a sentença do juízo originário não levou em consideração a condição de saúde do agravante, decidindo sem fundamentação adequada pelo recolhimento a HCTP.

Nesse sentido, o Relator constatou que, embora a situação do internado, custodiado em ala psiquiátrica de unidade prisional, não seja ideal, a periculosidade da conduta do agente, condenado por homicídio qualificado, impossibilitaria a conversão da medida de segurança de internação em tratamento ambulatorial

(BRASIL, 2024e). Este raciocínio judicial evidencia o abismo entre a prática penal e os avanços da psiquiatria. Conforme destacam Oliveira e Freitas (2019, p. 65):

Diferentemente do direito penal, que mantém quase inalterado o instituto da medida de segurança em suas características advindas do denominado periculosismo positivo, a psiquiatria reformulou diversos conceitos e entendimentos acerca dos portadores de transtorno mental. Aquela área médica vem revisitando tratamentos e mudando de orientação quanto à internação, que passa a ser vista como responsável por agravamentos na saúde psíquica dos sujeitos internados [...] (OLIVEIRA; FREITAS, 2019, p. 65).

Ademais, a reincidência na prática delituosa também se mostrou um motivo para a não manutenção da medida de segurança de internação (BRASIL, 2023d; BRASIL, 2024f; BRASIL, 2025a). Este entendimento configura uma violação aos direitos e garantias fundamentais das pessoas com transtorno mental em conflito com a lei que, após anos de Luta Antimanicomial, tiveram seus direitos positivados no ordenamento jurídico brasileiro, mas veem sua eficácia negada pelos aplicadores do direito (OLIVEIRA; FREITAS, 2019; SANTOS, 2023).

Entende-se que as decisões supracitadas vão de encontro ao texto expresso do art. 4º, § 3º, da Lei nº 10.216/2001 e do art. 13º da R487, assim dispostos:

É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º (BRASIL, 2001).

A imposição de medida de segurança de internação ou de internação provisória ocorrerá em hipóteses absolutamente excepcionais, quando não cabíveis ou suficientes outras medidas cautelares diversas da prisão e quando compreendidas como recurso terapêutico momentaneamente adequado no âmbito do PTS, enquanto necessárias ao restabelecimento da saúde da pessoa, desde que prescritas por equipe de saúde da Raps (BRASIL, 2023).

A lógica penalista e punitivista das medidas de segurança ainda vigora entre os ministros da Egrégia Corte de Justiça (OLIVEIRA; FREITAS, 2019). Essa realidade é exemplificada pelo caso abaixo, no qual um indivíduo inimputável, que já cumpria tratamento ambulatorial, furtou um carro e foi submetido à medida de segurança de internação sob o argumento de sua periculosidade.

A agravante pugnou por um novo laudo técnico que atestasse a possibilidade de cumprimento da medida na modalidade ambulatorial. Entretanto, com base na reincidência delitiva e na periculosidade da agente, foi desprovido o recurso, mantendo-se a internação (BRASIL, 2024f), em sentido contrário ao proposto no art. 12º, §§ 2º e 5º, da R487. Extraí-se das razões de decidir o seguinte fundamento:

A medida de segurança de internação foi mantida devido à periculosidade da paciente, evidenciada pela prática reiterada de delitos e pela ineficácia do tratamento ambulatorial anterior.

O fato da agravante já ter sido internada outras vezes em instituição psiquiátrica em razão da prática de outros crimes e a **reiterada prática delitiva há mais de uma década indicam ser a internação a medida de segurança mais adequada ao presente caso** (AgRg no HC 939963/SP Relator(a): Min. RIBEIRO DANTAS, Julgado em 13/11/2024, DJe de 18/11/2024) (grifei).

4.3.2.2 Do cumprimento de medida de segurança de internação em instituições prisionais e a ineficácia do art. 13º, §1º da R487 nas decisões analisadas

Seguindo esse contrassenso, parte significativa dos precedentes judiciais analisados não constatou a ilegalidade do cumprimento da medida de segurança em instituições prisionais (BRASIL, 2023d; BRASIL, 2024c; BRASIL, 2025a; BRASIL, 2024d; BRASIL, 2024e; BRASIL, 2024f; BRASIL, 2024g; BRASIL, 2024h). O argumento recorrente para tal entendimento é a falta de vagas em leitos psiquiátricos em HCTPs, posicionamento que vai de encontro aos preceitos da Lei nº 10.216/2001 e da própria R487. Este raciocínio é explicitado no seguinte trecho de decisão no agravo no RHC 189009/SP:

A Secretaria de Administração Penitenciária informou sobre a **impossibilidade do recolhimento em Hospital de Custódia, por ser o agravante preso provisório**, razão pela qual foi realizada sua **remoção à ala especial destinada a portadores de transtornos mentais da Penitenciária III de Franco da Rocha**, local onde vem recebendo assistência médica, hospitalar, visitas familiares e não possui nenhum contato com presos comuns. Na espécie, ante a fundamentação apresentada pelas instâncias de origem, constatou-se que o agravante tem recebido adequado tratamento na unidade prisional, a qual é dotada de ala diferenciada para abrigar presos portadores de transtorno mental, bem como foi destacada a sua periculosidade. **O reconhecimento da cessação de sua periculosidade ou da adequabilidade da transferência do recorrente para tratamento ambulatorial é providência que demanda inviável reexame de matéria fática, incabível em habeas corpus** (AgRg no RHC 189009/SP Relator(a): Min. JESUÍNO RISSATO, Julgado em 22/04/2024, DJe de 25/04/2024). (grifei)

A matéria fática presente no agravo regimental em recurso em habeas corpus acima ajuda a elucidar o mecanismo repressivo do Sistema de Justiça, que perpetua as práticas institucionalizantes na realidade das pessoas submetidas a medidas de segurança de internação (OLIVEIRA; FREITAS, 2019). Trata-se de agravo interposto por condenado pela prática de tentativa de homicídio qualificado, que se encontra recluso em presídio comum, mesmo diante de laudo pericial que atesta a necessidade de tratamento em instituição adequada, devido ao seu quadro psiquiátrico (BRASIL, 2024g).

