

**UNIVERSIDADE DE SOROCABA  
PRÓ-REITORIA DE GRADUAÇÃO E ASSUNTOS ESTUDANTIS  
CURSO DE DIREITO**

**Beatriz Acs Silva Moraes**

**A LOUCURA ENCARCERADA: A POLÍTICA ANTIMANICOMIAL PELO FIM DOS  
HOSPITAIS DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO**

**Sorocaba/SP**

**2024**

**Beatriz Acs Silva Moraes**

**A LOUCURA ENCARCERADA: A POLÍTICA ANTIMANICOMIAL PELO FIM DOS  
HOSPITAIS DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado como exigência parcial para  
obtenção do Diploma de Graduação em  
Direito, da Universidade de Sorocaba.

Orientador: Prof.º Dr. Fernando Silveira  
Melo Plentz Miranda

**Sorocaba/SP**

**2024**

**Beatriz Acs Silva Moraes**

**A LOUCURA ENCARCERADA: A POLÍTICA ANTIMANICOMIAL PELO FIM DOS  
HOSPITAIS DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado como requisito parcial para  
obtenção do Diploma de Graduação em  
Direito, da Universidade de Sorocaba.

Aprovado em: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA:**

Prof. (a) Dr. ou Me. (a) Fernando Miranda Melo Plentz  
Miranda Universidade de Sorocaba

Prof. (a) Dr. ou Me.  
(a)

---

Universidade de Sorocaba

Prof. (a) Dr. ou Me.  
(a)

---

Universidade de Sorocaba

Dedico este trabalho a todos aqueles que se viram privados da liberdade de suas próprias mentes e aqueles que por eles lutaram.

## **Agradecimentos**

Ao Universo por iluminar-me e contemplar-me com sabedoria e direcionamento.

Aos professores da instituição por todas as orientações e ensinamentos que me proporcionaram ao longo do curso despertando em mim o desejo de aprender cada vez mais e tornar-me uma profissional exemplar.

A todos os profissionais que me auxiliaram e me aconselharam com gentileza e solicitude durante meu trabalho de investigação. São muitos para mencionar, mas me lembrarei de todos com gratidão por todo conhecimento que compartilharam comigo me guiando neste caminho sinuoso da pesquisa.

E a minha mãe, que sempre me apoiou e nunca me deixou desistir.

O tratamento geral do insano é indiscutivelmente errado; é um desafio ao estado atual do conhecimento, aos melhores sentimentos da humanidade esclarecida, e à política nacional.

(Thomas Bakewell)

## RESUMO

Este trabalho tem como base o estudo da Medida de Segurança no Código Penal brasileiro bem como a medida de internação realizada em Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) mediante investigação em doutrinas e na legislação. O debate sobre o cuidado com a pessoa com transtorno mental é antigo, mas permanece sempre presente, afinal, mesmo após séculos de discussão ainda não foi possível chegar a um consenso do melhor tratamento. Por meio da compreensão do funcionamento da medida de segurança, do tratamento do doente mental ao longo dos séculos e a criação dos manicômios por análise bibliográfica, torna-se possível chegar ao objetivo da pesquisa que é apresentar as críticas referentes a Resolução nº 487/2023, do CNJ, que determinou o fechamento dos HCTPs. À luz do Código Penal, do depoimento de psiquiatras, da análise de dados e artigos, pretende-se demonstrar a inaplicabilidade da Política Antimanicomial tanto do ponto de vista jurídico quanto do ponto de vista médico.

**Palavras-chave:** Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico; Manicômio Judiciário; Medida de Segurança; Resolução nº 487/2023, CNJ; Política Antimanicomial.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>8</b>
<b>2</b>	<b>CONTEXTO HISTÓRICO.....</b>	<b>11</b>
<b>3</b>	<b>CRIMINOLOGIA E LOUCURA .....</b>	<b>19</b>
<b>6</b>	<b>MEDIDA DE SEGURANÇA NO CÓDIGO PENAL BRASILEIRO .....</b>	<b>23</b>
<b>5</b>	<b>REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL .....</b>	<b>32</b>
<b>6</b>	<b>HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO .....</b>	<b>35</b>
<b>6.1</b>	<b>Os HCTPs no Brasil do Século XXI.....</b>	<b>35</b>
<b>6.2</b>	<b>Resolução nº 487/2023, do CNJ .....</b>	<b>41</b>
<b>6.2.1</b>	<b>Os posicionamentos contrários à Política Antimanicomial .....</b>	<b>44</b>
<b>6.2.2</b>	<b>Inconstitucionalidade da Resolução nº 487/2023, do CNJ .....</b>	<b>52</b>
<b>7</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>55</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>58</b>
	<b>ANEXO – CARTA AO HCTP DE FRANCO DA ROCHA .....</b>	<b>65</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A loucura e o crime são temas que fascinam a humanidade há séculos. Suas investigações e estudos atravessam gerações e por isso, quando falamos de pessoas com transtornos mentais que cometeram um delito e estão internadas em manicômios judiciários despertamos a atenção de muitos e o receio de outros.

Atualmente no Brasil, aqueles que são considerados inimputáveis, ou seja, indivíduo que por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da prática do crime (ação ou da omissão), inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito ou de determinar-se de acordo (art. 26, CP), são em determinados casos submetidos a medida de segurança de internação em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP).

Mas sendo a medida de segurança criticada por alguns doutrinadores e defensores da Reforma Psiquiátrica, sua aplicação é questionada desde a entrada em vigor da Lei 10.216, em 2001, que proibiu o sistema asilar no país e estabeleceu os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais.

Neste contexto, em fevereiro de 2023, o Conselho Nacional de Justiça (CNJ), instituiu a Política Antimanicomial por meio da Resolução 487 que determinou o fechamento dos HCTPs em todo o país e estabeleceu que a internação se dará excepcionalmente em leito de saúde mental em Hospital Geral ou outro equipamento de saúde adequado, referenciado pelo CAPS da Raps (art. 13, §1º).

O Hospital de Custódia é o local apropriado para receber os inimputáveis (art. 99, LEP) devendo atender as condições mínimas de salubridade (Brito, 2023) e possui caráter preventivo e curativo, visando oferecer tratamento adequado e evitar que o autor de um delito torne a cometer outro injusto (Nucci, 2007). Possuindo então a devida preparação para esse tipo de cuidado, iniciou-se um debate sobre o perigo que apresenta a extinção dos HCTPs, bem como a falta de estrutura dos serviços de saúde para atender a nova demanda.

A saúde mental é um tema extremamente atual em todo o mundo. Busca-se cada vez mais a criação de novos tratamentos que se mostrem mais adequados e humanizados para o cuidado de pessoas com transtornos mentais. Por isso a importância do tema dentro do âmbito jurídico, pois trata-se de um grupo que sofre duas vezes pelo estigma da doença mental e da prisão.

Ao fechar os HCTPs, estes pacientes terão que buscar outras formas de tratamento e local para morar, afinal, muitos não possuem famílias ou casas. Sendo um problema social que afetará o ordenamento jurídico, o sistema público de saúde e a segurança pública é um tema que interessa a todos, principalmente aqueles que são afetados diretamente: o paciente com transtorno mental que cometeu um delito.

Diante da significativa importância do que se dará o futuro de um grupo marcado pela rejeição histórica, este trabalho visa elencar os pontos desfavoráveis da Resolução por meio da análise de dados do sistema penitenciário e de saúde do país e das opiniões de psiquiatras e juristas contrários ao fechamento buscando entender se a Política Antimanicomial de fato é prejudicial como argumentado.

Inicialmente, é importante compreender de onde surgiram os manicômios que está diretamente relacionado com o desenvolvimento da Psiquiatria, como a loucura e o crime se misturaram nos estudos Criminológicos que por muito tempo associavam a criminalidade com a existência de uma patologia e como surgiu a Reforma Psiquiátrica que proporcionou a criação da Lei 10.216/2001 que deve ser implementada no âmbito das execuções das medidas de segurança pela Resolução 487, do CNJ.

Por meio da pesquisa bibliográfica que consistiu no levantamento de livros, doutrinas e legislações, foi possível desenrolar uma explicação sobre a medida de segurança que surgiu ainda em 1839, na Suíça (Brito, 2023). Na medida de segurança, o indivíduo incapaz de entendimento ético-jurídico, de se autodeterminar em decorrência de uma enfermidade será isento de uma pena e devido a sua periculosidade será submetido a uma internação ou a um tratamento ambulatorial.

Só após compreender essa espécie de sanção penal é que finalmente podemos discorrer sobre o funcionamento de um HCTP no Brasil atualmente. Analisando os HCTPs I e II de Franco da Rocha, em São Paulo, por meio de textos disponibilizados no *site* da Secretaria da Administração Penitenciária de São Paulo, reportagens e do relato da juíza Luciana Netto Rigoni, será possível conhecer um outro panorama, adquirir uma nova perspectiva do que é divulgado geralmente de forma sensacionalista pela mídia.

Diante dos esclarecimentos pertinentes ao tema para aprofundamento no assunto, chegamos à apresentação das críticas à Resolução por parte de médicos psiquiatras e de entidades comprovando seus apontamentos com dados fornecidos pela Secretaria de Atenção Primária de Saúde.

A Resolução 487, do CNJ apresenta contradições com o Código Penal, o Código de Processo Penal e com a Lei de Execuções Penais, por isso, pertinente a análise do projeto de Decreto Legislativo (PDL 81/2023) que pede a sustação da Resolução e da Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI 7566) com pedido de suspensão liminar de eficácia.

Os posicionamentos favoráveis e contrários se multiplicam pelo país, mas cabe um olhar atento para analisar a capacidade do sistema de saúde atual, visto que a Resolução determina o fechamento de todos os HCTPs no curto prazo de um ano. O impacto da Política Antimanicomial poderá prejudicar ainda mais esses pacientes que sempre se viram a margem dos cuidados da sociedade.

## 2 CONTEXTO HISTÓRICO

Os manicômios judiciários, atualmente chamados de Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP), são instituições destinadas a acolher pessoas que cometeram crimes e que devido a doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, conforme o artigo 26 do Código Penal brasileiro de 1940, “são consideradas inimputáveis, ou seja, indivíduos isentos de pena, pois eram inteiramente incapazes de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento ao tempo da ação ou omissão”.

Para Carrara (1998), os manicômios judiciários representam a superposição de dois modelos de intervenção social: o modelo jurídico-punitivo e o modelo psiquiátrico-terapêutico, estando, portanto, presentes dois componentes que são aparentemente opostos: o reprimir e o cuidar. Para o autor, estes estabelecimentos articulariam duas das realidades mais deprimentes da sociedade: o asilo de alienados e a prisão (Carrara, 2010). A existência do manicômio judiciário está fundamentada então na relação entre crime e doença mental conforme a pressuposto da periculosidade.

Porém, muito antes de surgir um estabelecimento próprio para os chamados “loucos infratores”, a sociedade já os excluía acomodando-os em ambientes sem qualquer tipo de distinção, conglomerando crianças abandonadas, mendigos, doentes mentais, criminosos, prostitutas e qualquer um que interferisse na ordem social.

Portanto, para entendermos o surgimento dos manicômios judiciários primeiramente precisamos conhecer a origem do sistema asilar. Sendo assim, a base para compreender a sua criação é entender a loucura na história, a criação dos hospícios, o desenvolvimento da Psiquiatria e a conceituação de doença mental.

Segundo Foucault (1972), o surgimento dos estabelecimentos destinados especialmente para os “loucos” se deu ainda no século XVIII diante de mudanças sociais, econômicas, políticas e filosóficas que trouxeram uma noção moderna de loucura. Na passagem do século XVIII para o século XIX, este local se transformou em um espaço médico e, segundo Pessotti (2006), o século XIX foi a época de maior desenvolvimento da teoria e da terapêutica da loucura. Afinal, a Psiquiatria em progresso possibilitou que ao longo do século XIX e início do século XX existisse

um avanço do conhecimento científico que identificou, organizou, sistematizou, classificou e interpretou a loucura (Monteiro et al., 2018)

Enquanto os hospitais psiquiátricos possuem alguns séculos de existência sendo mais fácil de rastrear o momento do surgimento da definição de que são prejudiciais aos indivíduos, já que atendem exclusivamente interesses da sociedade, a identificação da ideia de que a doença mental não seria uma doença é bem mais improvável de acontecer, uma vez que as opiniões do homem sobre a loucura são tão antigas quanto a humanidade (Szasz, 1976).

O que denominamos atualmente como “doença mental”, já era identificada em diversos momentos da história com explicações que variavam de acordo com a época e local.

Para os egípcios antigos, os problemas mentais tinham causas sobrenaturais. As trepanações cranianas eram feitas com a intenção de procurar o causador da doença. Eles já reconheciam a epilepsia e a histeria e no Papiro Ebers, um dos mais importantes e antigos tratados médicos, datado de aproximadamente 1550 a.C., já trazia menção a depressão. Na Bíblia, quadros de loucura já eram narrados como o de Saul, que estava constantemente deprimido e dizia ser perseguido. Na Grécia Antiga, a loucura tinha caráter mitológico até Hipócrates (460-375 a. C.), conhecido como pai da Medicina, começar a estudar a loucura e definir que a causa seria orgânica. No século I, em Roma, Celso distinguiu os distúrbios mentais crônicos e propôs tratamentos em uma enciclopédia médica. Na Idade Média, Tomás de Aquino (1225-1274), procurou diferenciar a loucura proveniente da luxúria da loucura natural (Grandino et al., 1985).

Até a Idade Média, por volta do século V, os doentes mentais vagavam sem paradeiro, pois a loucura ainda não constituía um problema social (Resende, 1987). Ela era experimentada em estado livre e os doentes não eram internados ou excluídos do convívio social, pois a loucura era considerada como um erro ou ilusão. Apenas quando agiam violentamente ou inconvenientemente que seriam mandados para prisões comuns, hospitais ou outras instituições (Foucault, 1967). O confinamento era uma exceção. Mesmo assim, os “loucos” já tinham suas vozes anuladas, ignoradas e tidos como irrelevantes.

Todavia, nas artes, a loucura era até mesmo exaltada sendo que na literatura foi abordada abundantemente ao longo da história. O pintor Hieronymus Bosch (1450-1516) representou a loucura em suas obras “Navio dos Loucos” (1490-1500)

e “A Extração da Pedra da Loucura” (1475-1480). Erasmo de Roterdã (1466-1536) escreveu o ensaio “Elogio da Loucura”, publicado em 1511 e William Shakespeare (1564-1616) apresentou a loucura em uma das suas maiores obras: “Hamlet” (1599-1601) (Resende, 2000). Isso ocorreu até o Renascimento (Século XIV).

A escassa boa perspectiva da loucura durante a Idade Média convivia com a ideia dominante da sua aproximação com a possessão demoníaca. Por muitos séculos existiu a crença em magia, bruxas e feiticeiros e em um período em que a Igreja Católica dominava a sociedade e a Inquisição ganhava cada vez mais poder, religiosos afirmavam existir uma semelhança entre loucura, feitiçaria e heresia.

No livro “A Fabricação da Loucura: um estudo comparativo entre a Inquisição e o movimento de Saúde Mental” (1976), Thomas S. Szasz compara a crença em feitiçaria e a perseguição às bruxas à crença em doença mental e a perseguição aos doentes mentais. Em sua obra ele pretende mostrar que no mundo contemporâneo o conceito “doença mental” serve à mesma função social que o conceito de “feitiçaria” na Idade Média. Ambas as crenças possuem as mesmas consequências morais, sociais e políticas e ambas as sociedades procuram “se purificar” sacrificando alguns de seus membros para manter sua integralidade (Szasz, 1976).

A Inquisição combinava os castigos das sanções penais da época com a arbitrariedade dos princípios teológicos. De uma forma semelhante, a Psiquiatria combina as sanções penais atuais com a arbitrariedade dos princípios psiquiátricos. E ambas justificam como terapêuticos os seus métodos opressivos: o inquisidor salva a alma do herege e a integralidade da sociedade enquanto o psiquiatra restaura a saúde mental do paciente e protege a sociedade do perigo (Szasz, 1976).

Para Szasz (1976), a Psiquiatria é uma continuação da Inquisição onde a mudança ocorreu apenas no vocabulário e no estilo social adaptando-se as características da nossa época. A Psiquiatria se desenvolveu na medida em que declinou a perseguição as bruxas até desaparecer por completo. Com a mudança da ideologia religiosa, a evolução da ciência e a Medicina substituindo a Teologia, o alienista substituindo o inquisidor e conseqüentemente o “louco” substituindo o feiticeiro, deu-se então início a perseguição dos doentes mentais e não mais dos hereges. O conceito de insanidade estava ajustado para substituir o conceito de feitiçaria.

Em resumo, o que denominamos psiquiatria contemporânea e dinâmica não é um progresso notável com relação às superstições e práticas das caças

às bruxas, nem um retrocesso com relação ao humanismo do Renascimento e ao espírito científico do Iluminismo. Na realidade, a psiquiatria institucional é uma continuação da Inquisição. O que mudou foi apenas o vocabulário e o estilo social. O vocabulário se ajusta às expectativas intelectuais de nossa época e o estilo social se ajusta às expectativas políticas de nossa época. (Szasz, 1976, p. 56).