A alegação do impetrante era de constrangimento ilegal pela manutenção do paciente judiciário em ala psiquiátrica de instituição do sistema prisional. Requeria-se a substituição da internação carcerária pelo tratamento ambulatorial, a ser realizado pelas redes de atendimento do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) ou, alternativamente, no CAPS, caso não houvesse vaga (BRASIL, 2024g).

A decisão, no entanto, foi pela denegação do habeas corpus. O argumento central do voto vencedor fundou-se no entendimento de que não foi demonstrado que a custódia em instituição prisional viola direitos do custodiado e na alegação da Secretaria de Administração Penitenciária sobre a impossibilidade de recolhimento em HCTP, por tratar-se de preso provisório (BRASIL, 2024g).

Em sede de agravo, a decisão foi mantida, reiterando o entendimento de não existir qualquer ilegalidade na manutenção cautelar de pessoa com transtorno mental em instituição prisional com características asilares (BRASIL, 2024g), em claro desrespeito ao art. 3º, inciso VIII, da R487 e à Súmula Vinculante nº 56 do STF, que estabelece que “a falta de estabelecimento penal adequado não autoriza a manutenção do condenado em regime prisional mais gravoso” (BRASIL, 2023e). Mantendo o entendimento asilar a decisão no agravo em conflito de competência 206243/MG:

A Resolução/CNJ n. 487/2023 não altera a redação do art. 96, inciso I, do Código Penal, que permite o **cumprimento de medida de segurança em estabelecimento adequado, ainda que diverso do hospitalar**, quando houver justificativa concreta. A permanência do agravante no Presídio Federal de Campo Grande/MS é **justificada pela falta de vagas em hospital psiquiátrico em Minas Gerais e pela necessidade de preservar a segurança pública, dada a alta periculosidade do internado** (AgRg no CC 206243/MG Relator(a): Min. JOEL ILAN PACIORNIK, Julgado em 03/12/2024, DJe de 09/12/2024). (grifei)

O agravo acima ataca decisão que manteve o agravante custodiado em instituição prisional federal. Diferentemente da maioria das decisões analisadas que denegaram a conversão para o tratamento ambulatorial, nesta o Relator citou a R487, ponderando que suas diretrizes devem ser observadas alinhadas às condições peculiares do caso em tela, que se trata de agente que atentou contra a vida de um ex-Presidente da República em campanha eleitoral (BRASIL, 2024h).

No voto vencedor, o Relator alega que, embora a R487 institua a Política Antimanicomial no Poder Judiciário, o referido ato normativo não revogou o art. 96, I, do CP. Entendeu que a R487, por si só, não representa fato jurídico novo com aptidão para impor a reforma automática do acórdão da Terceira Seção

Essa conclusão foi fundamentada na falta de vaga hospitalar no estado de Minas Gerais, aliada à existência de uma fila de espera de outras pessoas com transtornos mentais que aguardam vaga para internação e à presença de tratamento médico adequado no Presídio Federal de Campo Grande/MS. Por estes motivos, denegou o agravo e, por consequência, o pleito de substituição da medida de

segurança de internação, sob o argumento de que fazê-lo feriria os preceitos da própria R487 (BRASIL, 2024h).

4.4 Da conclusão da análise jurisprudencial

Depreende-se portanto que a matéria não está pacificada e que a maioria dos julgadores recorrem a uma visão estigmatizante, de repressão social da medida de segurança.

Observa-se que a R487 ainda não alcançou a efetividade necessária para atingir seus propósitos declarados. A proposta de implementação de uma política antimanicomial não se materializou de forma consistente, uma vez que diversos acórdãos continuam a reproduzir versões estigmatizantes em relação às pessoas com transtornos mentais, ferindo os preceitos da Lei Antimanicomial e da R487.

A Lei da Reforma Psiquiátrica, que estabelece diretrizes para proteção e direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial, com ênfase em serviços comunitários e substitutivos aos hospitais psiquiátricos, segue tendo a eficácia negada sendo descumprida no âmbito das medidas de segurança.

Seu objetivo de superação do modelo asilar e a gradual desinstitucionalização dos pacientes ainda não se concretizou, uma vez que a maioria das decisões judiciais mantém a opção pela internação.

Conclui-se, a partir da análise dos julgados, que existem diversos obstáculos, por vezes contraditórios, à substituição do internamento pelo tratamento ambulatorial para as pessoas em situação de transtorno biopsicossocial que cometem infrações penais.

É nesse contexto que as medidas instituídas pela R487 enfrentam resistência significativa por parte da sociedade civil e de setores políticos, tal fato é evidenciado por ações judiciais perante o STF.

Por fim, mesmo na esfera interna do Poder Judiciário, ainda há considerável distância em relação a adoção efetiva de uma perspectiva antimanicomial.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho buscou analisar os avanços e os desafios trazidos pela R487 para a garantia dos direitos das pessoas com transtorno mental em conflito com a lei, situando-a no contexto histórico e teórico da luta antimanicomial brasileira.

O problema de pesquisa que orientou este estudo questionava até que ponto a R487 efetiva os princípios da Reforma Psiquiátrica e garante os direitos desse grupo, superando a lógica manicomial ainda presente no sistema de justiça.

A partir da análise realizada no terceiro capítulo, conclui-se que a R487 representa um avanço normativo monumental e um marco jurídico-político fundamental, ao institucionalizar uma política judiciária antimanicomial e estabelecer diretrizes concretas para o desmonte do paradigma asilar. No entanto, sua efetividade prática esbarra em uma resistência estrutural e cultural dentro do próprio Poder Judiciário, que impede, no momento atual, a plena realização de seus objetivos.

Quanto aos objetivos específicos, foi possível atingi-los, a fundamentação baseada em Foucault e Goffman mostrou-se suficiente para desvendar a lógica de poder, controle e mortificação do eu inerente ao paradigma manicomial, demonstrando que a simples internação nunca teve um fim puramente terapêutico, mas sempre funcionou como mecanismo de exclusão e disciplinamento social.

A análise do desenvolvimento da luta antimanicomial no Brasil evidenciou que a R487 é fruto de décadas de mobilização social e de uma disputa de paradigmas no campo da saúde mental.