Com o então declínio do poder da Igreja e da interpretação religiosa do mundo no século XVII, desapareceu o complexo do inquisidor-feiticeira surgindo então o do alienista-insano (Szasz, 1976).

Foi nesse período, entre os séculos XVI e XVIII, que se desenvolveu na Europa um intenso processo de exclusão e institucionalização dos doentes mentais. Eles passaram a ser levados junto com prostitutas, desocupados, órfãos, leprosos e outros desadaptados socialmente para instituições isoladas que eram chamadas de “casas de força” ou “casas de correção” e hospitais gerais (Mora, 1985). Estes estabelecimentos não tinham o objetivo de curar ou reintegrar os indivíduos e ainda não discriminavam a doença mental da criminalidade e de outros desvios sociais. Os doentes mentais e os outros excluídos passaram a partilhar todas as formas de punição e tortura. De acordo com Foucault (1961, p. 39): “O grande confinamento dos insanos começou no século XVII. Uma data pode servir de marco: 1656, o decreto que fundou, em Paris, o Hôspital Général”, que desde sua criação era uma instituição religiosa com caráter repressivo assistencial e não médica (Ximenes, 2020).

Essa mudança no tratamento com os “loucos” que os transformou na categoria de problema social se deu com o fim do campesinato e do declínio dos ofícios artesanais. Após o surgimento do mercantilismo todos aqueles que não podiam contribuir na mesma intensidade do movimento de produção, de comércio e de consumo, passaram então a ser encarcerados (Resende, 2000).

Desta forma, para ser considerado “louco” e ser confinado bastava ser pobre, miserável ou não desejado pelos pais. Eles eram presos para proteger a sociedade de uma possível desintegração das suas instituições e não para receber cuidados médicos. É recente então na história da Psiquiatria a ideia de que a pessoa precisa “sofrer uma doença mental” para ser internada (Szasz, 1976).

Um estudo da origem dos manicômios europeus do século XVII mostra que essas instituições realmente não foram construídas com o intuito de serem recursos médicos ou terapêuticos, sendo as estruturas delas semelhantes a prisões. A partir deste século foram se desenvolvendo cada vez mais lugares de confinamento com a justificativa de tratar a insanidade, porém logo essa ideia foi criticada e classificada

como falsa e inaceitável (Szasz, 1976).

Com o advento da Revolução Industrial, os incapazes tornaram-se então indispensáveis para a operação das indústrias. Deixaram de ser vistos como um desperdício de força de trabalho e de vida humana e passaram a ser essenciais, possibilitando assim a libertação dos internados arbitrariamente (Silva Filho, 2000).

Desta forma, todos os grupos que antigamente conviviam com os “loucos” tiveram finalmente a liberdade restituída, com exceção dos próprios “loucos”. Estes passaram a ocupar um novo espaço de reclusão, individualizados e disponíveis finalmente para o conhecimento médico (Silva Filho, 2000).

Foi no final do século XVIII que se viu desenvolver o movimento de denúncias contra as internações arbitrárias dos doentes mentais a partir das ideias do Iluminismo, dos princípios da Revolução Francesa e a Declaração dos Direitos do Homem nos Estados Unidos (Resende, 2000). E é nesse momento, inspirada pelas transformações sociais e evolução das ciências médicas que surgem as instituições psiquiátricas realizando então a separação dos doentes mentais dos prisioneiros comuns. Essas novas instituições buscavam a cura da alienação mental através do isolamento e de medidas educacionais corretivas. Este novo espaço destinado a loucura trata-se do asilo, o hospital psiquiátrico propriamente dito começa então a surgir.

Foi então, entre o final do século XVIII e início do XIX, que movidos por esses princípios, surgiram os reformadores psiquiátricos: William Tuke, na Inglaterra; Johann Christian Reil, na Alemanha e Philippe Pinel, na França. Sendo este último o mais notável pela iniciativa de humanizar os asilos, considerado, inclusive, o fundador da Psiquiatria moderna (Grandino et al., 1985).

Sobre eles, os historiadores da Psiquiatria se dividem em duas posições: de um lado, a mitificação cega, do outro, predomina a afirmação de que com eles as amarras que atavam fisicamente os doentes mentais foram rompidas, surgindo outras ainda mais perigosas porque eram sutis, consentidas e sofisticadas. Sobre isso, afirma Foucault (2008, p. 82):

Certamente, ele fez ruir as ligações materiais (não todas, entretanto), que reprimiram fisicamente os doentes. Mas reconstituiu em torno deles todo um encadeamento moral, que transformava o asilo numa espécie de instância perpétua de julgamento: o louco tinha que ser vigiado nos seus gestos, rebaixado nas suas pretensões, contradito no seu delírio, ridicularizado nos seus erros; a sanção tinha que seguir imediatamente qualquer desvio em relação a uma conduta normal. E isto sobre a direção do médico que está encarregado mais de um controle ético que de uma intervenção terapêutica.

Para eles, portanto, os reformadores teriam promovido nada além do que a

substituição da violência direta pela violência velada (Resende, 2000).

Em 1793, com a nomeação de Pinel para o hospital Bicêtre, a loucura foi finalmente reconhecida sob o aspecto patológico e recebeu uma nova concepção, a de “doença mental”. Com isso, ao virar um objeto para o conhecimento humano, foi constituída oficialmente a Psiquiatria como um ramo da Medicina (Silva Filho, 2000).

Pinel instituiu o saber psiquiátrico e a ciência alienista, realizou uma nozografia das alienações mentais, impôs uma relação de poder médico-paciente e agrupou os “loucos” conforme a particularidade de suas patologias (Ximenes, 2020).

O isolamento terapêutico teria tido como inspiração o modelo criado por Lineu na Botânica, em que as plantas eram retiradas de seu *habitat* natural e colocadas em estufas para serem melhor observadas em um ambiente controlado (Ximenes, 2020).

A Psiquiatria se consolidou então no século XIX, como uma disciplina científica impulsionada pelo racionalismo do Iluminismo. Os mitos e superstições sobre a doença mental ficaram para trás tornando possível o tratamento como de qualquer outra doença (Molina; Gomes, 2002). As bases da Psiquiatria atual começaram a se arquitetar ao mesmo tempo do impacto naturalista que se apoiava na teoria de Darwin sobre a seleção natural das espécies. Essa seleção ocorreria com a sobrevivência do mais forte. Assim, o doente mental seria mais fraco necessitando de ajuda dos mais forte e, portanto, caberia ao Estado ter a responsabilidade pela sua custódia em uma instituição (Cohen; Marcolino, 1996).

O pensamento dos naturalistas segue a premissa do homem como mais um animal da natureza o que retira o estado de criação divina e possibilita então o estudo do homem com uma menor influência religiosa. É neste contexto que se torna possível tentar conceituar a doença mental a qual era considerada incurável e assim, restava apenas o controle do paciente pelo resto da vida.

Hungria (1982, p. 279) define a doença mental como “toda alteração patológica, mais ou menos prolongada, das funções psíquicas, a qual impede a adaptação do indivíduo às normas do meio ambiente, com perigo ou prejuízo para si próprio e para a sociedade”.

Desta forma, a Psiquiatria seria o estudo e o tratamento das doenças mentais, segundo Kraepelin (1909) em seu “Tratado de Psiquiatria” publicado em 1909. É a parte da Medicina que se ocupa das desordens da personalidade, em seu

mais amplo sentido (Melo, 1970).

A Psiquiatria, sendo uma prática médica focada na clínica, tem seu interesse voltado especificamente para o homem sofredor da mente enferma para o caso clínico, concreto e individualmente considerado e não apenas os seus aspectos. Por isso, foi atribuída à Psiquiatria antigamente a expressão “Medicina Mental”. Ela tem como instrumento a Psicopatologia, uma ciência que estuda e classifica fenômenos psíquicos (Melo, 1970).

A Psiquiatria é uma especialidade médica que tem por objeto o estudo das alterações psíquicas, qualquer que seja sua origem, no que concerne a sua natureza, prevenção e possibilidades terapêuticas. A Psicopatologia é uma ciência em si mesma que estuda os sinais e sintomas da enfermidade mental, diferenciando as distintas funções psíquicas do ser humano e estabelecendo certas regras e conceitos gerais: pode-se dizer que a Psicopatologia é a semiologia da Psiquiatria. A Psiquiatria se ocupa das alterações, anomalias ou transtornos mentais (retardamento mental, demências, esquizofrenia e transtornos psicóticos, neuroses, psicopatias ou transtornos da personalidade etc.); a segunda versa sobre a psicopatologia da inteligência, da memória, do pensamento, da vontade, da consciência, da atenção, da percepção, da afetividade, dos instintos etc. (Molina; Gomes, 2002, p. 263).

A primitiva condição agregada a Psiquiatria era a de “Medicina de Asilo”. Outrora confinada aos asilos e hospícios de alienados, a Psiquiatria era uma especialidade médica segregada. Por mais que muitas vezes causasse interesse, ela era vista predominantemente como complexa, obscura e alvo de preconceitos. O ensino foi por muito tempo deficiente, pouco objetivo, demasiadamente teorizado e com uma remuneração financeira baixa. As instituições psiquiátricas viviam às margens da comunidade médica. A figura do antigo “alienista”, termo usado para designar o médico psiquiatra, era objeto de zombaria popular e inclusive tema de obras literárias como a obra-prima de Machado de Assis (1839-1908), “O Alienista” (1882). Com uma mistura de mago e carcereiro, eram olhados com desconfiança e temor inclusive por outras especialidades médicas (Melo, 1970).

Foi a partir de 1950, que o conhecimento da doença mental deixou de ser reservado unicamente a Psiquiatria e tornou-se objeto de investigação do campo da saúde mental. Com a nova concepção de saúde pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1946: “Saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças”, o termo doença mental passou a ser questionado (Cohen, et al., 1996).

Evoluiu-se a compreensão de que o conceito de doença mental seria falho e equivocado produzindo inúmeros efeitos estigmatizadores impedindo formas alternativas de tratamento (Carvalho, 2020).

A expressão “doença mental” não seria adequada para atingir o objetivo ao qual se pretende, pois entende-se como sinônimo de enfermidade mental e a mente não seria uma parte do corpo, algo material, seria uma função, uma atividade e, portanto, não se admite uma doença, como o cérebro, afinal doença mental e doença do cérebro não são a mesma coisa (Moura, 1996)

Deste modo, em 1952, nos Estados Unidos, a American Psychiatric Association (APA) publicou o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), uma classificação médica que lista as doenças mentais a qual renomeou como “transtornos mentais” (em inglês “*disorder*”), termo que mesmo não sendo exato, indica a existência de um conjunto de sintomas ou comportamento e evita problemas de interpretação como o termo anterior. No Brasil, a Lei da Reforma Psiquiátrica de 2001 (Lei nº 10.216/2001) aboliu o termo “doença mental”.

O livro “Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM 5-TR: Texto Revisado” (2023, p.14), conceitua transtorno mental como:

uma síndrome caracterizada por perturbação clinicamente significativa na cognição, na regulação emocional ou no comportamento de um indivíduo que reflete uma disfunção nos processos psicológicos, biológicos ou de desenvolvimento subjacentes ao funcionamento mental. Transtornos mentais estão frequentemente associados a sofrimento ou incapacidade significativos que afetam atividades sociais, profissionais ou outras atividades importantes.

Segundo o manual, nenhuma definição é capaz de capturar todos os aspectos dos transtornos mentais.

No século XIX, no auge do desenvolvimento da Psiquiatria desenvolveu-se também os estudos da relação entre crime e loucura pela Criminologia.

### 3 CRIMINOLOGIA E LOUCURA

Do mesmo modo que a loucura, o crime também é tão antigo quanto o homem, fascinando e preocupando a humanidade. Por isso, as civilizações igualmente desenvolveram ao longo dos anos diferentes conceitos e representações do crime e do delinquente.

Assim, o que hoje é denominado como “Criminologia” não tem uma origem e data precisa de surgimento, uma vez que seu objeto trata de um fenômeno humano e social. Mas, em sentido estrito, a moderna Criminologia conhecida hoje, a etapa científica, surgiu no século XIX com a Escola Positivista Italiana (Positivismo Criminológico) que popularizou o já existente método de investigação empírico-indutivo (Molina; Gomes, 2002).

Segundo Molina (1999), a Criminologia pode ser definida como uma ciência empírica e interdisciplinar que se ocupa do estudo do crime, da vítima, da pessoa do infrator e sobre o controle social do comportamento delitivo.

O seu objeto (a análise do controle social, do delito, da vítima e do delinquente) sofreu uma ampliação ao longo dos anos, já que as investigações criminológicas tradicionais tratavam quase que unicamente sobre a pessoa do delinquente e do delito, sendo que o delinquente era a peça principal durante a fase positivista (Molina; Gomes, 2002).

Ponto de partida para a Criminologia Moderna, o Positivismo Criminológico, foi fundado pelo psiquiatra Cesare Lombroso (1835-1909), defensor dos manicômios judiciários, com a publicação do livro “O Homem Delinquente”, em 1876, coincidindo com o nascimento dos estudos biológicos e do acelerado desenvolvimento dos estudos sociológicos. Outros importantes representantes do Positivismo foram Raffaele Garofalo (1851-1934) e Enrico Ferri (1856-1929) (Molina; Gomes, 2002).

O Positivismo contrapôs as ideais da Escola Clássica (etapa pré-científica) negando ao ser humano a possibilidade de ter livre controle sobre seus atos e seu protagonismo na história, no mundo e no universo. Assim, para Ferri, o livre arbítrio seria uma ilusão subjetiva (Molina; Gomes, 2002).

A Escola Positiva então introduziu o comportamento do ser humano dentro do processo de causa e efeito que rege o mundo natural ou o social. Ou seja, o que explica a conduta humana dentro de uma cadeia de estímulos e respostas são os fatores internos (biológicos) ou externos (sociais) (Molina; Gomes, 2002). Seus

fundamentos, portanto, não eram a natureza e a gravidade do delito, mas sim a personalidade do agente e a sua periculosidade (Bitencourt, 2012).

Para o positivismo criminológico, o infrator é um prisioneiro de sua própria patologia (determinismo biológico) ou de processos causais alheios ao mesmo (determinismo social): um ser escravo de sua carga hereditária, enclausurado em si e separado dos demais, que mira o passado e sabe, fatalmente escrito, seu futuro: um animal selvagem e perigoso. (Molina; Gomes, 2002, p. 75-76).

De forma semelhante, a Filosofia Correccionalista e o Marxismo possuíam a visão de que o criminoso é um ser inferior, deficiente e incapaz de administrar por si mesmo a sua vida, o que requer uma intervenção tutelar do Estado. O delinquente aparece aqui como um ser inválido (Molina; Gomes, 2002).

Para a Escola Positiva o delito é natural, real e um fato histórico e não uma fictícia abstração jurídica e, portanto, seu estudo é inseparável da análise do delinquente e da sua realidade social, uma vez que o dano do delito se origina das exigências da vida social e não apenas de mera contradição com a lei. A finalidade da lei penal, para o Positivismo, não seria o restabelecimento da ordem jurídica, mas sim o combate do fenômeno social do crime que teria as causas identificadas pela Criminologia. O estudo do delinquente tem então prioridade, pois ele estaria acima do fato (Molina; Gomes, 2002).

Assim, o criminoso teve um significativo estudo tipológico e foi definido como tratando-se de um subtipo humano, ele seria diferente dos demais cidadãos e então esta diversidade seria a explicação da conduta delitiva (Molina; Gomes, 2002).

Tem-se tentado fazer uma relação entre doença mental e crime, chegando à preconceituosa conclusão de que o doente mental é sempre socialmente perigoso (Cohen, 1996).

Morel defendia que o crime era uma forma de degeneração hereditária, de regressão (Molina; Gomes, 2002). Prichard e Despina formularam a tese da “loucura moral” que chegou, em dado momento, a defender a natureza hereditária da enfermidade mental, dando o infrator como inferior. A Criminologia Positivista substituiu a “teoria da loucura moral” pela “teoria da personalidade criminal”, ou seja, existiria uma estrutura psicológica delitiva. Em ambas as teorias havia a tese de que o infrator sofreria de alguma patologia que o tornaria distinto do homem são e correto e o crime seria uma consequência desta patologia (Molina; Gomes, 2002).

Para a Psiquiatria haveria uma relação entre um transtorno mental e as manifestações delitivas. Já para a Psicanálise, o crime teria relação com conflitos psíquicos profundos, antigos, de desequilíbrio da personalidade que só poderiam ser

revelados se o inconsciente fosse atingido, assim, por meio de uma análise introspectiva, buscava-se revelar as motivações ocultas do indivíduo. E por último, a Psicologia buscava estudar o desenvolvimento da conduta criminal, seus fatores e o comportamento humano (Molina; Gomes, 2002).

Para os psicanalistas Alexander, Staub, Reik e Aichorn deveria existir uma política criminal diferente, abolindo a pena como mecanismo de suposta prevenção, pois o castigo seria ineficaz para atingir o inconsciente e neutralizar o complexo de culpa, podendo ser inclusive um estímulo criminógeno (Molina; Gomes, 2002).

Foi no século XIX que se introduziu a noção de periculosidade ou estado perigoso que acaba incluindo certos criminosos numa patologia que englobaria a loucura.

Hoje não é mais possível defender a ideia de que o delinquente seja “louco” ou que a loucura gere necessariamente criminalidade (Molina; Gomes, 2002).