Quanto ao marco legal e à contrarreforma, a análise da Lei nº 10.216/2001 confirmou seu caráter revolucionário ao priorizar o cuidado em liberdade e os direitos humanos. Contudo, ficou evidente a contradição insolúvel entre essa lei e o regime das medidas de segurança do Código Penal, que permanece ancorado em uma lógica penalista e de contenção. O exame do período da contrarreforma 2010-2019 elucidou o cenário de desmonte da RAPS e de fortalecimento de um complexo mercado privado de internação, que ocasionou consequências a grande parte dos indivíduos com deficiência biopsicossocial, em especial aqueles em conflito com a lei, criando um ambiente hostil para a implementação de uma política como a R487.

Quanto ao exame da R487, o trabalho apresentou as inovações do ato normativo, desde a priorização absoluta do tratamento ambulatorial e a vedação de instituições asilares até a previsão de PTS e a determinação de prazos para revisão compulsória.

Ficou claro que a R487 é um instrumento jurídico, que busca operar uma verdadeira revolução no tratamento jurídico da loucura.

Quanto à análise jurisprudencial, este foi o objetivo que revelou o cerne do problema. A análise de decisões do STJ e STF demonstrou um cenário profundamente ambíguo e contraditório.

Por um lado, identificou-se um alinhamento progressista em poucos casos envolvendo prisão cautelar, onde a R487 tem sido invocada para substituir a custódia prisional por tratamento adequado. Por outro lado, no núcleo das medidas de segurança, prevalece uma resistência conservadora fundamentada em um conceito de defesa da paz social e periculosidade do agente delitivo.

A jurisprudência analisada do STJ desconsidera a vinculação ao laudo biopsicossocial multidisciplinar, reafirmando a discricionariedade do juiz. Mantém a internação com base em critérios abstratos de periculosidade do agente e no princípio do *in dubio pro societate*, ignorando o caráter "absolutamente excepcional" da internação previstos nos arts. 12º e 13º da R487. Justifica a permanência em unidades prisionais ou não manutenção da internação com base na falta de vagas nos dispositivos da RAPS, que o próprio Estado desincentiva, legitimando assim a violação de direitos fundamentais em nome de uma suposta "realidade fática".

Constata-se a permanência de pessoas em hospitais de custódia e penitenciárias em situações irregulares, as quais não são invalidadas pelo Superior

Tribunal de Justiça. Ademais, tais internações ocorrem sem obedecer aos critérios de essencialidade terapêutica definidos pelos profissionais de saúde responsáveis pelos casos.

Portanto, a hipótese inicial de que a R487 enfrentaria sérios obstáculos para superar a cultura manicomial enraizada no sistema de justiça confirmou-se plenamente.

Embora a R487 seja um farol normativo, ainda não conseguiu alterar de forma consistente a práxis judicial. A efetividade da Lei Antimanicomial continua sendo negada para as pessoas em conflito com a lei, que seguem submetidas a um regime jurídico híbrido e paradoxal, absolvidas por não serem imputáveis, mas punidas com uma internação de caráter indeterminado e em condições frequentemente asilares.

Conclui-se que, não obstante os esforços de vários setores da sociedade, os objetivos da R487 não foram alcançados. A realidade atual evidencia a continuidade do funcionamento dos HCTPs, a falta de incorporação dos princípios da Reforma Psiquiátrica pelo Poder Judiciário e a operação ilegal das medidas de segurança.

Em conclusão, a R487 é um passo necessário e corajoso na longa trajetória da luta antimanicomial. Ela fornece o arcabouço legal e principiológico para a transformação. No entanto, os avanços estão mais no plano das normas do que no das práticas.

A superação definitiva do manicômio judiciário exigirá, para além da letra da lei, uma profunda mudança cultural nos operadores do direito, um investimento massivo na ampliação e qualificação dos componentes públicos da RAPS e uma contínua pressão da sociedade civil organizada. O caminho é longo, mas a R487 ilumina a direção a seguir.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

AMARANTE, Paulo; NUNES, Mônica de Oliveira. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 36, p. 2067-2080, 2018. DOI: 10.1590/1413-81232018236.07082018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/tDnNtj6kYPQyvvtXt4JfLvDF/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 out. 2025.

AMORIM, A. K. M. A.; DIMENSTEIN, Magda. Desinstitucionalização em saúde mental e práticas de cuidado no contexto do serviço residencial terapêutico. **Saúde em Debate**, v. 31, n. 78, p. 195-204, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2009.v14n1/195-204/pt>. Acesso em: 22 ago. 2025.

ARAÚJO, Carine Taveira de; SILVA, Hugo Hayran Bezerra. A imputabilidade penal e as medidas de segurança no Brasil: um estudo crítico sobre a resolução CNJ nº 487/2023. **Lumen et Virtus**, São José dos Pinhais, v. XVI, n. XLVII, p. 3960-3971, 2025. Disponível em: <https://periodicos.newsciencepubl.com/LEV/article/view/4578/6228>. Acesso em: 26 ago. 2025.

ARBEX, Daniela. **Holocausto Brasileiro: vida, genocídio e 60 mil mortes no maior hospício do Brasil**. 1. ed. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

BARROSO, Luís Roberto. Neoconstitucionalismo e Constitucionalização do Direito: O Triunfo Tardio do Direito Constitucional no Brasil. **Revista da EMERJ, Rio de Janeiro**, v. 9, n. 33, p. 43-92, 2006. Disponível em: https://www.emerj.tjrj.jus.br/revistaemerj_online/edicoes/revista33/Revista33_43.pdf. Acesso em: 30 ago. 2025.

BASAGLIA, Franco (coord.). **A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico**. Tradução de Heloisa Jahn. 3. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. **Para onde vai quem comete crime e sofre de doença mental**. Brasília, DF, 9 out. 2018. Disponível em:

<https://www.cnj.jus.br/para-onde-vai-quem-comete-crime-e-sofre-de-doenca-mental/>.

Acesso em: 27 ago. 2025.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. **Tribunais poderão solicitar mais prazo para implementar política antimanicomial**. Brasília, 2024. Disponível em:

<https://www.cnj.jus.br/tribunais-poderao-solicitar-mais-prazo-para-implementar-politica-antimanicomial/>.

Acesso em: 15 set. 2025.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. **Resolução Nº 487, de 15 de fevereiro de 2023**. Institui a Política Antimanicomial do Poder Judiciário e estabelece

procedimentos e diretrizes para implementar a Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência e a Lei n. 10.216/2001, no âmbito do processo penal e da execução das medidas de segurança. Diário da Justiça Eletrônico, [S. l.], 24 fev. 2023. Disponível em:

<https://atos.cnj.jus.br/files/original2015232023022863fe60db44835.pdf>.

Acesso em: 30 ago. 2025.

BRASIL. Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas. **Resolução nº 1, de 9 de março de 2018**. Estabelece diretrizes para a organização e o funcionamento dos

serviços que integram a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, ed. 49, p. 45, 12 mar. 2018. Disponível em:

<https://www.gov.br/mds/pt-br/aceso-a-informacao/legislacao/resolucao/resolucao-conad-no-1-de-9-de-marco-de-2018>. Acesso em: 25 ago. 2025.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Lição para política de saúde mental:**

museu registra torturas e mortes no maior manicômio do país. Brasília, DF:

Conselho Nacional de Saúde, fev. 2018. Disponível em:

<https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/assuntos/noticias/2018/fevereiro/licao-para-politica-de-saude-mental-museu-registra-torturas-e-mortes-no-maior-manicomio-do-pais>. Acesso em: 10 abr. 2025.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, [2025]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 22 jun. 2025.

BRASIL. **Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940**. Código Penal. Diário Oficial da União, [s.l.]: Presidência da República, 31 dez. 1940. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm. Acesso em: 29 ago. 2025.

BRASIL. **Diário da Câmara dos Deputados**. Brasília, DF, ano LIV, n. 068, p. X, 20 abr. 1999. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=23497&fichaAmigavel=nao>. Acesso em: 25 ago. 2025.

BRASIL. **Lei nº 7.209, de 11 de julho de 1984**. Altera dispositivos do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 13 jul. 1984. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/1980-1988/L7209.htm. Acesso em: 31 ago. 2025.

BRASIL. **Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984**. Institui a Lei de Execução Penal. Brasília, DF: Presidência da República, 13 jul. 1984. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7210.htm. Acesso em: 28 ago. 2025.

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. Brasília, DF: Presidência da República, 6 abr. 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 20 jun. 2025.

BRASIL. **Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006**. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas[...]. Brasília, DF: Presidência da República, 24 ago. 2006. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm. Acesso em: 20 ago. 2025

BRASIL. Ministério da Justiça. Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT). **Relatório de visita ao Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico “André Teixeira Lima” – HCTP I – Franco da Rocha – São Paulo.**

Brasília, DF, 2015. 42 p. Disponível em:

<https://mnpctbrasil.wordpress.com/wp-content/uploads/2019/09/hospital-de-custodia-e-tratamento-psiquiatrico-prof.pdf>. Acesso em: 27 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Justiça. Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT). **Relatório anual 2015-2016.** Brasília, DF, 2016. 92 p. Disponível em:

<https://mnpctbrasil.wordpress.com/wp-content/uploads/2019/09/mecanismo-nacional-de-prevencao-e-combate-a-tortura-relatorio-anual-2015-2016.pdf>. Acesso em: 27 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Secretaria Nacional de Políticas Penais (SENAPPEN). Sistema Nacional de Informações Penais (SISDEPEN). **17º ciclo, 2º semestre de 2024.** Brasília, DF, 2025. 351p. Disponível em:

<https://www.gov.br/senappen/pt-br/servicos/sisdepen/relatorios/relipen/relipen-2o-semester-de-2024.pdf>. Acesso em: 15 set 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **20 anos da Reforma Psiquiátrica no Brasil: 18/5 – Dia Nacional da Luta Antimanicomial.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, [2018?]. Disponível em:

<https://bvsmis.saude.gov.br/20-anos-da-reforma-psiquiatrica-no-brasil-18-5-dia-nacional-da-luta-antimanicomial/>. Acesso em: 15 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **15 anos da Declaração de Caracas: reestruturação da atenção psiquiátrica na América Latina.** Brasília, DF, 2005. 50 p. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf. Acesso em: 25 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Declaração de Caracas**. Brasília, DF, 1990.

Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_caracas.pdf.

Acesso em: 25 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 106, de 11 de fevereiro de 2000. Institui os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental.

Diário Oficial da União, Brasília, DF, ed. 39-E, p. 23, 24 fev. 2000. Disponível em:

<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/comum/4437.html>. Acesso em: 23 ago. 2025

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 336, de 19 de fevereiro de 2002.

Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção

Psicossocial. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, ano 36, seção 1, p. 22, 20 fev.

2002. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html.

Acesso em: 26 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.088, de 23 de dezembro de

2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras

drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**,

Brasília, DF, ano 247, seção 1, p. 230, 26 dez. 2011. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html.

Acesso em: 01 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.588, de 21 de dezembro de

2017. Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências.

Diário Oficial da União, Brasília, DF, seção 1, p. 157, 22 dez. 2017. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html.

Acesso em: 21 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria SAS/MS nº 1.482, de 25 de outubro de 2016. Inclui na Tabela de Tipos de Estabelecimentos de

Saúde do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES o tipo 83 –

Polo de Prevenção de Doenças e Agravos e Promoção da Saúde. **Diário Oficial da**

União, Brasília, DF, ano 205, seção 1, p. 50, 26 out. 2016. Disponível em:

<https://febract.org.br/portal/wp-content/uploads/2020/04/PORTARIA-1482-2016-CNE-S-83-CTS.pdf>. Acesso em 21. ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Nota Técnica Nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS:**

Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Brasília, DF, 2019. Disponível em: <https://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>. Acesso em: 25 ago. 2025

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça (Terceira Seção). **Agravo Regimental no Conflito de Competência nº 206.243**. DIREITO PENAL. AGRAVO REGIMENTAL. MEDIDA DE SEGURANÇA. INTERNAÇÃO DE INIMPUTÁVEL EM PRESÍDIO FEDERAL. FALTA DE VAGAS EM HOSPITAL PSIQUIÁTRICO NO ESTADO DE MINAS GERAIS. ALTA PERICULOSIDADE DO AGRAVANTE. ASSISTÊNCIA MÉDICA ADEQUADA NO PRESÍDIO FEDERAL. APLICAÇÃO DO ART. 96, INCISO I, DO CÓDIGO PENAL. AGRAVO NÃO PROVIDO. Agravante: A B D E O.