Começou-se a distinguir o delinquente do enfermo mental ainda no século XIX. Pinel separou os retardados mentais dos criminosos e assim ele libertou os doentes mentais buscando para eles um tratamento moral e a análise dos seus sintomas denominando a insanidade de “alienação” (Molina; Gomes, 2002).

Cohen (1996) não considera que a doença mental transforma o indivíduo em criminoso e nem que o crime deva ser justificado apenas como um tipo específico de doença mental, o crime deveria ser entendido como um tipo específico de transtorno do comportamento social.

O delito não deve ser contemplado apenas como um comportamento individual, mas como um problema social e comunitário, pois afeta toda sociedade (Molina; Gomes, 2002). Seus fatores vão além da herança genética ou da loucura, abarca as mudanças culturais e de padrões comportamentais, ausência de direitos civis e sociais, classe social, guerras, religião e entre outros. A complexidade do entendimento da criminalidade atravessa o tempo e as fronteiras.

O crime não é um tumor nem uma epidemia ou doença social, muito menos um corpo estranho alheio à comunidade ou uma anônima magnitude estatística referida ao fictício e irreal “delinquente médio”, senão um doloroso problema humano e comunitário (Molina; Gomes, 2002, p. 72).

Do mesmo modo como o conceito de loucura, a definição de crime varia de uma sociedade para outra, sendo construída de acordo com a realidade histórica e cultural. Neste sentido, “a sociedade define, em função de seus próprios interesses, o que deve ser considerado crime” (Foucault, 1995, p.94).

Devemos compreender o crime como inseparável da convivência, pois é um problema da comunidade, nascido na comunidade e por isso é nela que se deve encontrar soluções positivas, não apenas no sistema legislativo, já que o delinquente e a vítima são seus membros (Molina; Gomes, 2002).

## 6 MEDIDA DE SEGURANÇA NO CÓDIGO PENAL BRASILEIRO

Visto que o doente mental não pode ser considerado um criminoso, mas que inegavelmente infringiu a lei, a forma legal que a justiça encontrou para tratá-los foi a criação da medida de segurança (Cohen, 1996).

Com os estudos da Escola Positivista, os Códigos Penais ao redor do mundo passaram a adotá-la, surgindo pela primeira vez no anteprojeto do Código Penal elaborado por Carl Stoops, em 1893, na Suíça (Brito, 2023).

A medida de segurança é uma forma de sanção penal, com caráter preventivo e curativo, visando a evitar que o autor de um fato havido como infração penal, inimputável ou semi-imputável, mostrando periculosidade, torne a cometer outro injusto e receba tratamento adequado (Nucci, 2007, p. 479)

Ao longo do século XX foram implementados no Brasil os dois sistemas de aplicação de medidas de segurança: o Sistema do Duplo Binário e o Sistema Vicariante (Carvalho, 2020).

O Sistema do Duplo Binário apresentava a possibilidade de impor a medida de segurança independente de ser ou não imputável (pleno de responsabilidade penal), bastando ser reconhecido o estado perigoso (prognóstico de delinquência futura) do indivíduo, aplicando assim, pena e medida de segurança conjuntas e sucessivamente ao imputável, inimputável ou semi-imputável (Carvalho, 2020).

Havia duas possibilidades de se configurar o estado perigoso: segundo o revogado artigo 78, da redação original do Código Penal de 1940, seria considerado perigoso, por presunção legal de periculosidade, os:

- I - inimputáveis;
- II - semi-inimputáveis;
- III - os condenados por crime cometido em estado de embriaguez pelo álcool ou substância de efeitos análogos, se habitual a embriaguez;
- IV - os reincidentes em crime doloso, e
- V - os condenados por crime que hajam cometido como filiados à associação, bando ou quadrilha de malfeitores.

E com base no artigo 77, com redação dada pela Lei nº 6.416/77, a periculosidade do autor poderia ser dada pelo juiz, quando não presumida por lei, nas hipóteses em que:

- I - se seus antecedentes e personalidade, os motivos determinantes e as circunstâncias do fato, os meios empregados e os modos de execução, a intensidade do dolo ou o grau da culpa, autorizam a suposição de que venha ou torne a delinquir, ou
- II - se, na prática do fato, revela torpeza, perversão, malvadez, cupidez ou insensibilidade moral.

Segundo Bitencourt (2011), a aplicação conjunta de pena e medida de segurança caracterizava lesão ao princípio *ne bis in idem*, porque por mais que

possuam fundamentos e fins diferentes, acabava que o indivíduo tinha que suportar duas consequências pelo mesmo fato praticado (Carvalho, 2020).

A falência do sistema [do duplo binário] se deve ao fato de nunca ter sido possível distinguir, na execução, a pena privativa de liberdade, da custódia de segurança. Deve-se também à precariedade do juízo de periculosidade, bem como à inexistência de estabelecimentos e de pessoal técnico (Fragoso, 2003, p. 496).

Com a Reforma da Parte Geral em 1984, o Sistema do Duplo Binário foi substituído pelo Sistema Vicariante que separou a sanção penal em pena (para os imputáveis) e medida de segurança (aos inimputáveis), sendo está regulamentada pelos artigos 96 a 99 do Código Penal brasileiro (Carvalho, 2020).

VIOLAÇÃO AO SISTEMA VICARIANTE. INOCORRÊNCIA. IMPOSIÇÃO DE MEDIDA DE SEGURANÇA E DE PENAS PRIVATIVAS DE LIBERDADE DECORRENTES DE FATOS E AÇÕES PENAIIS DISTINTAS. HABEAS CORPUS NÃO CONHECIDO. (...) 2. O sistema vicariante afastou a imposição cumulativa ou sucessiva de pena e medida de segurança, uma vez que a aplicação conjunta ofenderia o princípio do *ne bis in idem*, já que o mesmo indivíduo suportaria duas consequências em razão do mesmo fato (STJ, HC 275.635/SP, 6ª T., j. 8-3-2016, rel. Min. Nefi Cordeiro, DJe 15-3-2016).

A imputabilidade é a aptidão de alguém ser culpável (Bitencourt, 2012), é a capacidade de culpabilidade, responsabilidade penal plena, de entender e de poder se determinar de acordo com esse entendimento. Nas palavras de Francesco Carrara (1971, p. 34):

A imputabilidade é o juízo que fazemos de um fato futuro, previsto como meramente possível; a imputação é o juízo de um fato ocorrido. A primeira é a contemplação de uma ideia; a segunda é o exame de um fato concreto. Lá estamos diante de um conceito puro; aqui estamos na presença de uma realidade.

Assim, conforme Muñoz Conde (1988), quem carece desta capacidade não pode ser responsabilizado por seus atos e conseqüentemente não pode ser declarado culpado. Ou seja, ao excluir a culpabilidade a conduta não pode ser caracterizada como crime e se não há crime, não há aplicação de pena (Carvalho, 2020).

O tipo ideal (ou o estereótipo teórico) que contrapõe a capacidade de culpa (culpabilidade) é a *condição* ou *potência de perigo* (periculosidade). O sujeito perigoso, ou dotado de periculosidade, seria aquele que, diferentemente do culpável, não possui condições mínimas de discernir a situação em que está envolvido, sendo impossível avaliar a ilicitude do seu ato e conseqüentemente, atuar conforme as expectativas do direito (agir de acordo com a lei). Em razão da ausência de condições cognitivas (déficits cognitivos) para direcionar sua vontade, a aplicação de uma *pena* com caráter marcadamente retributivo passa a ser inadequada, notadamente no esquema da *culpabilidade pela reprovabilidade*, em que se postula uma adequação da pena ao grau de reprovação do ato voluntário praticado pelo sujeito. Neste cenário de ausência de responsabilidade penal, a pena é substituída pela *medida* (de segurança) e a finalidade retributiva da sanção é substituída pela orientação de *tratamento do paciente*. (Carvalho, 2020, p. 552).

No Direito Penal brasileiro as formas de aplicação de sanção se dividem em pena aos imputáveis, pena reduzida ou medida de segurança aos semi-imputáveis, medida de segurança aos inimputáveis e medida socioeducativa aos adolescentes (inimputáveis etários) (Carvalho, 2020).

Classificar o autor da conduta em imputável e inimputável e então estabelecer uma pena ou medida de segurança é a decorrência de uma opção político-criminal e dogmática penal que fragmenta o sistema de responsabilidade criminal em duas fundamentações: sistema de culpabilidade (pena) e sistema de periculosidade (medida de segurança) (Carvalho, 2020).

A periculosidade é entendida pelo Código Penal e de Processo Penal como um estado ou atributo natural de antissociabilidade (o sujeito traz com ele uma potência delitiva que pode materializar-se em um ato lesivo contra si ou contra terceiros) que irá permitir, baseado nos déficits psíquicos do agente, um juízo de probabilidade de delinquência futura (Carvalho, 2020).

O artigo 26, *caput*, do Código Penal, dada pela Lei nº 7.209/1984 (redação anterior a Lei da Reforma Psiquiátrica de 2001 que aboliu o termo “doença mental”) define a inimputabilidade psíquica como: ser *inteiramente incapaz* de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento, ao tempo da ação ou omissão, devido *doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado*. Ou seja, a inimputabilidade é a ausência de responsabilidade penal e, portanto, o indivíduo deverá ser submetido a uma das medidas de segurança, pois será isento de pena.

Art. 26, CP - É isento de pena o agente que, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento. (Redação dada pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984).

Já o parágrafo único do artigo 26, do Código Penal prevê a hipótese de semi-imputabilidade que é considerada quando a pessoa *não é totalmente capaz* de compreender a antijuridicidade do fato. Uma classe intermédia entre a capacidade e a plena incapacidade. Nesse caso, a pena pode ser reduzida de um a dois terços, ou, conforme o artigo 98, poderá ser substituída por medida de segurança (Carvalho, 2020).

Art. 26 - Parágrafo único, CP - A pena pode ser reduzida de um a dois terços, se o agente, em virtude de perturbação de saúde mental ou por desenvolvimento mental incompleto ou retardado não era inteiramente capaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento. (Redação dada pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984).

Art. 98, CP - Na hipótese do parágrafo único do art. 26 deste Código e necessitando o condenado de especial tratamento curativo, a pena privativa de liberdade pode ser substituída pela internação, ou tratamento ambulatorial, pelo prazo mínimo de 1 (um) a 3 (três) anos, nos termos do artigo anterior e respectivos §§ 1º a 4º. (Redação dada pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984).

Quando o agente sofre de *doença mental ou de desenvolvimento mental incompleto ou retardado*, é preciso detectar a consequência psicológica desse distúrbio para decidir se esse indivíduo deve ser punido com uma pena ou receber uma medida de segurança. Sendo assim, o Brasil adota o sistema biopsicológico (excepcionalmente é adotado o sistema biológico para os menores de 18 anos) para detectar se o sujeito é inimputável. O sistema reúne os critérios: biológico (presença de uma doença, uma anormalidade) e o psicológico (a capacidade de entender ou de se autodeterminar) (Bitencourt, 2012).

Então, para se isentar de uma pena, é necessário que o indivíduo seja incapaz de entendimento ético-jurídico, de se autodeterminar e de avaliar o que faz no momento do fato, em decorrência de uma enfermidade (*doença mental, desenvolvimento mental incompleto ou retardado*) (Bitencourt, 2012).

Palomba (2003) entende que o termo “doença mental”, estipulado no artigo 26 do Código, compreende todas as demências, as psicoses, o alcoolismo crônico e a toxicomania grave. O “desenvolvimento mental retardado” seriam os distúrbios de inteligência, neste caso, as oligofrenias e retardos mentais. Já o “desenvolvimento mental incompleto” entende-se como os menores de idade, o silvícola não-aculturado e o surdo-mudo de nascença.

Em todos os casos, o indivíduo deverá passar por exame médico-pericial através da instauração de “incidente de insanidade mental” para averiguar a periculosidade que terá seu grau atestado pelo psiquiatra forense, com prazo de quarenta e cinco dias, conforme artigo 149, do Código de Processo Penal:

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

A lei reconheceu que o doente mental não deve ser sempre considerado como incompetente e diante da enorme evolução dos tratamentos, é impossível que o juiz tome a decisão de considerar o indivíduo irresponsável sem o auxílio de uma equipe de saúde mental (Cohen, 1996).

O incidente poderá ser requerido tanto na fase de inquérito quanto na instrução processual e a sua instauração suspende o processo:

Art. 149, CPP - §1º O exame poderá ser ordenado ainda na fase do inquérito, mediante representação da autoridade policial ao juiz competente.

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

Ademais, seguem outras observações sobre o incidente de insanidade mental nos artigos 150 a 154, do Código de Processo Penal:

Art. 150, CPP - Para o efeito do exame, o acusado, se estiver preso, será internado em manicômio judiciário, onde houver, ou, se estiver solto, e o requererem os peritos, em estabelecimento adequado que o juiz designar.

§1º O exame não durará mais de quarenta e cinco dias, salvo se os peritos demonstrarem a necessidade de maior prazo.

§2º Se não houver prejuízo para a marcha do processo, o juiz poderá autorizar sejam os autos entregues aos peritos, para facilitar o exame.

Art. 151, CPP - Se os peritos concluírem que o acusado era, ao tempo da infração, irresponsável nos termos do art. 22 do Código Penal, o processo prosseguirá, com a presença do curador.

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

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

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

Art. 153, CPP - O incidente da insanidade mental processar-se-á em auto apartado, que só depois da apresentação do laudo, será apenso ao processo principal.

Art. 154, CPP - Se a insanidade mental sobrevier no curso da execução da pena, observar-se-á o disposto no art. 682.

De acordo com o artigo 386, VI, do Código de Processo Penal, o processo correrá normalmente no juízo criminal, porém, ao ser reconhecida a inimputabilidade o réu será absolvido. Trata-se aqui de uma absolvição imprópria; isso porque o réu será coercitivamente submetido a uma medida de segurança (art. 386, parágrafo único, III, CPP), fiscalizada pelo juiz da execução (Carvalho, 2020).

É possível também quando o condenado vier a apresentar, no decorrer da prisão, uma doença mental, a conversão da pena em medida de segurança sendo transferido para um Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (art. 108 e 183, LEP).

Conforme o artigo 96 do Código Penal, existem duas espécies de medida de segurança: a internação psiquiátrica (art. 96, I, CP) e o tratamento ambulatorial (art. 96, II):

Art. 96, CP - As medidas de segurança são: (Redação dada pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984)

I - Internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou, à falta, em outro estabelecimento adequado; (Redação dada pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984)

II - sujeição a tratamento ambulatorial. (Redação dada pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984)

O tratamento ambulatorial corresponde a imposição de acompanhamento médico-psiquiátrico (sem internação em instituições). É considerado uma medida restritiva (aplicada aos crimes puníveis com detenção), distinta então da medida detentiva que seria a internação (para crimes puníveis com reclusão) (art. 97, CP). A diferença na aplicação entre internação e tratamento ambulatorial é, portanto, a gravidade do delito (Carvalho, 2020).

Art. 97, CP - Se o agente for inimputável, o juiz determinará sua internação (art. 26). Se, todavia, o fato previsto como crime for punível com detenção, poderá o juiz submetê-lo a tratamento ambulatorial. (Redação dada pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984)

§4º - Em qualquer fase do tratamento ambulatorial, poderá o juiz determinar a internação do agente, se essa providência for necessária para fins curativos. (Redação dada pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984)

90. O Projeto consagra significativa inovação ao prever a medida de segurança restritiva, consistente na sujeição do agente a tratamento ambulatorial, cumprindo-lhe comparecer ao hospital nos dias que lhe forem determinados pelo médico, a fim de ser submetido à modalidade terapêutica prescrita.

91. Corresponde a inovação às atuais tendências de "desinstitucionalização", sem o exagero de eliminar a internação. Pelo contrário, o Projeto estabelece limitações estritas para a hipótese de tratamento ambulatorial, apenas admitido quando o ato praticado for previsto como crime punível com detenção.

92. A sujeição a tratamento ambulatorial será também determinada pelo prazo mínimo de um a três anos, devendo perdurar enquanto não verificada a cessação da periculosidade.

93. O agente poderá ser transferido em qualquer fase do regime de tratamento ambulatorial para o detentivo, consistente em internação hospitalar de custódia e tratamento psiquiátrico, se a conduta revelar a necessidade da providência para fins curativos.

94. A liberação do tratamento ambulatorial, a desinternação e a reinternação constituem, hipóteses previstas nos casos em que a verificação da cura ou persistência da periculosidade as aconselhem. (EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS DO CÓDIGO PENAL DE 1940)

Já a internação psiquiátrica, objeto de nosso estudo, se refere ao cumprimento da medida de segurança em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP), ou outro estabelecimento semelhante (art. 99, LEP).

A internação ou tratamento ambulatorial serão por prazo máximo indeterminado (art. 97, §1º, CP), ficando sujeitos à cessação da periculosidade do agente (art. 175, LEP). Em ambos os casos, será expedida uma guia pela autoridade judiciária, que a fará após transitar em julgado a sentença que aplica a medida (art. 179, LEP).

Art. 175, LEP - A cessação da periculosidade será averiguada no fim do prazo mínimo de duração da medida de segurança, pelo exame das condições pessoais do agente, observando-se o seguinte:

I - a autoridade administrativa, até 1 (um) mês antes de expirar o prazo de duração mínima da medida, remeterá ao Juiz minucioso relatório que o habilite a resolver sobre a revogação ou permanência da medida;

II - o relatório será instruído com o laudo psiquiátrico;

III - juntado aos autos o relatório ou realizadas as diligências, serão ouvidos, sucessivamente, o Ministério Público e o curador ou defensor, no prazo de 3 (três) dias para cada um;

IV - o Juiz nomeará curador ou defensor para o agente que não o tiver;

V - o Juiz, de ofício ou a requerimento de qualquer das partes, poderá determinar novas diligências, ainda que expirado o prazo de duração mínima da medida de segurança;

VI - ouvidas as partes ou realizadas as diligências a que se refere o inciso anterior, o Juiz proferirá a sua decisão, no prazo de 5 (cinco) dias.

89. Duas espécies de medida de segurança o Projeto: a detentiva e a restritiva. A detentiva consiste na internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico, fixando-se o prazo mínimo de internação entre um e três anos. Esse prazo tornar-se-á indeterminado, perdurando a medida enquanto não for verificada a cessação da periculosidade por perícia médica. A perícia deve efetuar-se ao término do prazo mínimo prescrito e repetir-se anualmente. (EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS DO CÓDIGO PENAL DE 1940)

O exame para avaliação da cessação da periculosidade será feito pela perícia após o prazo mínimo de internação que é de um a três anos (art. 97, §1º, CP), devendo ser repetido de ano em ano obrigatoriamente e a qualquer tempo a critério do juiz, facultativamente (art. 97, §2º, CP e art. 176, LEP).

Art. 97, CP - §1º A internação, ou tratamento ambulatorial, será por tempo indeterminado, perdurando enquanto não for averiguada, mediante perícia médica, a cessação de periculosidade. O prazo mínimo deverá ser de 1 (um) a 3 (três) anos. (Redação dada pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984)

§2º A perícia médica realizar-se-á ao termo do prazo mínimo fixado e deverá ser repetida de ano em ano, ou a qualquer tempo, se o determinar o juiz da execução. (Redação dada pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984)

Mas, diante de um requerimento fundamentado, o exame pode ser realizado durante o decorrer do prazo mínimo, conforme o artigo 176, da Lei de Execução Penal:

Art. 176, LEP - Em qualquer tempo, ainda no decorrer do prazo mínimo de duração da medida de segurança, poderá o Juiz da execução, diante de requerimento fundamentado do Ministério Público ou do interessado, seu procurador ou defensor, ordenar o exame para que se verifique a cessação da periculosidade, procedendo-se nos termos do artigo anterior.

Após a desinternação ou liberação do tratamento, pelo prazo de um ano, o indivíduo não poderá praticar qualquer ato que indique persistência de sua periculosidade, pois retornará à internação ou tratamento ambulatorial. Ultrapassado um ano, a medida de segurança será extinta:

Art. 97, CP - §3º A desinternação, ou a liberação, será sempre condicional devendo ser restabelecida a situação anterior se o agente, antes do decurso de 1 (um) ano, pratica fato indicativo de persistência de sua periculosidade.

A falta de delimitação de um prazo máximo para a internação é um dos principais motivos de crítica à medida de segurança. A omissão, tanto do Código Penal quando da Constituição, sobre o limite máximo, permite uma abertura legal para a perpetuidade segundo os doutrinadores e críticos de diversas áreas criando um caráter sancionatório e punitivo para as medidas de segurança (Carvalho, 2020).

Assim, a medida de segurança que deveria ter um caráter assistencial e curativo, é considerada por muitos como uma espécie de sanção penal.

Carvalho (2020) defende, que o texto constitucional deve ser interpretado amplamente no qual o termo “pena” deve ser entendido como “sanção penal”, assim a vedação da perpetuidade do artigo 5º, XLVII, b, da CF, abrangeria a medida de segurança.

O Supremo Tribunal de Justiça, na Súmula 527, decidiu então, com base nos princípios da isonomia e da proporcionalidade, que o tempo máximo de internação seria o limite máximo da pena cominada ao delito praticado, uma maneira de tentar diminuir a desproporcionalidade entre o tempo de internação e o dano causado pela conduta (Carvalho, 2020):

Súmula, 527, STJ - O tempo de duração da medida de segurança não deve ultrapassar o limite máximo da pena abstratamente cominada ao delito praticado.

Em analogia ao artigo 75, do Código Penal, consolidou-se o entendimento na doutrina de que a medida de segurança não pode ultrapassar o limite temporal determinado pela legislação, no atual momento, o período de quarenta anos. Entendimento este também reconhecido pelo Supremo Tribunal Federal no *Habeas Corpus* 84.219/SP, 1ª T., Rel. Min. Marco Aurélio, j. 15.02.2005 e no *Habeas Corpus* 97.621/RS, Rel. Min. Cezar Peluso, j. 02.06.2009 (Carvalho, 2020).

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 (*Habeas Corpus* 84.219, STF).

A medida de segurança deve perdurar enquanto não haja cessado a periculosidade do agente, limitada, contudo, ao período máximo de trinta anos (*Habeas Corpus* 97.621, STF).

Mas já que a pena, com finalidade punitiva, possui uma limitação do seu tempo (art. 75, CP), a medida de segurança tem finalidade terapêutica, curativa e, portanto, compreensível a dificuldade em estabelecer um prazo de duração para um tratamento. Afinal, se o inimputável é portador de uma doença, o tratamento deve durar de acordo com a resposta positiva ou negativa apresentada durante o procedimento. Assim, prolongaria a internação se mantido o estado perigoso do indivíduo (Carvalho, 2020).

Do mesmo modo, a delimitação de um prazo mínimo não escapa das críticas. Mesmo com a cessação da periculosidade, o “louco-infrator” ainda deve permanecer de um a três anos recluso, o que insere, subliminarmente, o cumprimento de uma sanção aos inimputáveis por cometimento de um ilícito (Carvalho, 2020).

Aqui a crítica seria de que haveria, na verdade, um caráter punitivo na medida de segurança e que a determinação de um tempo mínimo seria contraditória em relação ao fundamento de tratamento da medida, não servindo, portanto, ao propósito ao qual foi criada. Esta perspectiva punitiva se tornou uma das principais denúncias a partir da década de 1970 pela Criminologia Crítica e pelo Direito Penal (Carvalho, 2020).

A medida de segurança não se distingue da pena: ela também representa perda de bens jurídicos e pode ser, inclusive, mais afliativa do que a pena, por ser imposta por tempo indeterminado. Toda medida coercitiva imposta pelo Estado, em função do delito e em nome do sistema de controle social, é pena, seja qual for o nome ou a etiqueta com que se apresenta. (Fragoso, 2003, p. 549).

Segundo o Código Penal, o critério para determinar se a medida de segurança será de internação ou tratamento ambulatorial é a forma detentiva ou reclusiva imposta na pena do crime praticado. Para Carvalho (2020), isto não estaria adequado ao postulado da Constituição Federal que determina a individualização da sanção penal, ou no caso, da medida de segurança.

Assim, o Supremo Tribunal Federal, com fundamento na Lei nº 10.216/2001, decidiu no *Habeas Corpus* 85.401/RS, Rel. Min. Cezar Peluso, j. 04.12.2009, que “em casos excepcionais, admite-se a substituição da internação por medida de tratamento ambulatorial quando a pena estabelecida para o tipo é a reclusão, notadamente quando manifesta a desnecessidade da internação”.

O oposto também é possível segundo o art. 184, da LEP: “o tratamento ambulatorial poderá ser convertido em internação se o agente revelar incompatibilidade com a medida” (prazo mínimo de um ano).

A medida de segurança é um dos temas mais desafiadores nas ciências criminais, pois abrange as opostas “liberdade” e “segurança”, envolvida ainda pelo universo da saúde mental. As discussões que abarcam a área jurídica e médica é debatida há anos resultando em inúmeros livros, artigos e alterações legislativas revelando a complexidade do tema que divide opiniões.

## 5 REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL

A Reforma Psiquiátrica teve início no Brasil ao final da década de 1970, tardiamente se comparada com outros países em que o processo já vinha se consolidando desde a Segunda Guerra Mundial (Fernandes; Scarcelli, 2005).

Ao mudar o objeto da Psiquiatria que era do tratamento da doença mental para a promoção da saúde mental, inicia-se uma crise que permite o surgimento de novas experiências e novas práticas psiquiátricas (Amarante, 1995).

Existiram então dois períodos que redimensionaram os campos teórico-assistencial da Psiquiatria. O primeiro tratou-se de uma crítica à estrutura asilar e o segundo buscou levar a Psiquiatria para o espaço público com o objetivo de promover a saúde mental. Ambos acreditavam na Psiquiatria e na instituição psiquiátrica como forma de tratamento (Amarante, 1995).

Mas enquanto estes momentos buscavam a reforma do modelo psiquiátrico, surgiu a antipsiquiatria na década de 1960 com um olhar crítico em busca de uma desconstrução da Psiquiatria (Amarante, 1995). Questionadora da estrutura asilar, é uma doutrina de caráter fortemente político que considera a Psiquiatria inadequada e entende que a doença mental é um mito social. Para eles, os conceitos de periculosidade, incapacidade mental e inimputabilidade são então inaceitáveis. Segundo um apotegma antipsiquiátrico, se não existe loucura então não deve existir hospital psiquiátrico (Palomba, 2003).

Teve início com Szasz ao publicar o livro “O Mito da Doença Mental”, em 1961 e influenciou teóricos populares como David Cooper, Ronald Laing, A. Esterson e Franco Basaglia (Palomba, 2003).

Basaglia (1924-1980), grande influente da antipsiquiatria, foi um psiquiatra italiano conhecido mundialmente por sua dedicação pela luta antimanicomial e por promover uma reforma no sistema de saúde mental do seu país, ideias e práticas que influenciaram a reforma psiquiátrica no Brasil (Palomba, 2003).

A reforma psiquiátrica no país teve como estopim o episódio conhecido como “Crise da DSAM”, onde 260 profissionais e estagiários das quatro unidades da Divisão Nacional de Saúde Mental (órgão do Ministério da Saúde responsável por formular as políticas de saúde mental), do Rio de Janeiro, foram demitidos e entraram em greve em abril de 1978, após médicos denunciarem as condições de trabalho e de maus tratos das pessoas internada (Amarante, 1995).

Começam a surgir então diversos movimentos por mudanças na prática de saúde mental. Dentre eles, um de grande destaque é o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) que fez inúmeras denúncias e acusações ao governo militar sobre o sistema de assistência psiquiátrica da época.

Em 1990, realizou-se a Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina (Declaração de Caracas) que propôs um novo modelo em que adota a participação da família e da comunidade na promoção de saúde mental para abandonar o sistema “hospitalocêntrico”. Porém as propostas possuem inúmeras falhas em sua implementação nos serviços de saúde principalmente em relação a regulamentação, financiamento e estruturação dos serviços que são poucos e criados de forma lenta considerando a demanda da população (Ximenes, 2020).

A reforma no modelo de assistência em saúde mental não seria possível de ser aplicada, segundo o presidente da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) Dr. Antônio Geraldo da Silva (2023), porque não há possibilidades de se realizar reformas em uma especialidade médica. Surgiu então, neste contexto, os grupos da Luta Antimanicomial que sugerem o fechamento dos hospitais psiquiátricos.

Durante esse contexto de mudança no sistema de assistência psiquiátrica e fechamento dos hospitais psiquiátricos no século XX que surgiu a estratégia multicêntrica intitulada como desinstitucionalização. Trata da desospitalização, ou seja, fechamento dos manicômios e desinternação dos pacientes aliada a abertura de uma rede comunitária de serviços substituta.

O enfoque do tratamento na desinstitucionalização passou a ser o sujeito e não mais sua doença que se apresentava para as teorias criminológicas como um fenômeno natural e preexistente ao próprio sujeito (Carvalho, 2020)

[...] a desinstitucionalização toma o usuário como um cidadão com ação e poder de participação. Ele pode verbalizar seus sentimentos e tentar entendê-los a partir da sua própria abstração, possibilitando, assim, a desconstrução da instituição doença mental (Guaresch et al., 2008, p.125)

Foi então que em 6 de abril de 2001, após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional que o então presidente Fernando Henrique Cardoso sancionou a Lei nº 10.216/2001, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, que vedou o sistema asilar (art. 3º, §3º, Lei 10.216/2001), impôs aos Poderes constituídos criar mecanismos de desinstitucionalização de pessoas que estão em regime manicomial, e possibilitou o desenvolvimento da Rede de Atenção Psicossocial (Raps) bem como o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

A reforma estabeleceu que a internação psiquiátrica é subsidiária, indicada apenas em casos excepcionais quando os recursos extra-hospitalares forem insuficientes (art. 4º, Lei 10.216/2001) regulando também a própria atividade judicial estabelecendo que o juiz competente deverá levar em consideração as condições de segurança do estabelecimento quanto à salvaguarda do paciente, dos outros internados e dos funcionários quando necessária a internação compulsória (art. 9º, Lei 10.216/2001).

A Lei da Reforma Psiquiátrica mudou o estatuto jurídico e o tratamento dos portadores de sofrimento psíquico tendo como premissa o respeito à autonomia para que possam atuar como protagonistas de sua própria terapia além de estabelecer uma nova linguagem para as práticas institucionais (Carvalho, 2020).

## 6 HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO

### 6.1 Os HCTPs no Brasil do Século XXI

O Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico é o local apropriado para receber os inimputáveis e semi-imputáveis (art. 99, LEP) e deverá igualmente atender às condições mínimas de salubridade (art. 88, LEP), ainda que não deva contar com celas individuais (Brito, 2023).

Caso haja internação em presídio comum de pessoa submetida à medida de segurança, configurará constrangimento ilegal, segundo entendimento jurisprudencial:

"HABEAS CORPUS" - INIMPUTABILIDADE - MEDIDA DE SEGURANÇA DE INTERNAÇÃO - INEXISTÊNCIA DE VAGA EM HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO - SEGREGAÇÃO DO PACIENTE EM CELA DA CADEIA PÚBLICA - MANUTENÇÃO POR PRAZO ALÉM DO RAZOÁVEL - CONSTRANGIMENTO ILEGAL CARACTERIZADO - SUBMISSÃO A TRATAMENTO AMBULATORIAL VINCULADO A REDE PÚBLICA DE SAÚDE MENTAL - ORDEM PARCIALMENTE CONCEDIDA. Inexistindo vaga em hospital psiquiátrico para que o paciente possa cumprir, nos moldes legais, a medida de segurança que lhe foi imposta, é inadmissível sua permanência em estabelecimento penitenciário, devendo o tratamento ser feito de forma ambulatorial, vinculado a rede pública de saúde mental, e controlado pelo juízo penal da forma devida. Concessão parcial da ordem. (TJ-MG - HC: XXXXX71088404000 MG, Relator: Antônio Carlos Cruvinel, Data de Julgamento: 13/03/2018, Câmaras Criminais / 3ª CÂMARA CRIMINAL, Data de Publicação: 27/03/2018).

No estado de São Paulo há três hospitais de custódia: o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico "Dr. Arnaldo Amado Ferreira", em Taubaté e em Franco da Rocha o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico "Prof. André Teixeira Lima" I e o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico II estando sob gestão administrativa da Coordenadoria de Saúde do Sistema Penitenciário (CSSP). No país existem 30 HCTPs de acordo com informações de 2023 do Relatório Sistema Prisional em Números, do Conselho Nacional do Ministério Público (CNMP).

Segundo o SISDEPEN, uma ferramenta de coleta de dados do sistema penitenciário brasileiro que reúne as informações que estão em posse da Secretária Nacional de Políticas Penais (Senappen), até a data de 31 de dezembro de 2023, havia 2.314 pessoas sob o regime de internação em medida de segurança, sendo 137 mulheres e 2.176 homens e dentre os estados, São Paulo possui o maior número de internados totalizando 959 pessoas. Com relação ao tratamento ambulatorial, haveria 168 pessoas em todo o país em tratamento.

O caráter asilar dos hospitais psiquiátricos foi sendo perdido ao longo dos anos, principalmente após a Lei 10.216/2001, ganhando uma forma mais dinâmica e assemelhando-se as clínicas e hospitais. Desta forma, não desempenham mais a função de “depósito de pessoas” e a assim que o paciente restabelece suas condições, retornam ao convívio social. Ou seja, a internação é indicada nas situações emergenciais graves em que outros recursos são insuficientes (Grandino et al., 1985). Isto se aplica também aos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico que seguem os parâmetros da Lei da Reforma Psiquiátrica:

Art. 2º, Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001 - Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

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

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

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

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

IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;

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

VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

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

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

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

Art. 4º, Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001 - A **internação**, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os **recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes**

§1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§3º 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. (grifo nosso).

A Lei da Reforma Psiquiátrica veda o sistema asilar, modelo que por muitos séculos segregou pessoas com e sem transtornos mentais propagando estigmas e preconceito. O Conselho Nacional de Justiça (CNJ) no “Manual da Política Antimanicomial do Poder Judiciário” (2023) afirma que os HCTPs são instituições de natureza asilar, pois não garantem os direitos e assistências elencados na Lei 10.216/2001.