Suscitante: Juízo Federal da 3a vara cível e criminal de juiz de fora - SJ/MG.

Suscitado : Juízo Federal da 5a vara criminal de campo grande - SJ/MS. Relator:

Ministro Joel Ilan Paciornik, Brasília, 09 dez. 2024. Disponível em:

scon.stj.jus.br/SCON/GetInteiroTeorDoAcordao?num_registro=202402349244&dt_publicacao=09/12/2024. Acesso em: 01 set. 2025.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça (Sexta Turma). **Agravo Regimental no Recurso em Habeas Corpus nº 181.586**. AGRAVO REGIMENTAL EM RECURSO ORDINÁRIO EM HABEAS CORPUS. EXECUÇÃO PENAL. CRIMES DE AMEAÇA E IMPORTUNAÇÃO SEXUAL. ABSOLVIÇÃO IMPRÓPRIA. APLICAÇÃO DE MEDIDA DE SEGURANÇA DE INTERNAÇÃO. PLEITO DE TRATAMENTO AMBULATORIAL EM CLÍNICA PARTICULAR. REEXAME DE PROVAS. PEDIDO DE SAÍDAS TERAPÊUTICAS. SUPRESSÃO DE INSTÂNCIA. RECURSO NÃO CONHECIDO. AGRAVO DESPROVIDO. Agravante: T R T. Agravado: Ministério Público do Distrito Federal e Territórios. Relatora: Ministra Laurita Vaz. Brasília, 14 de agosto de 2023. Disponível em:

scon.stj.jus.br/SCON/GetInteiroTeorDoAcordao?num_registro=202301767994&dt_publicacao=21/08/2023. Acesso em: 2 set. 2025.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça (Sexta Turma). **Agravo Regimental no Recurso em Habeas Corpus nº 189.009**. AGRAVO REGIMENTAL NO RECURSO EM HABEAS CORPUS. HOMICÍDIO QUALIFICADO TENTADO. APLICADA MEDIDA DE SEGURANÇA. INIMPUTABILIDADE. TRATAMENTO AMBULATORIAL. ALA DE TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO DA PENITENCIÁRIA DE FRANCO DA ROCHA/SP. PRESO PROVISÓRIO. CESSAÇÃO DA PERICULOSIDADE OU ADEQUAÇÃO QUANTO AO TRATAMENTO. PROVIDÊNCIA INVIÁVEL EM HABEAS CORPUS. AGRAVO REGIMENTAL IMPROVIDO. Agravante: Jhonatan Gabriel Barbosa Gomes. Agravado: Ministério Público do Estado de São Paulo. Relator: Ministro Jesuíno Rissato (Desembargador Convocado do TJDFT), Brasília, 25 abr. 2024. Disponível em: **scon.stj.jus.br/SCON/GetInteiroTeorDoAcordao?num_registro=202303850420&dt_publicacao=25/04/2024**. Acesso em: 01 set. 2025.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça (Sexta Turma). **Agravo Regimental no Recurso em Habeas Corpus nº 185.969**. AGRAVO REGIMENTAL NO RECURSO EM HABEAS CORPUS. LATROCÍNIO. INIMPUTABILIDADE DO RÉU. APLICADA MEDIDA DE SEGURANÇA DE INTERNAÇÃO. PERICULOSIDADE DO AGRAVANTE. PLEITO DE TRATAMENTO AMBULATORIAL. NECESSIDADE DE REEXAME FÁTICO-PROBATÓRIO. INADEQUAÇÃO DA VIA ELEITA. AGRAVO REGIMENTAL DESPROVIDO. Agravante: Gabriel Pereira dos Santos de Jesus. Agravado: Ministério Público da Bahia. Relator: Ministro Jesuíno Rissato (Desembargador Convocado do TJDFT), Brasília, 25 jun. 2024. Disponível em: **scon.stj.jus.br/SCON/GetInteiroTeorDoAcordao?num_registro=202303006914&dt_publicacao=25/06/2024**. Acesso em: 1 set. 2025.

BRASIL. SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA (Quinta Turma). **Agravo Regimental no Habeas Corpus Nº 825.213**. DIREITO PENAL E PROCESSUAL PENAL. AGRAVO REGIMENTAL EM HABEAS CORPUS. ROUBO. INIMPUTABILIDADE. APLICAÇÃO DE MEDIDA DE SEGURANÇA. CRIME PUNIDO COM RECLUSÃO. INTERNAÇÃO SUBSTITUÍDA POR TRATAMENTO AMBULATORIAL. POSSIBILIDADE. RECURSO DESPROVIDO. Agravante: Ministério Público Federal.