Mas a Secretaria da Administração Penitenciária (SAP) de São Paulo presta informações quando ao funcionamento dos HCTPs que se mostram em conformidade com a Lei da Reforma Psiquiátrica, já que estão presentes os requisitos dos artigos 2º e 4º que estipulam que as instituições de internação assegurem aos pacientes assistência social, médica, psicológica, ocupacional, de lazer e entre outros, devendo haver tratamento humanizado e presença médica a qualquer tempo.

Os HCTPs de São Paulo possuem funcionamento 24 horas com revezamento de turnos. Existe o Centro de Atendimento à Saúde que é composto por médico clínico, psiquiatra, cirurgião dentista, nutricionista, núcleo de enfermagem com enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem que prestam assistência aqueles que estão internados.

O Núcleo de Informações Médicas e Judiciais acompanha a situação processual sendo responsável pelo cumprimento de ordens judiciais, de emissão de boletim informativo (B.I.), solicitação e gerenciamento da elaboração do Projeto Terapêutico Singular (P.T.S.), encaminha para o Poder Judiciário os pareceres psiquiátricos como o de cessação de periculosidade, laudo psiquiátrico e de insanidade mental, dentre outras questões jurídicas.

O Centro de Assistência Complementar é composto dos núcleos de psicologia, assistência social, terapia ocupacional e de educação e recreação. Este núcleo permite aos pacientes participarem de ateliê de costura e bordado, cuidar do jardim da unidade e realizar manutenções como carpintaria e limpeza dos pavilhões. Há também a promoção de atividades como sessões de cinema, produção cultural, atividades desportivas e entre outros.

No tocante a inserir o paciente na família, no trabalho e na comunidade (Art. 2º, II, Lei 10.216/2001), há a possibilidade de trabalho interno e o Núcleo de Assistência Social planeja e executa o Projeto Terapêutico individual com o objetivo de reinserir o paciente na sociedade e na família buscando sua autonomia e inclusão social.

O Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico II, de Franco da Rocha, inaugurado em 10 de janeiro de 2002, funciona exclusivamente em Regime de Desinternação Progressiva, de acordo com as diretrizes da Lei nº 10.216/2001 e da Portaria 009/2003, da Corregedoria dos Presídios de São Paulo.

A inserção do paciente no programa de desinternação progressiva se dá por autorização judicial por meio de relatório elaborado por equipe técnica e tem o objetivo

de proporcionar aos pacientes assistência e acompanhamento visando o retorno gradual à sociedade.

Após a avaliação feita pela enfermagem, pelo médico psiquiatra, assistente social, psicólogo e com o devido respaldo da família, o paciente pode realizar visitas domiciliares com período de permanência progressivo e variável podendo ser ampliado até 21 dias, caso não haja nenhuma intercorrência. Após muito tempo internado, torna-se difícil reintegrar-se a sociedade, por isso a importância do retorno progressivo.

O paciente e as famílias são orientados a buscar apoio da Secretaria Estadual de Saúde, através do CAPS, enquanto estiver em visita domiciliar e no retorno o paciente é avaliado, bem como o relatório encaminhado pela família para verificar se é possível a continuidade da visita. Caso ocorra o abandono do tratamento ou o paciente não retorne na data estabelecida, será registrado um boletim de ocorrência e a assistente social fará contato com a família para averiguar o ocorrido.

Diversas atividades que ocorrem nos HCTPs de Franco da Rocha então noticiadas em *sites da internet* inclusive na própria página da SAP. Em janeiro de 2023, o HCTP I realizou atividades e palestras durante três dias em comemoração ao chamado “Janeiro Branco”, mês da conscientização e promoção da saúde mental. A programação contou com palestras lúdicas sobre saúde mental, atividades interativas e exibição de um filme de animação (Almeida, 2023).

Também no HCTP I, o Coletivo Poetas do Tietê, em parceria com a SAP, realizou seu primeiro projeto com pessoas em medida de segurança que resultou na produção de uma peça teatral e na publicação de um livro escrito por 19 internas. Inspiradas na vida da escritora Carolina Maria de Jesus (autora de “Quarto de Despejo”), as pacientes do HCTP escreveram poemas, depoimentos e crônicas que resultou no livro “Somos Todas Carolinas” (Almeida, 2023).

A poesia desenvolvida pelas participantes e compartilhada com as colegas do convívio ofereceu uma oportunidade para libertar pensamentos, emoções e experiências em coletivo, concedendo a chance de dar voz ao que está guardado no interior dos corações, possibilitando a reflexão, a cura e a conexão entre as histórias de vida das próprias pacientes. E nos ensina a apreciar a beleza nas pequenas coisas da vida, mesmo em um ambiente tão desafiador (Negrão, 2023).

Para o diretor do HCTP I de Franco da Rocha, Luiz Henrique Negrão (2023), esses eventos culturais, artísticos e religiosos que são proporcionados aos pacientes “são fundamentais para humanização, algumas pessoas visitam o hospital e se surpreendem. Elas dizem, ‘puxa, não sabia que o hospital era assim’”.

De fevereiro a maio de 2024, o HCTP II de Franco da Rocha, em parceria com a Coordenadoria de Reintegração Social e Cidadania (CRSC) e a Igreja Universal do Reino de Deus, realizou o “Curso de Hortas Terapêuticas” para os pacientes proporcionando além do conhecimento prático em jardinagem, a renovação de propósitos e de autoestima, conexão com a natureza e desenvolvimento psicossocial. Ao final do curso os pacientes ainda receberam um certificado durante uma cerimônia solene (Maira; Cairo, 2024).

Em 29 de setembro de 2023, a juíza de direito coordenadora do DEECRIM 4º RAJ (Campinas-SP), Luciana Netto Rigoni, endereçou uma carta ao secretário da SAP de São Paulo, igualmente aos diretores dos HCTP I e HCTP II de Franco da Rocha, Dr. Luiz Henrique Negrão e a Dra. Luciana Corradine Nabas Candotta, bem como às suas equipes, elogiando os hospitais após realizar uma visita (Anexo A).

Testemunhei a impecável manutenção dos prédios que abrigam os dois hospitais [...] As unidades hospitalares contam com ímpar estrutura de alojamentos, banheiros, ambulatórios, enfermarias, refeitórios, campos para práticas desportivas, oficinas de trabalho, salas de aula, hortas, entre outros ambientes que oferecem aos pacientes proteção, desenvolvimento de suas habilidades, sociabilidade e plena assistência às suas condições especiais de saúde (Rigoni, 2023).

Rigoni (2023) narrou sua experiência em ambos os HCTPs contando que os pacientes são assistidos a todo tempo e incentivados a superar suas limitações sendo claro que o objetivo das equipes é a superação da incapacidade e a busca pela autonomia (Anexo A).

De acordo com a juíza (2023), a fase mais complexa do processo é a desinternação e as equipes não medem esforços para alcançar o sucesso da reabilitação. As assistentes sociais buscam as famílias dos pacientes e ao serem localizados, tentam restabelecer os vínculos familiares (Anexo A).

Imagina-se na sociedade que os pacientes internados são fadados ao esquecimento dentro de hospitais de custódia. Essa ideia é falsa. Há projetos terapêuticos individualizados (PTS) que efetivamente norteiam todo o tratamento. É certo que não há resultados garantidos, mas há oferta de tratamento adequado a todos que ali estão internados (Rigoni, 2023).

Rigoni (2023) elogiou o corpo funcional que demonstrou competência, vocação para o trabalho e conhecimento profundo acerca daqueles que sofrem de transtornos mentais. Para ela, as equipes materializam o verdadeiro espírito de fraternidade (Anexo A):

A todo tempo os pacientes eram chamados pelos seus nomes; todos os servidores conheciam profundamente a condição de cada um. Em inúmeras oportunidades vi manifestações de carinho e gratidão dos pacientes em relação aos servidores. Em 17 anos de magistratura, jamais havia testemunhado tamanho vínculo criado num ambiente de trabalho (Rigoni, 2023).

Diante da insegurança dos funcionários e dos próprios pacientes com o futuro incerto das unidades, Rigoni (2023) manifestou-se contra a Resolução 487, do CNJ que determinou o fechamento dos HCTPs, pois segundo ela, vai contra os interesses dos pacientes. Ela ainda lembrou que muitos não possuem famílias e nem lugar para ir, e sozinhos, sem condições de manterem uma vida independente ou um tratamento, estarão à própria sorte (Anexo A).

## 6.2 Resolução nº 487/2023, do CNJ

Após a criação da Lei 10.216/2001, passou-se a repensar a medida de segurança iniciando-se uma indagação sobre qual seria a medida judicial adequada aos portadores de transtornos mentais que cometem crimes. Surgiram então ao longo dos anos inúmeras ideias para substituir a internação compulsória e alterar a legislação da medida de segurança (Carvalho, 2020).

Como exemplo de inovação em programas alternativos de intervenção não punitiva temos em Minas Gerais e Goiás a criação dos projetos-piloto Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário (PAI-PJ - Resolução Nº 944/2020) e o Programa de Atenção ao Louco Infrator (PAILI - 2006), respectivamente, que vedam a internação em HCTPs visando sua extinção (Carvalho, 2020).

Em 15 de fevereiro de 2023, o Conselho Nacional de Justiça (CNJ), por meio da Resolução nº 487, instituiu a Política Antimanicomial do Poder Judiciário e estabeleceu procedimentos para implementar a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD) e a Lei n. 10.216/2001 no âmbito do processo penal e da execução das medidas de segurança em todo país. Este é um dos resultados do Grupo de Trabalho (GT) do CNJ.

A Resolução, assinada pela Ministra Rosa Weber, dispõe sobre procedimentos para o tratamento de pessoas com transtorno mental ou qualquer forma de deficiência psicossocial em conflito com a lei. De acordo com Palomba (2023), as ideias propostas pela resolução surgiram com o livro “O mito da doença mental”, de Szasz.

Art. 1º, Resolução, 487, CNJ – Instituir a Política Antimanicomial do Poder Judiciário, por meio de procedimentos para o tratamento das pessoas com transtorno mental ou qualquer forma de deficiência psicossocial que estejam custodiadas, sejam investigadas, acusadas, réis ou privadas de liberdade, em cumprimento de pena ou de medida de segurança, em prisão domiciliar, em cumprimento de alternativas penais, monitoração eletrônica ou outras medidas em meio aberto, e conferir diretrizes para assegurar os direitos dessa população.

Ela propõe um modelo antimanicomial substituindo os HCTPs por serviços de saúde mental comunitários com o intuito de que as pessoas com transtornos mentais sejam tratadas em liberdade com internação em casos excepcionais e fundada em razões clínicas de saúde.

A Resolução prevê que quando a sentença criminal impuser medida de segurança, a autoridade judicial deverá determinar a modalidade mais indicada ao tratamento de saúde da pessoa considerando a opinião da equipe médica e

interdisciplinar sendo que o tratamento ambulatorial deve ser priorizado (art. 12) (Camimura, 2023).

Art. 12, Resolução 487, CNJ - A medida de tratamento ambulatorial será priorizada em detrimento da medida de internação e será acompanhada pela autoridade judicial a partir de fluxos estabelecidos entre o Poder Judiciário e a Raps, com o auxílio da equipe multidisciplinar do juízo, evitando-se a imposição do ônus de comprovação do tratamento à pessoa com transtorno mental ou qualquer forma de deficiência psicossocial.

De acordo com o artigo 13, §1º, a medida de internação só poderá ocorrer diante de situações excepcionais e justificada por parecer da equipe médica e interdisciplinar e deverá ser cumprida em leito de saúde mental em Hospital Geral ou outro equipamento de saúde adequado, referenciado pelo CAPS da Raps (Camimura, 2023).

Art. 13, Resolução 487, CNJ - 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.

§1º A internação, nas hipóteses referidas no caput, será cumprida em leito de saúde mental em Hospital Geral ou outro equipamento de saúde referenciado pelo Caps da Raps, cabendo ao Poder Judiciário atuar para que nenhuma pessoa com transtorno mental seja colocada ou mantida em unidade prisional, ainda que em enfermaria, ou seja submetida à internação em instituições com características asilares, como os HCTPs ou equipamentos congêneres, assim entendidas aquelas sem condições de proporcionar assistência integral à saúde da pessoa ou de possibilitar o exercício dos direitos previstos no art. 2º da Lei n. 10.216/2001.

A Resolução entrou em vigor após 90 dias de sua publicação. De acordo com ela, os portadores de transtornos mentais que estão privados de liberdade no momento, deveriam ser liberados a partir de 15 de maio de 2023 e a partir de agosto do mesmo ano, os HCTPs não poderiam receber novos internos sendo todos desativados até maio de 2024.

Art. 16, Resolução 487, CNJ - No prazo de até 6 (seis) meses, contados a partir da entrada em vigor desta Resolução, a autoridade judicial competente revisará os processos a fim de avaliar a possibilidade de extinção da medida em curso, progressão para tratamento ambulatorial em meio aberto ou transferência para estabelecimento de saúde adequado, nos casos relativos:

- I – à execução de medida de segurança que estejam sendo cumpridas em HCTPs, em instituições congêneres ou unidades prisionais;
- II – a pessoas que permaneçam nesses estabelecimentos, apesar da extinção da medida ou da existência de ordem de desinternação condicional;
- e
- III – a pessoas com transtorno mental ou deficiência psicossocial que estejam em prisão processual ou cumprimento de pena em unidades prisionais, delegacias de polícia ou estabelecimentos congêneres.

Parágrafo único. Para fins do disposto no caput, o Comitê Estadual Interinstitucional de Monitoramento da Política Antimanicomial previsto no art. 20, VI, e as equipes conectoras ou multidisciplinares qualificadas apoiarão as ações permanentes de desinstitucionalização.

Art. 17, Resolução 487, CNJ - Sem prejuízo do disposto no artigo anterior, a autoridade judicial competente para a execução penal determinará a elaboração, no prazo de 12 (doze) meses contados da entrada em vigor desta Resolução, de PTS para todos os pacientes em medida de segurança que ainda estiverem internados em HCTP, em instituições congêneres ou unidades prisionais, com vistas à alta planejada e à reabilitação psicossocial assistida em meio aberto, a serem apresentadas no processo ou em audiência judicial que conte com a participação de representantes das entidades envolvidas nos PTSs.

Art. 18, Resolução 487, CNJ - No prazo de 6 (seis) meses contados da publicação desta Resolução, a autoridade judicial competente determinará a interdição parcial de estabelecimentos, alas ou instituições congêneres de custódia e tratamento psiquiátrico no Brasil, com proibição de novas internações em suas dependências e, em até 12 (doze) meses a partir da entrada em vigor desta Resolução, a interdição total e o fechamento dessas instituições.

Tendo em vista que não houve um prazo mínimo concedido para que houvesse a devida preparação da rede de atenção psicossocial e estruturação dos equipamentos de saúde psiquiátrica, o instrumento encontra enormes dificuldades para seu efetivo cumprimento. Em consequência da sua inaplicabilidade, em 30 de novembro de 2023 os prazos previstos nos artigos 16, 17 e 18 da Resolução foram prorrogados por unanimidade no julgamento do Ato Normativo 007026-10.2022.2.00.0000, pelo Plenário Virtual do CNJ. O prazo limite para o fechamento dos HCTPs que era até maio de 2024 foi prorrogado por 3 meses, até 28 de agosto de 2024.

RATIFICAÇÃO DE DECISÃO. RESOLUÇÃO CNJ 487/2023. POLÍTICA ANTIMANICOMIAL. CENÁRIO DE DIFICULDADES PRÁTICAS VIVENCIADO PELOS TRIBUNAIS DE JUSTIÇA PARA A EFETIVA IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA. INCIDÊNCIA DOS PRINCÍPIOS DA RAZOABILIDADE E PROPORCIONALIDADE. DEFERIMENTO DA PRORROGAÇÃO DOS PRAZOS PREVISTOS NA NORMA DESTES CONSELHO POR MAIS 3 (TRÊS) MESES. (ATO NORMATIVO - 007026-10.2022.2.00.0000).

O Portal do CNJ disponibilizou um gráfico sobre as ações para efetivação da Resolução 487 e/ou para atenção integral às pessoas com transtorno mental em conflito com a lei. São Paulo, Santa Catarina e Rondônia são os únicos estados que não possuem nenhuma informação disponibilizada. Os outros estados já possuem Grupos de Trabalho para implementação da Resolução formalizados ou não por Portarias ou outro ato normativo, alguns já possuem ações para implementar os GT e outros já possuíam Programas de Atenção integral antes da publicação da resolução.

Apesar das intenções nobre e relevantes da Política Antimanicomial, sua aplicação é de grande complexidade e com metas e prazos inalcançáveis, por isso, desde a sua publicação, inúmeros especialistas manifestaram oposição.

### 6.2.1 Os posicionamentos contrários à Política Antimanicomial

Já se sabe atualmente que a internação excessivamente prolongada não é benéfica, na verdade ela pode contribuir para a cronificação da patologia. Mas abolir os hospitais psiquiátricos, ou no caso, os HCTPs, é uma atitude ingênua, afinal há pacientes com transtornos mentais graves que precisam de uma atenção específica para o tratamento (Grandino et al., 1985).

O Dr. Antônio Geraldo da Silva (2023), presidente da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) ressalta que uma pessoa com transtornos mentais não é perigosa se devidamente tratada. No caso daqueles que cometem crimes, uma quantidade ínfima já que a grande maioria dos criminosos não possui transtornos mentais, precisam de tratamento e segurança adequados, pois do contrário, se permanecerem na rua, poderão continuar a prática de crimes e violência, apresentando risco a eles próprios também (Palomba, 2023).

Acreditamos que o hospital psiquiátrico tem um papel importante nas chamadas “situações de emergência psiquiátrica”, onde existe risco para o próprio paciente ou para outros. Porém, a internação não é a forma exclusiva de tratamento; ela é uma estratégia dentro de um plano de tratamento. Por isso defendemos a ideia do hospital associado a um ambulatório, onde os pacientes seriam tratados após a emergência [...] Essas são considerações teóricas que muitas vezes não conseguem ser colocadas em prática, pois esbarram em limitações que estão fora da área de atuação do médico. Uma delas é o problema econômico (Grandino et al., 1985, p. 62).

São inúmeros os desafios atuais da gestão de uma rede de atenção em saúde mental e isso se deve ao investimento insuficiente do SUS, o aumento da demanda de tratamento e dos poucos serviços substitutos (Alverga; Dimenstein, 2005).

Os Hospitais Gerais não possuem condições para que a assistência médica seja apropriadamente prestada, tampouco estrutura para garantir a integridade física dos pacientes que praticaram infrações penais. As pessoas portadoras de transtornos mentais não ficarão detidas e não poderão ser internadas nos serviços adequados (Cremesp, 2023).

O artigo 4º, da Resolução 487, CNJ, determina o encaminhamento *voluntário* de pessoas com transtornos mentais apresentada em audiência de custódia para atendimento na Rede de Atenção Psicossocial (Raps) que é composta pelos serviços e equipamentos como: Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Centros de Convivência e Cultura, as Unidades de Acolhimento (UAs) e os leitos de atenção integral (em Hospitais Gerais, nos CAPS III).

Art. 4º, Resolução 487, CNJ – Resolução Quando apresentada em audiência de custódia pessoa com indícios de transtorno mental ou qualquer forma de deficiência psicossocial identificados por equipe multidisciplinar qualificada, ouvidos o Ministério Público e a defesa, caberá à autoridade judicial o

**encaminhamento para atendimento voluntário na Raps** voltado à proteção social em políticas e programas adequados, a partir de fluxos pré-estabelecidos com a rede, nos termos da Resolução CNJ n. 213/2015 e do Modelo Orientador CNJ. (grifo nosso).

Art. 12, Resolução 487, CNJ – A medida de tratamento ambulatorial será priorizada em detrimento da medida de internação e será acompanhada pela autoridade judicial a partir de fluxos estabelecidos entre o Poder Judiciário e a Raps, com o auxílio da equipe multidisciplinar do juízo, evitando-se a imposição do ônus de comprovação do tratamento à pessoa com transtorno mental ou qualquer forma de deficiência psicossocial. (grifo nosso).

Com relação aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), das 5.570 cidades (IBGE) que existem no país, há apenas 2.836 CAPS distribuído em 1.910 municípios de acordo com dados de 2022, da Secretaria de Atenção Primária de Saúde (SAPS, 2022).

A Secretaria de Atenção Primária de Saúde (SAPS) também informou que em 2022 existiam 813 Serviços Residências Terapêuticas (SRTs). As residências terapêuticas são moradias de natureza permanente ou de períodos prolongados recebendo pessoas com transtornos mentais que não possuem família ou suporte financeiro para se manterem sozinha e que precisam de acompanhamento. Desta forma, a quantidade não atende a demanda já existente deixando vários pacientes aguardando vagas que levarão anos para serem disponibilizadas (SAPS, 2022).

Um levantamento identificou que até junho de 2022, apenas 377 serviços ambulatoriais estão aptos para atendimento de psiquiatria, excluindo a CAPS e as Equipe Multiprofissionais Especializadas em Saúde Mental (SAPS, 2022).

Nota-se, portanto, que a preocupação dos especialistas com a falta de estrutura para atender a nova demanda é comprovada por dados do próprio Ministério da Saúde por meio da SAPS.

Não temos nenhuma condição de receber mais pessoas no nosso sistema de saúde, porque ele já não atende às necessidades. Temos mais de 5.500 municípios no Brasil, mas não temos nem 2 mil desses serviços. Para acabar com o local em que se tratam as pessoas, primeiro teria que se acabar com as doenças, mas não é isso o que acontece, as doenças mentais só estão aumentando (Silva, 2023).

O artigo de grande debate da Resolução é o artigo 13, §1º, pois estabelece que a internação se dará apenas em casos excepcionais não podendo ocorrer em HCTPs e sim em leitos de saúde mental em hospital geral:

Art. 13, Resolução 487, CNJ – 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.

**§1º A internação, nas hipóteses referidas no caput, será cumprida em leito de saúde mental em Hospital Geral ou outro equipamento de saúde**

**referenciado pelo Caps da Raps**, cabendo ao Poder Judiciário atuar para que nenhuma pessoa com transtorno mental seja colocada ou mantida em unidade prisional, ainda que em enfermaria, ou seja submetida à internação em instituições com características asilares, como os HCTPs ou equipamentos congêneres, assim entendidas aquelas sem condições de proporcionar assistência integral à saúde da pessoa ou de possibilitar o exercício dos direitos previstos no art. 2º da Lei n. 10.216/2001. (grifo nosso).

Os leitos de saúde mental em enfermaria especializada em hospitais gerais oferecem cuidados pra situações de crises decorrentes do consumo ou abstinência de álcool e outras drogas e para pessoas com outros transtornos mentais agudizados com o tratamento focado no manejo da crise aguda pelo tempo mínimo necessário (SAPS, 2022).

Além de aglomerar uma população vulnerável, usuários de drogas e pessoas com transtornos mentais, com aqueles que cometeram crimes, existem apenas 1.952 leitos de saúde mental em hospitais gerais no país todo, segundo dados de 2022 da Coordenação de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (SAPS, 2022). Quantidade insuficiente considerando a população dos HCTPs atualmente e os próximos que virão.

O custeio anual desses leitos é de R\$ 131.411.216,64 (SAPS, 2022). Apenas no mês de fevereiro de 2024 o governo teve em despesas totais com as penitenciárias R\$ 1.373.287.887,83 (Senappen, 2024).

A visão de que o processo de desinstitucionalização representa a humanização e modernização da assistência psiquiátrica, reduzindo a segregação do doente mental e propiciando tratamentos mais eficazes e racionais, tem sido dominante. Entretanto, várias dificuldades têm surgido e diversas críticas têm sido apontadas. A mais frequente é que a desinstitucionalização transformou-se, à revelia de seus mentores, na abdicação por parte dos serviços de saúde de tratar ou cuidar dos doentes mentais mais graves, mais crônicos e mais pobres. Ela estaria se tornando uma forma de economizar recursos financeiros à custa de um subgrupo de doentes que não reclama, que não se organiza e, portanto, sem poder de pressão (Botega et al., 1997, p. 27).

A dificuldade em definir qual a população-alvo para a internação psiquiátrica em hospital geral bem como se ela poderá um dia substituir os hospitais psiquiátricos é uma discussão inacabada e que retornou a mídia em 2023 com a publicação da Resolução nº 487, do CNJ. Tal polêmica se dá pelo conflito entre a posição política e a doutrinária, tornando o debate mais complexo do que realmente seria (Botega et al., 1997).

O Conselho Nacional de Justiça, por meio do “Portal CNJ”, respondeu ao questionamento de como seria adaptada a estrutura do SUS para atender a demanda uma vez que a maioria dos hospitais gerais não possuem unidades de psiquiatria, que nem todos os pacientes precisarão de internação havendo outros serviços disponíveis

e sobre o sistema público de saúde no geral não possuir estrutura, o CNJ completou que a “insuficiência de vagas também é realidade no sistema prisional” (Perguntas Frequentes [...]).

Diante da clara falta de estrutura do serviço de saúde para atender as exigências da Resolução, logo após sua publicação, inúmeros grupos de manifestaram contra a sua vigência. Em um manifesto publicado em 8 de maio de 2023, o Conselho Federal de Medicina (CFM), a Associação Brasileira de Psiquiatra (ABP), a Associação Médica Brasileira (AMB), a Federação Nacional dos Médicos (Fenam) e a Federação Médica Brasileira (FMB) se manifestaram contra a Resolução 487, do CNJ, defendendo a sua revogação.

Segundo essas entidades, o fechamento dos HCTPs pode trazer riscos à sociedade, com impactos sociais e na segurança pública. Declararam que o segmento médico não foi consultado em qualquer momento sobre a medida e alertaram quanto ao perigo de retornar criminosos para a sociedade fazendo tratamento junto com a comunidade e se quiserem (Jordão, 2023).

Do mesmo modo, o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp), órgão fiscalizador da atividade médica, também se manifestou contra a Resolução por meio de nota. Eles pediram a revogação até que sejam elaborados estudos qualificados (Cremesp, 2023):

O Conselho entende que não é fechando locais especializados que recebem pacientes com transtornos mentais e os colocando em outros estabelecimentos com enfermos das mais diversas características seja uma atitude salutar. Além de colocar em risco a saúde e a segurança dos pacientes, esse modelo estende o prejuízo aos familiares e à população em geral, que fica à deriva em busca de assistência e tratamento de transtornos mentais adequados para quem precisa. A medida vai contra os interesses do próprio paciente que está nesse tipo de instituição (Nota Cremesp, 2023).

Em maio de 2023, a Associação Paulista de Medicina (APM) realizou um encontro virtual (“Webinar: APM debate fechamento dos hospitais de custódia”) para discutir o fechamento dos HCTPs. Contou com a moderação do Dr. João Sobreira Neto, vice-presidente da APM e do psiquiatra forense Dr. Guido Arturo Palomba, diretor cultural adjunto da APM; como palestrante convidado o Dr. Antônio Geraldo da Silva, presidente da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) e como comentador o Prof. Dr. Daniel Martins de Barros, professor de psiquiatria da Faculdade de Medicina da USP.

O grupo de trabalho para a construção desta resolução é composto de 21 pessoas, mas não há nenhum médico. A Psiquiatria não está representada, nem eu e nenhum dos 14 mil psiquiatras existentes no Brasil fomos ouvidos. Como é possível construir política pública para uma área sem chamar os seus

especialistas? Estamos falando em liberar para o convívio social pessoas que, nós, psiquiatras, decidimos que não têm condições para tal (Silva, 2023).

De acordo com Silva (2023), a Resolução é uma medida injusta para aqueles que sofrem com transtornos mentais e nunca cometeram crimes, já que seriam colocadas nos mesmos centros de acolhimento que aqueles que praticaram os delitos, podendo inclusive aumentar o estigma. E também é uma forma de omissão para esses indivíduos, pois não há nada que garanta que receberiam o atendimento necessário, considerando que o SUS não tem estrutura para atender a todos e o tratamento ambulatorial seria opcional. Para Cordeiro Júnior (2023), “a luta antimanicomial se afastou da Ciência e entrou no caminho ideológico, mas é prejudicial aos pacientes, já que afeta sua segurança e também expõe a sociedade a situações de risco”.

O psiquiatra e presidente da Associação Paraibana de Psiquiatria e Secretário Regional Adjunto da Associação Brasileira de Psiquiatria, Dr. Alfredo Minervo (2024), publicou um artigo no site do Conselho Regional de Medicina do Estado da Paraíba (CRM-PB) onde questiona o que acontecerá com os indivíduos com transtornos mentais em conflito com a lei quando forem inseridos na Raps. Quais serão os profissionais que atenderão um paciente em surto que acabou de cometer um crime e quem garantirá a sua segurança? E se o tempo de internação e a medicação não forem o suficiente e cometerem outro crime ao ir para a rua porque o surto não cessou? Os pacientes que serão desinternados dos HCTPs e que não possuem família ou casa irão para onde?

Na última semana fomos pegos com a implantação no estado da Paraíba da Resolução 487 do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), o que deixou a todos os médicos psiquiatras preocupados e, porque não dizer, indignados com tal ato, data vênha um ato impensado, pois sequer um só psiquiatra foi comunicado ou consultado. Isso é grave, pois se não bastasse o fechamento de leitos de uma instituição que acolhe padecentes de transtorno mental no estado desde 1921 e foi a primeira do Norte/Nordeste a ser implantada, constitui uma afronta ao conhecimento científico, pois em sua constituição e funcionamento possui MÉDICOS PSQUIATRAS FORENSE, psicólogos, enfermeiros e outros profissionais. Portanto, oferece assistência médica. (Minervo, 2024)

Minervo (2024) reiterou que a Resolução não buscou os médicos psiquiatras, nem o CFM, ABP ou o Ministério Público ou outras instituições que poderiam ter contribuído e auxiliado na construção de um modelo mais adequado e digno.

Os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico possuem uma demanda específica: a de tratar e reinserir as pessoas com transtornos mentais que cometeram crimes na sociedade, mas que tristemente não é possível de se concretizar muitas vezes, seja por gravidade da patologia ou por falta de investimento e desestruturação

do Estado, o que por séculos gerou o bárbaro modelo asilar inadmissível em qualquer era (Barros; Silva, 2023).

Os manicômios foram organizados com uma proposta humanitária, inicialmente. No entanto, com a desestruturação do Estado e a falta de investimento, acabaram se tornando este modelo asilar, que acho que não há quem apoie. Mas, também não tem como defender a ideia de que esta resolução seja algo factível, por isso eu queria propor que pensemos qual é a intenção por trás dela. Não dá para fechar esses estabelecimentos, as pessoas ficariam desassistidas quando, na realidade, precisam de tratamento especializado (Barros, 2023).

O HCTP tem um papel social muito bem definido e que hoje, apesar da falta de investimento, por não estar integrado ao SUS, cumpre uma difícil missão na sociedade brasileira, porém necessária, a de tratar o doente mental e reinseri-lo na sociedade, embora nem sempre seja possível (Silva, 2023).

Felizmente a Lei n. 10.216/2001 vedou o sistema asilar (art. 3º, §3º) exigindo que sejam assegurados os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais (art. 2º). Portanto, os HCTPs devem estar de acordo com a lei garantido um tratamento adequado conforme os preceitos da dignidade da pessoa humana e se algum apresenta um funcionamento incorreto, é preciso responsabilizar quem faz a sua gestão (Silva, 2023).

A demarcação entre atos de força necessários dentro do contexto terapêutico e práticas violentas abusivas, nem sempre é clara e precisa. As últimas geralmente são produtos de precário treinamento dos profissionais, de más condições de exercícios da prática psiquiátrica e mesmo de sadismo e hostilidade dos profissionais e da instituição (Botega et al., 1997, p.39).

Segundo Silva (2023), fechar os HCTPs é uma medida radical: “não se destrói os serviços, você os qualifica”. A partir do momento em que se verifica que um serviço que já existe possui algum *déficit*, é preciso melhorá-lo e sanar as suas intercorrências. Dar condições e possibilidades para cumprir seu papel.

Se um hospital não está bom, se faltam materiais, enfermeiras e macas, ele não tem que ser fechado. Vamos incrementar e dar condições para esses locais. Se quem propôs a resolução quisesse de fato o bem dos pacientes, pensaria em alternativas para melhorar a qualidade dos hospitais de custódia e de tratamento, que estão carentes e em que faltam médicos. Não iriam propor o seu fechamento, ameaçando a sociedade (Palomba, 2023).

A Psiquiatria brasileira é de excelência e de ponta para o mundo todo. O que deve ser trabalhado é a gestão pública para que o atendimento seja qualificado. No Instituto Psiquiátrico Forense de Porto Alegre, há 209 pessoas internadas e apenas dois psiquiatras para atender esta demanda, então não dá para matar o serviço e depois falar que ele não presta e querer fechar. Se no laudo do psiquiatra está determinado que o paciente não tem condições de viver em sociedade, isso significa que não há como ele ser curado, mas há como cuidar dentro de um hospital de custódia, em que os profissionais são treinados para esse tipo específico de clientela (Silva, 2023).

A ideia de que a internação não seria o ideal para o tratamento de pacientes psiquiátricos se deu com o movimento de desinstitucionalização que subentende uma concepção equivocada do processo de saúde-doença. Apesar dos vários aspectos

negativos da internação ela é fundamental em vários casos e se corretamente aplicada, traz significativa melhora para a vida do paciente (Botega et al., 1997):

Muitos planejadores ter-se-iam equivocado ao assumir que a maioria dos pacientes que chega à internação psiquiátrica é de doentes agudos, em crise, que necessita de cuidados apenas por período limitado de tempo. Vários estudos têm demonstrado que uma proporção significativa dos doentes que necessitam de uma internação psiquiátrica apresenta uma longa história de disfunção social. Não podem voltar à vida comunitária por si próprios, sem a ajuda, e muitas vezes constante apoio, de uma vasta e bem organizada rede de serviços médicos e sociais (Botega et al., 1997, p.28).

Monteiro (2023) argumenta que a implementação da norma é uma ameaça à ordem pública tendo potencial para desencadear uma futura desordem social. Além de colocar em risco a população geral ainda ameaça à integridade dos próprios indivíduos em conflito com a lei que serão obrigados a deixar os HCTPs onde são assistidos 24 horas.