Agravado: Luciano Carvalho Vieira. Relatora: Ministra Daniela Teixeira. Brasília, DF, 05 nov. 2024. Disponível em:
https://scon.stj.jus.br/SCON/GetInteiroTeorDoAcordao?num_registro=202301723992&dt_publicacao=05/11/2024. Acesso em: 1 set. 2025.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça (Sexta Turma). **Agravo Regimental no Habeas Corpus nº 945.985**. AGRAVO REGIMENTAL NO HABEAS CORPUS. TRÁFICO DE DROGAS. INIMPUTABILIDADE. AUSÊNCIA DE VINCULAÇÃO ÀS CONCLUSÕES DO LAUDO PERICIAL. ANÁLISE MOTIVADA. MEDIDA DE SEGURANÇA. INTERNAÇÃO. AGRAVO REGIMENTAL NÃO PROVIDO. Agravante: Tiago Henrique Quirino. Agravado: Ministério Público do Estado de São Paulo. Relator: Ministro Otávio de Almeida Toledo (Desembargador Convocado do TJSP), Brasília, 7 abr. 2025. Disponível em:
scon.stj.jus.br/SCON/GetInteiroTeorDoAcordao?num_registro=202403506084&dt_publicacao=07/04/2025. Acesso em: 1 set. 2025.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça (Sexta Turma). **Agravo regimental no recurso em habeas corpus Nº 193.024**. AGRAVO REGIMENTAL NO RECURSO EM HABEAS CORPUS. PENAL. HOMICÍDIO QUALIFICADO. APLICAÇÃO DE MEDIDA DE SEGURANÇA. INIMPUTABILIDADE DO AGENTE. PLEITO DE TRATAMENTO AMBULATORIAL. CONCLUSÃO DAS INSTÂNCIAS ORDINÁRIAS PELA NECESSIDADE DA INTERNAÇÃO. PERICULOSIDADE DO AGRAVANTE. FUNDAMENTAÇÃO IDÔNEA. Agravante: Daniel de Araújo. Agravado: Ministério Público da Bahia. Relator: Ministro Og Fernandes, Brasília, 30 set. 2024. Disponível em:
scon.stj.jus.br/SCON/GetInteiroTeorDoAcordao?num_registro=202400247098&dt_publicacao=03/10/2024. Acesso em: 1 set. 2025

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça (Quinta Turma). **Agravo Regimental no Habeas Corpus n. 939.963**. DIREITO PENAL. AGRAVO REGIMENTAL. MEDIDA DE SEGURANÇA. INTERNAÇÃO. RECURSO DESPROVIDO. Agravante: Ligia Gomes. Agravado: Ministério Público do Estado de São Paulo. Relator: Ministro Ribeiro Dantas, Brasília, 14 de nov. de 2024. Disponível em:
https://scon.stj.jus.br/SCON/GetInteiroTeorDoAcordao?num_registro=202403188630&dt_publicacao=18/11/2024. Acesso em: 1 set. 2025.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça (Quinta Turma). **Habeas Corpus nº 617.639**. PENAL. HABEAS CORPUS SUBSTITUTIVO DE RECURSO PRÓPRIO. INADEQUAÇÃO. ESTUPRO TENTADO. INIMPUTABILIDADE DO RÉU. ABSOLVIÇÃO IMPRÓPRIA. MEDIDA DE SEGURANÇA. INTERNAÇÃO EM MANICÔMIO JUDICIÁRIO. SUBSTITUIÇÃO POR TRATAMENTO AMBULATORIAL. CRIME PUNIDO COM PENA DE RECLUSÃO. ART. 97 DO CP. POSSIBILIDADE. PERICULOSIDADE DO AGENTE NÃO DEMONSTRADA. FLAGRANTE ILEGALIDADE EVIDENCIADA. WRIT NÃO CONHECIDO. ORDEM CONCEDIDA DE OFÍCIO. Impetrante: Claudinei Donizete Bertolo. Impetrado: Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo. Relator: Ministro Ribeiro Dantas, Brasília, 9 fev. 2021. Disponível em: https://scon.stj.jus.br/SCON/GetInteiroTeorDoAcordao?num_registro=202002627398&dt_publicacao=12/02/2021. Acesso em: 1 set. 2025.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça (Quinta Turma). **Habeas Corpus nº 878.047**. DIREITO PROCESSUAL PENAL. HABEAS CORPUS SUBSTITUTIVO DE RECURSO PRÓPRIO. EXECUÇÃO PENAL. MEDIDA DE SEGURANÇA. INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA. SUBSTITUIÇÃO POR TRATAMENTO AMBULATORIAL. INIMPUTABILIDADE. PERICULOSIDADE DO SENTENCIADO. PRINCÍPIO DO IN DUBIO PRO SOCIETATE. NECESSIDADE DE MANUTENÇÃO DA INTERNAÇÃO. AUSÊNCIA DE ILEGALIDADE FLAGRANTE. ORDEM NÃO CONHECIDA. Impetrante: Defensoria Pública do Estado de São Paulo. Impetrado: Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo. Relatora: Ministra Daniela Teixeira, Brasília, DF, 10 de dezembro de 2024. Disponível em: scon.stj.jus.br/SCON/GetInteiroTeorDoAcordao?num_registro=202304568959&dt_publicacao=17/12/2024. Acesso em: 1 set. 2025.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça (Sexta Turma). **Habeas Corpus nº 948.244**. HABEAS CORPUS. VIOLÊNCIA DOMÉSTICA. DESCUMPRIMENTO DE MEDIDAS PROTETIVAS. PACIENTE ACOMETIDO DE TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS. SUBSTITUIÇÃO POR TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO . CONCESSÃO DA ORDEM. Impetrante: Breno de Carvalho Monteiro. Impetrado: Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro. Relator: Ministro Antonio Saldanha Palheiro, Brasília, DF, 27 de nov. de 2024. Disponível em:

scon.stj.jus.br/SCON/GetInteiroTeorDoAcordao?num_registro=202403626894&dt_publicacao=02/12/2024. Acesso em: 31 ago. 2025.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **Súmula 527**. A duração da medida de segurança não pode ser superior ao tempo máximo de pena privativa de liberdade cominada ao delito praticado. Brasília, DF, 2015. Disponível em: https://www.stj.jus.br/docs_internet/jurisprudencia/tematica/download/SU/Sumulas/SumulasSTJ.pdf. Acesso em: 28 ago. 2025.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) 347**. 1. Há um estado de coisas inconstitucional no sistema carcerário brasileiro, responsável pela violação massiva de direitos fundamentais dos presos[...]. Relator: Ministro Marco Aurélio Mello. Brasília, DF, 2023. Disponível em: https://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticiaNoticiaStf/anexo/1ADPF347InformaosociadeV2_6out23_17h55.pdf. Acesso em: 30 ago. 2025.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Habeas Corpus nº 231.835**. Impetrantes: Guilherme Luiz Martins e Giovanna Gabrieli Santos Pereira. Paciente: André Aguirre Velho. Impetrado: Relator do HC nº 847.169. Relator: Ministro Gilmar Mendes, Brasília, 4 de out. de 2023. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=6725596>. Acesso em: 31 ago. 2025.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal (Primeira Turma). **Habeas Corpus nº 84.219-8**. MEDIDA DE SEGURANÇA - PROJEÇÃO NO TEMPO - LIMITE. A interpretação sistemática e teleológica dos artigos 75, 97 e 183, os dois primeiros do Código Penal e o último da Lei de Execuções Penais, deve fazer-se considerada a garantia constitucional abolidora das prisões perpétuas. A medida de segurança fica jungida ao período máximo de trinta anos. Impetrante: Procuradoria-Geral do Estado de São Paulo. Impetrado: Superior Tribunal de Justiça. Relator: Ministro Marco Aurélio, 16 de agosto de 2005. Disponível em: <https://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=AC&docID=79519>. Acesso em: 30 ago. 2025.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Ação Direta de Inconstitucionalidade 7454** Distrito Federal. Autora: Associação Brasileira de Psiquiatria. Relator: ministro Edson Fachin, Brasília, DF, 2023. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=6740815>. Acesso em: 06 set. 2025.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Súmula Vinculante nº 56, de 26 de outubro de 2023. A falta de estabelecimento penal adequado não autoriza a manutenção do condenado em regime prisional mais gravoso, devendo-se observar, nessa hipótese, os parâmetros fixados no RE 641.320/RS. **Diário da Justiça Eletrônico**, Brasília, DF, 30 out. 2023. Seção 1. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/jurisprudencia/sumulosumula.asp?sumula=39299>. Acesso em: 31 ago. 2025.

CASTRO, Ingrid Paula Gonzaga e; SILVA, Marina Tomas do Nascimento e. A reforma psiquiátrica promovida pela lei 10.216/01 e os direitos das pessoas com transtornos mentais. **Revista Eletrônica de Direito do Centro Universitário Newton Paiva**, Belo Horizonte, n. 40, p. 53-69, jan./abr. 2020. Disponível em: <http://revistas.newtonpaiva.br/redcunp/wp-content/uploads/2020/07/DIR40-03.pdf>. Acesso em: 25 ago. 2025.

CORDIOLI, Maria Sirene; BORENSTEIN, Miriam Süsskind; RIBEIRO, Anesilda Alves de Almeida. Hospital de custódia: os direitos preconizados pela reforma psiquiátrica e a realidade dos internos. **Esc. Anna Nery R Enferm**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 671-677, dez. 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/r5xWLBmyybc7v8Jndvmf75R/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 28 ago. 2025.

COSTA, Arlei da. 40 anos da reforma do Código Penal de 1984 e continuamos errando. **Consultor Jurídico**, São Paulo, 30 jun. 2024. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2024-jun-30/40-anos-da-reforma-do-codigo-penal-de-1984-e-continuamos-errando/>. Acesso em: 31 ago. 2025.

ESTEFAM, André; GONÇALVES, Victor Eduardo Rios. **Direito penal esquematizado**: parte geral. 6. ed. São Paulo: Saraiva, 2017. (Coleção esquematizado, coord. Pedro Lenza).

FILHO, Kleber Prado e LEMOS, Flavia Cristina Silveira. Uma Breve cartografia da luta antimanicomial no Brasil. **Contemporânea - Revista de Sociologia da UFSCar**. São Carlos, v.2, n.1 jan-jun 2012, pp 45-63. Disponível em: <https://www.contemporanea.ufscar.br/index.php/contemporanea/article/view/59/32>. Acesso em: 20 ago. 2025

FOUCAULT, M. **História da loucura**. São Paulo: Perspectiva, 1978.

GRECO, Rogério. **Curso de direito penal**: parte geral. 17. ed. Rio de Janeiro: Impetus, 2015. v. 1.

GOBBO, Gabriel Freitas. **Política Antimanicomial no Poder Judiciário**: impactos a partir da resolução CNJ N. 487/2023. Orientador: Karlos Alves Barbosa. 2024. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Direito) - Faculdade de Direito. Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2024. Disponível em: <https://repositorio.ufu.br/bitstream/123456789/41702/1/PoliticaAntimanicomialPoder.pdf>. Acesso em: 31 ago. 2025

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1961.

GUIMARÃES, Thaís de Andrade Alves; ROSA, Lucia Cristina dos Santos. A remanicomialização do cuidado em saúde mental no Brasil no período de 2010-2019: análise de uma conjuntura antirreformista. **O Social em Questão - Ano XXII - nº 44 - Mai a Ago/2019**, Rio de Janeiro, ano XXII, n. 44, p. 111-138, maio/ago. 2019. Disponível em: https://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/OSQ_44_art5.pdf. Acesso em: 21 ago. 2025.

IGNATOWSKI, Thiago Salles. 30 anos da luta antimanicomial: uma disputa simbólica. In: **Revive - Revista de Ciências do Estado**, Belo Horizonte, v.3, n.1, p. 200-217, jan/jul 2018, Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/revive/article/view/e5092/3150>. Acesso em: 20 ago. 2025.

JACOBINA, Paulo Vasconcelos. Direito penal da loucura: medida de segurança e reforma psiquiátrica. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 5, n. 1, p. 70-85, mar. 2004. Disponível em:

https://app.uff.br/observatorio/uploads/Direito_penal_da_loucura_medida_de_seguran%C3%A7a_e_reforma_psiqui%C3%A1trica1.pdf. Acesso em: 28 ago. 2025.

LHACER, Patrícia Maria Villa. **Transinstitucionalização**: caminhos e descaminhos na dinâmica de internações e desinternações de pessoas com transtorno mental em conflito com a lei no estado de São Paulo. 2019. Orientadora: Augusta Thereza de Alvarenga. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2019. Disponível em:

https://web.archive.org/web/20200507080922id_/https://teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6136/tde-03102019-133050/publico/LhacerPMV_DR_R.pdf. Acesso em: 27 ago. 2025

LENZA, Pedro. **Direito constitucional esquematizado**. 19. ed. rev., atual. e ampl. São Paulo: Saraiva, 2015.

MATTOS, Virgílio de. **Crime e Psiquiatria**: uma saída: preliminares para a desconstrução das medidas de segurança. Rio de Janeiro: Revan, 2006. 238 p.