Para o Ministério Público de São Paulo, contrário ao fechamento dos HCTPs, o CNJ está exorbitando de suas funções com a Resolução. "Essa resolução não seguiu fielmente a condenação do Brasil na Corte Interamericana, que em nenhum momento determina a extinção dos hospitais de custódia" (Sanches, 2023). O promotor de justiça Sanches (2023) sugeriu a adoção de gestão compartilhada entre a Secretaria da Saúde e a Secretaria de Administração Penitenciária de cada estado.

Nas unidades ambulatoriais não apenas compartilharão o ambiente com outros pacientes psiquiátricos, mas também com vítimas de crimes. A Resolução 487, do CNJ contribuirá para a revitimização de pessoas que frequentam as unidades de saúde em busca de tratar traumas decorrentes da violência (Monteiro, 2023).

O ambicioso Plano de Desinstitucionalização demanda permanente cooperação interinstitucional entre o Poder Judiciário e as intrincadas redes de saúde pública e de assistência social. O projeto auspicioso do CNJ tem como bases princípios de direitos humanos e de proteção à dignidade humana. Sem embargo, na forma em que foi elaborado e posteriormente publicado, o ato normativo é "utópico". Isso porque superestima a capacidade de integração dos órgãos públicos brasileiros. Impõe uma avassaladora mudança de paradigma, ignorando a análise dos resultados práticos a longo prazo. Grosso modo, a medida acaba simbolizando uma espécie de "canetada", ou seja, uma normativa simplesmente imposta à sociedade brasileira. Trata-se, portanto, de uma deliberação de cunho unilateral. Uma decisão temerária e arbitrária. Sem fornecer o devido tempo hábil para uma segura transição, a norma se propõe a solucionar uma problemática demasiado complexa para um país com necessidades e demandas tão heterogêneas (Monteiro, 2023).

Palomba (2023) menciona ser "importante ressaltar que existe um abismo infranqueável entre doente mental comum e doente mental criminoso. A maioria absoluta dos doentes mentais não é portadora de periculosidade", assim o tratamento precisa ser diferenciado.

Conforme Barros (2023) “para todo problema complexo, há uma solução simples, fácil e errada. E essa resolução é uma delas”. O avanço desejado pela Resolução no âmbito da saúde mental foi barrado pelo próprio serviço de saúde oferecido no país que é insuficiente e pela legislação vigente que impulsionou a criação de projetos de decretos e ação de inconstitucionalidade diante da contrariedade com o Código Penal, o Código de Processo Penal e a Lei de Execuções Penais.

### 6.2.2 Inconstitucionalidade da Resolução nº 487/2023, do CNJ

Em 21 de março de 2023, o deputado Kim Kataguirí propôs um projeto de Decreto Legislativo (PDL 81/2023) para sustar a aplicação da Resolução 487, do CNJ, que aguarda despacho do presidente da Câmara dos Deputados (Brasil, 2023).

O projeto defende que sendo o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) um órgão administrativo do Poder Judiciário, sua função é aperfeiçoar o trabalho no que tange o controle e a transparência administrativa e processo, não tendo competência para elaborar políticas públicas para o Poder Judiciário e nem estabelecer procedimentos e diretrizes para implementar a Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas (Brasil, 2023).

De forma equivocada, a referida Resolução extrapolou seu poder regulamentar invadindo a seara do Poder Legislativo ao inovar na ordem jurídica estabelecendo conceitos, princípios, diretrizes, objetivos, que deverão ser observados pelo Poder Judiciário na execução da Política Antimanicomial (PDL n. 81/2023).

Além de argumentarem que o CNJ não é competente para a criação da referida Resolução, a própria norma estaria incorreta uma vez que não poderia contrariar os regulamentos e regimentos já existentes e sim explicá-los. A Resolução cria direitos e obrigações que inovam na ordem jurídica, porém deveria produzir apenas efeitos internos (Brasil, 2023).

Resoluções são atos administrativos emanados de autoridades do elevado escalão administrativo que visam regulamentar matéria de interesse interno. Constituem matéria das Resoluções todas as que se inserem na competência específica dos agentes ou pessoas jurídicas responsáveis por sua expedição (...) tais Resoluções são típicos atos administrativos, tendo, portanto, natureza derivada; pressupõe sempre a existência de Lei ou outro ato legislativo a que estejam subordinadas. (Carvalho Filho, 2014, p. 137).

O poder regulamentar não é poder legislativo, por conseguinte não pode criar normatividade que inove a ordem jurídica. Seus limites naturais situam-se no âmbito da competência executiva e administrativa, onde se insere. Ultrapassar esses limites importa abuso de poder, usurpação de competências, tornando irritado o regulamento dele proveniente, e sujeito a sustação pelo Congresso Nacional (art. 49, V). O regulamento é uma norma jurídica secundária e de categoria inferior a lei, tem limites decorrentes do direito positivo. Deve respeitar os textos constitucionais, a lei regulamentada e a legislação, em geral, e as fontes subsidiárias a que ela se reporta. Assim, não cria, nem modifica e sequer extingue direitos e obrigações, senão nos termos da lei, isso porque o inovar originariamente na ordem jurídica consiste em matéria reservada a lei. (Silva, 2007, p. 484-485).

Em maio de 2023, o Ministério Público de São Paulo, por meio do procurador-geral de Justiça, Mario Sarrubbo, e do deputado federal Carlos Sampaio pleitearam ao corregedor do Conselho Nacional de Justiça, o ministro do Superior Tribunal de

Justiça Luis Felipe Salomão, a suspensão da Resolução nº 487, CNJ (São Paulo leva [...], 2023)

Sarrubbo apresentou a visão do MPSP, acompanhado pelo promotor Ricardo Silveiras e pelo secretário especial de Políticas Criminais, Arthur Pinto de Lemos Junior. Para eles, a Resolução precisa ser aperfeiçoada considerando o impacto que terá na sociedade, no sistema de Justiça e para as próprias pessoas custodiadas nos HCTPs (São Paulo leva [...], 2023)

Diante então do caráter normativo da Resolução e da exorbitância do CNJ no uso de seu poder regulamentar, a Associação Nacional dos Membros do Ministério Público (CONAMP), ingressou em 18 de dezembro de 2023, no Supremo Tribunal Federal (STF), tendo como relator o Ministro Fachin, com ação direta de inconstitucionalidade (ADI 7566) com pedido de suspensão liminar de eficácia quanto à Resolução nº 487, do CNJ (Brasil, 2023).

O objeto da ação é questionar a constitucionalidade da Resolução que, segundo eles, ofende o princípio da razoabilidade, a harmonia e independência dos poderes prevista no artigo 2º e a competência prevista nos artigos 48 c/c 22, I; 23, II e 24, XIV, todos da Constituição Federal. Além de contrariar a Carta Magna, contraria ainda o Código Penal, a Lei nº 10.216/2021, e entre outros. O Capítulo II da Resolução, ainda afeta a atuação dos membros do Ministério Público uma vez que interfere no processo e na execução penal, já que consolida obrigações e ritos da execução da medida de segurança (Brasil, 2023).

A ação segue a mesma premissa do PDL n. 81/2023: a Resolução 487 regulamenta matéria de lei, o que é de competência constitucional do poder legislativo. Ademais a Resolução trata de política pública de saúde, regulamentação e implementação que cabe aos poderes legislativo e executivo, principalmente aos órgãos de saúde. Assim o CNJ extrapolou sua competência (Brasil, 2023).

A resolução conflita com o Código Penal, Código de Processo Penal e Lei de Execução Penal. Esses são hierarquicamente superiores à Resolução do CNJ. E mais, é impossível a sua aplicação prática, uma vez que os internados em manicômios judiciais estão lá não apenas para tratamento, mas principalmente por medidas de segurança detentivas e salvaguarda social. É uma questão de periculosidade, e não apenas de tratamento (Palomba, 2023)

A ADI solicita a declaração de inconstitucionalidade da resolução, especialmente dos artigos 2º, parágrafo único; 3º, V, VI, VII, VIII; 5º, §§ 1º, 2º, I e II, § 3º; 7º, I e II, §§1º e 2º; 9º, I e II, parágrafo único; 10, parágrafo único; 11, parágrafo único; 12, §§ 1º, 2º, 3º, 4º e 5º; 13, §§ 1º, 2º e 3º; 14; 15, parágrafo único; 16, I, II e III,

parágrafo único; 17; 18; 19; 20, I, II, III, IV, V, VI; 21; 22; 23 e 24 e ainda se encontra em análise (Brasil, 2023).

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Resolução nº 487, do CNJ, publicada em 2023, determinou que os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico sejam fechados em todo o país e a medida de segurança de internação só seja aplicada em casos excepcionais em leitos de saúde mental em Hospital Geral ou outro equipamento de saúde.

O tratamento do inimputável foi por muito tempo insuficiente e deixado em segundo plano, um grupo marcado pelo estigma e exclusão, mas que hoje, diante de tantas lutas por igualdade e respeito que acontecem pelo mundo, não cabe mais ficar as margens das discussões.

Porém, embora defenda-se a desinstitucionalização, é importante ressaltar que um indivíduo quando não internado torna-se muito mais vulnerável e requer mais cuidados psicossociais. Por isso a importância de se discutir a extinção dos HCTPs que são locais criados propriamente para atender um grupo que necessita de cuidados específicos e que praticaram delitos.

Diante da análise bibliográfica de livros, artigos, doutrinas, legislações e posicionamentos de especialistas, verifica-se que um dos principais problemas com relação a Resolução foi o prazo extremamente curto estipulado para o fechamento dos HCTPs sendo que o serviço de saúde não possui estrutura para atender os mais de dois mil pacientes internados e que vão precisar de tratamentos próprio muito diferentes dos realizados com a população geral que possui transtornos mentais.

A comprovação dessa inaplicabilidade momentânea é a prorrogação do prazo pelo Ato Normativo 007026-10.2022.2.00.0000. Não é possível, ao menos na realidade atual, extinguir os HCTPs, pois a Raps, a CAPS, os Hospitais Gerais e as Residências Terapêuticas não possuem funcionários capacitados e nem estrutura para receber os pacientes-presos.

Os Hospitais de Custódia existem em quase todos os estados totalizando 30 instituições. Talvez um dia seja possível a sua substituição por outro mecanismo de tratamento, mas no momento é o que tem de mais adequado para os inimputáveis e já que é um sistema existente, o correto seria investir, melhorar o treinamento e a capacitação dos funcionários, reformar os HCTPs e incentivar o tratamento humanizado, afinal, se algum deles apresenta um funcionamento incorreto, se viola os direitos humanos, quem deve ser responsabilizado é quem faz a sua gestão.

O Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico II de Franco da Rocha, em São Paulo é um exemplo de inovação e melhoria no sistema uma vez que funciona exclusivamente sob o regime de desinternação progressiva. Após longo período sem contato social, voltar a sociedade pode ser um choque e a socialização torna-se mais complicada. Por isso a importância de a reintegração ser aos poucos o que a desinternação progressiva proporciona já que oferece atividades educativas, culturais, desportivas e laborais dentro do HCTP e ao mesmo tempo tem o retorno gradual do paciente para a família e a sociedade.

A Resolução 487 é inaplicável, portanto, do ponto de vista médico, já que a internação nesses casos é recomendada pelos psiquiatras não sendo possível o tratamento em leito de saúde mental em Hospital Geral, já que se permanecerem na rua poderão continuar a prática de crimes e nada garante que farão o tratamento, pois se tornará opcional. Ademais, do ponto de vista jurídico, a internação também resulta da prática de um crime, seja ele grave ou não. Possuir um transtorno mental não dá permissão para a pessoa violar os direitos do próximo, mesmo que ele não compreenda os fatos.

Colocar pacientes com transtornos mentais que cometeram os mais diversos crimes com outros pacientes de distintas características coloca a saúde de todos em risco, assim como a segurança.

A alteração drástica proposta pela Resolução interfere no processo penal e na execução penal contradizendo inúmeros artigos, vez que a medida de segurança é implementada no ordenamento jurídico brasileiro. Desta forma, foram propostos projetos para sua sustação além da Ação de Inconstitucionalidade com pedido de suspensão da Resolução.

Os manicômios ficaram marcados na história e no imaginário popular como lugares de tortura e exclusão. Ambientes que deveriam ser de cuidado e tratamento foram transformados em depósitos para isolar aqueles que denegriam a sociedade. O sistema asilar aterrorizou a vida de milhares de pessoas ao longo dos séculos perpetuando um estigma que ainda assola as pessoas que possuem transtornos mentais.

Mas não é uma construção que segregou e torturou pessoas e sim o próprio ser humano. O sistema criado que poderia ter beneficiado centenas de indivíduos foi corrompido e usado para atender os interesses da sociedade que sempre viu com mal olhos os doentes mentais.

A contenção, a exclusão, a violência e a morte não foram nada mais do que ações escolhidas livremente por aqueles que desejavam purificar as cidades dos indesejáveis. Os manicômios foram ajustados para satisfazer os interesses de cada época e não para ajudar aqueles que necessitavam.

Sendo do conhecimento atual o quanto o sistema asilar é cruel e desumano, o mais importante é evitar que ele ocorra novamente. Mas é preciso saber separar o sistema asilar, aquele que impõe torturas e segregação, da internação necessária.

Um paciente em surto psicótico que ataca outras pessoas, precisa ser contido e isolado, medicamentos são necessários na imobilização. Diante dessa situação recorrente, a recusa do tratamento e o perigo que apresenta a si mesmo, torna a internação indispensável. Porém amarras e medicamentos sendo usado de forma abusiva, isolamento intensivo que demonstra o sadismo de quem trata o paciente muda toda a perspectiva. É por isso que as intenções com os métodos usados fazem toda a diferença e precisa ser levada em consideração.

A internação é necessária em muitos casos e por isso deve ser feita da forma mais humanizada possível e pelo tempo estritamente necessário. Muitos pacientes jamais poderão retornar a sociedade, como no caso de alguns que vivem em Residências Terapêuticas, mas tudo deve ser feito respeitando o ser humano que ali se encontra.

A Resolução 487, do CNJ, visa por uma causa nobre, mas de forma precipitada e irresponsável. Talvez com alterações, como propôs o Ministério Público de São Paulo, ela possa vigorar em harmonia com o sistema de saúde e o sistema jurídico.

Os portadores de transtornos mentais sofreram com a rejeição desde os primórdios da humanidade e ainda são deixados de lado nas lutas atuais. O sofrimento infringido por séculos nas instituições foi finalmente abolido pela lei, mas simplesmente encerrar os HCTPs e deixar os pacientes serem cuidado em um sistema precário e sem preparo com a justificativa de estar lutando pelo fim do sistema manicomial nada mais é do que deixar essas pessoas a própria sorte e colocar outras em risco, afinal, uma pessoa com transtornos mentais que comete crime é muito diferente de uma com transtorno mental que não cometeu, o que muda totalmente o tratamento.

O tratamento dos inimputáveis é um desafio para o Direito e para a Medicina que não foi solucionado pela Política Antimanicomial. Enquanto existirem Hospitais de Custódia é importante que eles visem realmente o tratamento do inimputável sem

violar os seus direitos com o máximo respeito e dignidade pelo tempo que for necessária a internação.

## REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. v. 2. Rio de Janeiro: Nau, 2005.

ANF - Agência de Notícias das favelas. **Coletivo leva arte para presídio feminino psiquiátrico em São Paulo**. Disponível em: <<https://www.anf.org.br/coletivo-poetas-do-tiete-arte-para-dentro-dos-presidios/>> Acesso em: 12 mai. 2024.

APM - Associação Paulista de Medicina. **Médicos apontam ressalvas na decisão do CNJ de fechar hospitais de custódia**. Disponível em: <<https://www.apm.org.br/noticias-em-destaque/medicos-apontam-ressalvas-na-decisao-do-cnj-de-fechar-hospitais-de-custodia/>> Acesso em: 6 mai. 2024.

APM - Associação Paulista de Medicina. **Webinar: APM debate fechamento dos hospitais de custódia**. Disponível em: <<https://www.apm.org.br/noticias-em-destaque/webinar-apm-debate-fechamento-dos-hospitais-de-custodia/>> Acesso em: 6 mai. 2024.

BITENCOURT, Cezar Roberto. **Tratado de Direito Penal: parte geral, 1**. 17. ed. São Paulo: Saraiva, 2012.

BOTEGA, Neury J.; DALGALARRONDO, Paulo. **Saúde Mental no Hospital Geral: espaço para o psíquico**. 2 ed. São Paulo: Editora Hucitec, 1997.

BRASIL. **Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940**. Código Penal. Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/del2848compilado.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm)> Acesso em: 05 fev. 2024.

BRASIL. **Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984**. Institui a Lei de Execução Penal. Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L7210.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L7210.htm)> Acesso em: 05 fev. 2024.

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. Disponível em:  
<[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/l10216.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm)> Acesso em: 05 fev. 2024.

BRASIL. **Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940.** Exposição de motivos nº 211, de 9 de maio de 1983 – Código Penal. Disponível em:  
<<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-2848-7-dezembro-1940-412868-exposicaodemotivos-148972-pe.html>> Acesso em: 06 mar. 2024.

BRASIL. **Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940.** Publicação original. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-2848-7-dezembro-1940-412868-publicacaooriginal-1-pe.html>> Acesso em: 06 mar. 2024.