OLIVEIRA, Marcelo Matos de; FREITAS, Sérgio Henriques Zandona. A medida de segurança e os direitos humanos: a periculosidade à luz da lei 10.216/2001 e da necessidade de limitação do poder punitivo do Estado. **Revista de Criminologias e Políticas Criminais**, Goiânia, v. 5, n. 1, p. 58-78, jan./jun. 2019. Disponível em: <https://www.indexlaw.org/index.php/revistacpc/article/download/5473/pdf/16506>. Acesso em: 15 set. 2025.

OLIVEIRA, Nelson Rocha de; ARRAES, Raquel Maria Batista. CAPS judiciário: Opção necessária para uma justiça saudável. **Psicologia Argumento**, Curitiba, v. 29, n. 67, p. 447-455, out./dez. 2011. Disponível em: <https://periodicos.pucpr.br/psicologiaargumento/article/view/20263/19543>. Acesso em: 18 set. 2025.

PAGLIUCA, Thiago Pedro Santos. **Análise dogmática das medidas de segurança**: fundamentos e perspectivas. Orientador: Alamiro Velludo Salvador Netto. 2020. Tese

(Doutorado) – Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2020.

Disponível em:

https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/2/2136/tde-22032021-223418/publico/7939455_Tese_Original.pdf. Acesso em: 11 set. 2025.

PAGLIUCA, Thiago. **Medidas de segurança no direito penal brasileiro**. 1. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2023. 312 p. ISBN 978-85-519-2601-7.

PRADO, Y.; SEVERO, F.; GUERRERO. A Reforma Psiquiátrica Brasileira e sua discussão parlamentar: disputas políticas e contrarreforma. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n. especial 3, p. 250-263, out. 2020. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/sNR3QKGwVLt3my3zBLLNFXQ/?format=pdf&lang=pt>
Acesso em: 25 ago. 2025.

SANTANA, Ana Flávia Ferreira de Almeida. **O manicômio judiciário e seus pacientes na visão dos trabalhadores**: atenção à saúde e equipamento prisional. 2015. Orientadora: Marília Alves. Tese (Doutorado em Enfermagem e Saúde) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2015. Disponível em:

https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/BUBD-9ZPJE9/1/tese_final_revisao.pdf.
Acesso em: 28 ago. 2025.

SANTANA, Ana Flávia Ferreira de Almeida; ALVES, Marília. Realidade de um manicômio judiciário na visão de profissionais: do tratamento à segregação. **REME - Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 19, n. 2, p. 133-141, 2015.

Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/reme/article/view/50110/41244>.
Acesso em: 28 ago. 2025.

SANTIAGO, Nestor Eduardo Araruna; SANTOS, Raimundo Nonato Silva; SILVA, Tiago Dias da. Pessoas com transtorno mental submetidas à medida de segurança e a Resolução CNJ n. 487/2023: uma análise garantista. **Administração de Empresas em Revista**, Curitiba, v. 2, n. 39, p. 1-18, 2024. Disponível em:

<https://revista.unicuritiba.edu.br/index.php/admrevista/article/view/7896/371375405>.
Acesso em: 31 ago. 2023.

SANTOS, Ialle Yonara de Araújo. **Crime e loucura: a falta de estrutura e o desafio enfrentado durante o processo de internação no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico da Ilha de Itamaracá**. Orientador: Arquimedes Melo. 2018. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Direito) - Centro Universitário Tabosa de Almeida, Caruaru, 2018. Disponível em:

<http://repositorio.asc.es.edu.br/handle/123456789/1868>. Acesso em: 28 ago. 2025.

SANTOS, Juarez Cirino dos. A lei antimanicomial: um modelo revolucionário de saúde mental. **Boletim IBCCRIM ano31 N.º 373 Dezembro de 2023 ISSN 16763661**, São Paulo, v. 31, n. 373, [s.d.], 2023. DOI: 10.5281/zenodo.10186062. Disponível em:

https://publicacoes.ibccrim.org.br/index.php/boletim_1993/article/view/828/249.

Acesso em: 28 ago. 2025.

SARDAS, Leticia de Faria. Função do Poder Judiciário no mundo moderno. **Revista da EMERJ**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 21, p. 180-190, 2003. Disponível em:

https://www.emerj.tjrj.jus.br/revistaemerj_online/edicoes/revista21/revista21_180.pdf.

Acesso em: 01 set. 2025.

SENADO FEDERAL. Política penitenciária está em debate no Senado; Brasil tem a 3ª maior população carcerária do mundo. **Em Discussão**, Brasília, DF, 27 jun. 2024. 1 vídeo (25:39 min). Disponível em:

<https://www12.senado.leg.br/tv/programas/em-discussao/2024/06/politica-penitenciaria-esta-em-debate-no-senado-brasil-tem-a-3a-maior-populacao-carceraria-do-mundo>. Acesso em: 30 ago. 2025.

TAVARES, Aderruan. A função controladora do Conselho Nacional de Justiça à luz da juridicidade e das normas da LINDB. **Caderno Virtual**, [S. l.], v. 2, n. 43, p. 1-22, 2019. Disponível em:

<https://www.portaldeperiodicos.idp.edu.br/cadernovirtual/article/view/3453>. Acesso em: 31 ago. 2025.

VOLTOLINI, Gabriela. **A Efetividade da Resolução nº 487/2023 do Conselho Nacional de Justiça nas Medidas de Segurança de Internação no Brasil**.

Orientador: Camila Damasceno de Andrade. 2025. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Direito). Centro de Ciências Jurídicas. Universidade Federal de

Santa Catarina, Florianópolis, 2025. Disponível em:

<https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/266712/A%20Efetividade%20da%20Resolu%C3%A7%C3%A3o%20n%C2%BA%204872023%20do%20Conselho%20Nacional%20de%20Justi%C3%A7a%20nas%20Medidas.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 11 set. 2025.

ZAFFARONI, Eugenio Raúl; PIERANGELI, José Henrique. **Manual de direito penal brasileiro**: volume 1, parte geral. 7. ed. rev. e atual. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2007.