BRASIL. **PDL 81/2023.** Susta a aplicação da Resolução nº 487, de 15 de fevereiro de 2023 do Conselho Nacional de Justiça - CNJ. **Disponível em:**  
<<https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2352341>> Acesso em: 8 mai. 2024.

BRASIL. **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. Disponível em:  
<<https://atos.cnj.jus.br/files/original2015232023022863fe60db44835.pdf>> Acesso em: 10 fev. 2024.

BRITO, Alexis Couto de. **Execução Penal.** 8. ed. São PAULO: SaraivaJur, 2023.

CARRARA, Francesco. **Programa de Derecho Criminal.** Bogotá: Editorial Temis, 1971. v. 1.

CARVALHO FILHO, José dos Santos. **Manual de Direito Administrativo.** 27. ed., São Paulo: Ed. Atlas

CARVALHO, Salo de. **Penas e medidas de segurança no Direito Penal brasileiro**. 3. ed. São Paulo: Saraiva Educação, 2020.

CNMP - Conselho Nacional do Ministério Público. **Sistema Prisional em Números**. Disponível em: <<https://www.cnmp.mp.br/portal/relatoriosbi/sistema-prisional-em-numeros>> Acesso em: 12 mai. 2024.

COHEN, Claudio; SEGRE, Marco; FERRAZ, Flávio Carvalho. **Saúde Mental, Crime e Justiça**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1996.

CONAMP - Associação Nacional dos Membros do Ministério Público. **CONAMP questiona constitucionalidade da Política Antimanicomial do Poder Judiciário**. Disponível em: <<https://www.conamp.org.br/imprensa/noticias/9181-conamp-questiona-constitucionalidade-da-politica-antimanicomial-do-poder-judiciario.html>> Acesso em: 6 mai. 2024.

Consultor Jurídico. **Não-discriminação de pessoas presas e em tratamento de transtornos mentais**. Disponível em: <<https://www.conjur.com.br/2023-jun-15/cascardoe-dias-tratamento-pessoas-transtornos-mentais/>> Acesso em: 6 mai. 2024.

CREMESP. **Crempesp reúne autoridades da psiquiatria e elabora nota pública contra a resolução do CNJ**. Disponível em: <<https://www.cremesp.org.br/?siteAcao=NoticiasC&id=6224#:~:te%20%20xt=O%20Conselho%20Regional%20de%20Medicina,a%20abrigar%20%20%20hoje%20pessoas%20consideradas>> Acesso em: 6 mai. 2024.

COSTA, Nilson do Rosário; TUNDIS, Silvério Almeida. **Cidadania e Loucura: políticas de saúde mental no Brasil**. 6. ed. Petrópolis: Vozes, 2000.

FIRMO, Aníbal Bruno de Oliveira. **Direito Penal**. Rio de Janeiro: Forense, 1967.

FOUCAULT, Michel. **História da Loucura**. 12. ed. São Paulo: Perspectiva, 2019.

FRAGOSO, Heleno Cláudio. **Lições de Direito Penal**. 16 ed. Rio de Janeiro: Forense, 2003.

GRANDINO, Adilson; NOGUEIRA, Durval. **Conceito de Psiquiatria**. São Paulo: Ática, 1985.

GUARESCHI, Neuza Maria de Fátima; REIS, Carolina dos; OLIVEN, Tamara; HUNING, Simone Maria. **Usuários do Hospital-Dia: uma discussão sobre performatividade e saúde mental**. Rev. Mal-Estar e Subjetividade. v. 08, n. 01, Fortaleza, 2008.

HUNGRIA, Nelson. **Comentários ao Código Penal**. Rio de Janeiro: Forense, 1982.

IBGE. **Cidades e estados**. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados.html>> Acesso em: 6 mai. 2024.

MELO, Alberto Luiz Nobre de. **Psiquiatria**. São Paulo: Atheneu Editora, 1970. v. 1.

MOLINA, Antonio García-Pablos de; GOMES, Luiz Flávio. **Criminologia**. 4 ed. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2002.

MONTEIRO, Marcio Miller. **O perigo e as trágicas consequências do fechamento dos manicômios judiciais do Brasil**. Disponível em: <[https://jus.com.br/artigos/106178/o-perigo-e-as-tragicas-consequencias-do-fechamento-dos-manicomios-judiciarios-do-brasil#google\\_vignette](https://jus.com.br/artigos/106178/o-perigo-e-as-tragicas-consequencias-do-fechamento-dos-manicomios-judiciarios-do-brasil#google_vignette)> Acesso em: 2 mai. 2024.

MPSP. **Resolução do CNJ que extingue hospitais de custódia é tema de debate em Brasília**. Disponível em: <<https://www.mpsp.mp.br/w/resolucao-do-cnj-que-extingue-hospitais-de-custodia-e-tema-de-debate-no-ministerio-da-justica>> Acesso em: 2 mai. 2024.

MPSP. São Paulo leva ao corregedor do CNJ pleito de suspensão da Resolução 487. Disponível em: <<https://www.mpsp.mp.br/w/s%C3%A3o-paulo-leva-ao-corregedor-do-cnj-pleito-de-suspens%C3%A3o-da-resolu%C3%A7%C3%A3o-487>> Acesso em: 2 mai. 2024.

MUÑOZ CONDE, Francisco. **Teoria Geral do Delito**. Porto Alegre: Sérgio A. Fabris Editor, 1988.

NUCCI, Guilherme de Souza. **Código Penal Comentado**. 7 ed., São Paulo: Revista dos Tribunais, 2007.

Portal CNJ. Painel de ações estaduais para implementação da Resolução CNJ n. 487/2023. Disponível em: <<https://www.cnj.jus.br/programas-e-acoes/direitos-humanos/politica-antimanicomial-do-poder-judiciario/painel-de-acoes-estaduais-para-implementacao-da-resolucao-cnj-n-487-2023/>> Acesso em: 14 abr. 2024.

Portal CNJ. **Manual da Política Antimanicomial do Poder Judiciário: Resolução CNJ n. 487 de 2023**. Disponível em: <<https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2023/09/digital-manual-antimanicomial.pdf>> Acesso em: 14 abr. 2024.

Portal CNJ. **Perguntas frequentes sobre a Política Antimanicomial do Poder Judiciário**. Disponível em: <<https://www.cnj.jus.br/perguntas-frequentes-sobre-a-politica-antimanicomial-do-poder-judiciario/>> Acesso em: 14 abr. 2024.

Portal CNJ. **Plenário Virtual - 18ª Sessão Virtual de 2023 – Ato Normativo Processo nº 0007026-10.2022.2.00.0000**. Disponível em: <<https://www.cnj.jus.br/plenario-virtual/?sessao=811>> Acesso em: 14 abr. 2024.

Portal CNJ. **Política Antimanicomial do Poder Judiciário**. Disponível em: <<https://www.cnj.jus.br/programas-e-acoes/direitos-humanos/politica-antimanicomial-do-poder-judiciario/>> Acesso em: 14 abr. 2024.

Portal CNJ. **Presos com transtorno mental terão atendimento especializado com Resolução**. Disponível em: <<https://www.cnj.jus.br/presos-com-transtorno-mental-terao-atendimento-especializado-com-resolucao/>> Acesso em: 14 abr. 2024.

Portal CNJ. **Resolução do CNJ traz diretrizes para a aplicação das normas voltadas à saúde mental**. Disponível em: <<https://www.cnj.jus.br/resolucao-do-cnj-traz-diretrizes-para-a-aplicacao-das-normas-voltadas-a-saude-mental/#:~:text=A%20Resolu%C3%A7%C3%A3o%20CNJ%20n.,Reforma%20Psiqui%20atra%3A%20Resolu%C3%A7%C3%A3o%20CNJ%20N.>>> Acesso em: 14 abr. 2024.

Portal Gov.br. **Custo do preso**. Disponível em: <<https://app.powerbi.com/view?r=eyJrljoiMWE0MGI5MmUtZjEyNC00ZmQzLTk2Mm>>

[YtOWFjNzEwOTY0NjkwliwidCI6ImViMDkwNDIwLTQ0NGMtNDNmNy05MWYyLTRiOGRhNmJmZThlMSJ9](https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-brasil/eu-quer-me-exercitar/noticias/2021/o-que-significa-ter-saude)> Acesso em: 6 mai. 2024.

Portal Gov.br. **Dados da Rede de Atenção Psicossocial (Raps) no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Disponível em: <[www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-brasil/eu-quer-me-exercitar/noticias/2021/o-que-significa-ter-saude](http://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-brasil/eu-quer-me-exercitar/noticias/2021/o-que-significa-ter-saude)> Acesso em: 6 mai. 2024.

Portal Gov.br. **O que significa ter saúde?** Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-brasil/eu-quer-me-exercitar/noticias/2021/o-que-significa-ter-saude>> Acesso em: 10 abr. 2024.

Portal Gov.br. **Relatório de informações penais**. Disponível em: <<https://www.gov.br/senappen/pt-br/servicos/sisdepen/relatorios/relipen/relipen-2- semestre-de-2023.pdf>> Acesso em: 6 mai. 2024.

Secretaria da Administração Penitenciária. **Horta terapêutica contribui para o corpo e mente de pacientes do HCTP II de Franco da Rocha**. Disponível em: <<http://www.sap.sp.gov.br/noticias/not2743.html#top>> Acesso em: 12 mai. 2024.

Secretaria da Administração Penitenciária. **HCTP I de Franco da Rocha**. Disponível em: <<http://www.sap.sp.gov.br/cssp/hctp1-franco-da-rocha.html>> Acesso em: 12 mai. 2024.

Secretaria da Administração Penitenciária. **HCTP II de Franco da Rocha**. Disponível em: <<http://www.sap.sp.gov.br/cssp/hctp2-franco-da-rocha.html>> Acesso em: 12 mai. 2024.

Secretaria da Administração Penitenciária. **HCTP I de Franco da Rocha com foco em ações para a saúde mental**. Disponível em: <<http://www.sap.sp.gov.br/noticias/not2373.html#top>> Acesso em: 12 mai. 2024.

Secretaria da Administração Penitenciária. **Pacientes do HCTP I de Franco da Rocha lançam livro inspirado em Carolina de Jesus**. Disponível em: <<http://www.sap.sp.gov.br/noticias/not2501.html#top>> Acesso em: 12 mai. 2024.

SILVA, José Afonso da. **Comentário Contextual à Constituição**. 4 ed. São Paulo: Ed. Malheiros, 2007.

SZASZ, Thomas S. **A Fabricação da Loucura**: um estudo comparativo entre a Inquisição e o movimento de Saúde Mental. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1976.

PALOMBA, Guido Arturo. **Tratado de Psiquiatria Forense Civil e Penal**. 1 ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2003

XIMENES, Nestor Alcebíades Mendes. **Medida de segurança**: humanização e inclusão social das pessoas com sofrimento psíquico em conflito com a lei. Rio de Janeiro: Editora Lumens Juris, 2020.

**ANEXO – CARTA AO HCTP DE FRANCO DA ROCHA**

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO  
Departamento Estadual de Execução Criminal  
DEECRIM 4.<sup>a</sup> Região administrativa – Campinas

Campinas, 29 de setembro de 2023

Ilustríssimo Secretário da Administração Penitenciária do Estado de São Paulo,

Pelo presente, tenho a elevada honra de me dirigir a Vossa Senhoria para apresentar nota de elogio e render minhas homenagens aos Diretores dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico I e II de Franco da Rocha, **Dr. Luis Henrique Negrão e Dra. Luciana Corradine Nabas Candotta**, estendendo-as também às suas equipes.

Em 27 de setembro de 2023, em companhia do Desembargador Gilberto Leme Marcos Garcia, Supervisor do Grupo de Monitoramento e Fiscalização do Sistema Carcerário do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, tive a honra de conhecer os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Franco da Rocha e constatar o trabalho de excelência desenvolvido pelos Diretores Dr. Luis Henrique e Dra. Luciana e suas equipes.

Testemunhei a impecável manutenção dos prédios que abrigam os dois hospitais. O desafio de manter prédios históricos tombados é extremamente complexo, sobretudo na área em que instalados, que se trata de um Parque Nacional, que sofrer com as intempéries climáticas, geradoras de incêndios e enchentes recorrentes.

As unidades hospitalares contam com ímpar estrutura de alojamentos, banheiros, ambulatórios, enfermanas, refeitórios, campos para práticas desportivas, oficinas de trabalho, salas de aula, hortas, entre outros ambientes que oferecem aos pacientes proteção, desenvolvimento de suas habilidades, sociabilidade e plena assistência às suas condições especiais de saúde.

Em ambos os hospitais tive contato com o corpo funcional, que para muito além de desempenharem suas funções com correção e competência, mostraram verdadeira vocação para fazerem o bem.

A todo tempo os pacientes eram chamados pelos seus nomes; todos os servidores conheciam profundamente a condição de cada um. Em inúmeras oportunidades vi manifestações de carinho e gratidão dos pacientes em relação aos servidores. Em 17 anos de magistratura, jamais havia testemunhado tamanho vínculo criado num ambiente de trabalho.

Compartilhei a oferta de alimentação, a forma como é feito o acompanhamento nutricional de cada um dos pacientes, observando suas peculiaridades.



TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO  
 Departamento Estadual de Execução Criminal  
 DEECRIM 4.ª Região administrativa – Campinas

Os pacientes são a todo tempo assistidos e instados a superarem suas limitações. Os objetivos de ambas as equipes ficaram muito claros: superação da incapacidade e estímulo à autonomia.

Ouvi os relatos das assistentes sociais que fazem verdadeiro trabalho de detetives na busca das famílias dos pacientes. Localizadas, as profissionais tentam incessantemente restabelecer os vínculos familiares. A desinternação mostra-se a fase mais complexa do processo de controle da patologia e reintegração. As equipes não poupam esforços para o sucesso da reabilitação.

Emocionei-me profundamente ao assistir parte de uma peça de teatro encenada pelas pacientes da ala feminina. Uma a uma, iam relatando suas experiências e lembranças pontuais de uma vida que, fora dali, pouco lhes deu de amor e esperança.

Assisti mãos habilidosas, orientadas por uma servidora, que faziam lindos panos de prato e tapetes. Havia também algumas obras de arte produzidas naquele singelo ateliê.

Vi muita vida e muita esperança sendo colocadas nos corações dos pacientes pelas equipes, que a mim materializam o verdadeiro espírito de fraternidade.

Os regentes das equipes, Dr. Luis Henrique e Dra. Luciana, nos receberam de portas abertas, demonstraram conhecimento profundo acerca da problemática em torno daqueles que sofrem de transtornos mentais e que violaram no passado bens jurídicos penalmente tutelados. Sempre com o olhar voltado para o futuro dos pacientes e não para o passado deles, narraram suas estratégias, seus projetos, seus objetivos e seus resultados.

Imagina-se na sociedade que os pacientes internados são fadados ao esquecimento dentro de hospitais de custódia. Essa ideia é falsa. Há projetos terapêuticos individualizados (PTS) que efetivamente norteiam todo o tratamento. É certo que não há resultados garantidos, mas há oferta de um tratamento adequado a todos que ali estão internados.

Ressentiu-me, no entanto, ver os diretores e suas equipes extremamente receosos com o futuro das unidades. Ressentiu-me igualmente ver alguns pacientes experimentando a mesma angústia.

Assim, nesta singela homenagem que faço ao trabalho dessas equipes, e o faço em nome dos diretores, Dr. Luis Henrique e Dra. Luciana, registro minha total discordância com o regramento imposto na Resolução 487/2023, do CNJ, que ao invés de ir ao encontro dos interesses dos pacientes, vai de encontro a eles. Os interesses desse grupo que apresenta tamanha vulnerabilidade serão minados sem a assistência que o sistema hoje vem prestando.

Há de se lembrar que esses pacientes, em grande parcela, não têm familiares conhecidos ou com desejo de tê-los novamente em casa. Sozinhos, muitos não terão condições de ter uma vida independente ou até mesmo de manter o tratamento que necessitam. Muitos estarão entregues à própria sorte.



TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO  
 Departamento Estadual de Execução Criminal  
 DEECRIM 4.ª Região administrativa – Campinas

Oxalá seja repensada e redesenhada essa política, de modo a permitir que esses pacientes tenham o devido amparo e assistência.

Finalmente, registro meu orgulho em ser colega de trabalho do Dr. Paulo de Almeida Sorci, pessoa que foi mencionada inúmeras vezes pelas equipes como um grande parceiro na busca da reabilitação desses pacientes. Colega honrado, vocacionado e resiliente.

Nada é por acaso. Todas essas pessoas foram nos sinuosos caminhos da vida colocadas precisamente para atender esse tão especial grupo. A elas, certamente muito é dado, porque, efetivamente, do que vi, delas muito se é exigido. O trabalho é difícil, extenuante, de grande responsabilidade. Os resultados são incertos. As críticas e até perseguições são numerosas. A missão, no entanto, é cumprida à risca. Não se cogita a deserção.

Por parte dessa magistrada, Vossa Senhoria tenha a certeza de que serei uma divulgadora do primoroso trabalho dessas equipes que estão sob vosso comando.

Penitenciando-se pela extensão dos apontamentos, encerro apresentando a Vossa Senhoria respeitosos cumprimentos e votos de sucesso na nobre missão assumida.

LUCIANA NETTO Assinado de forma digital por LUCIANA NETTO RIGONI:26542090835  
 RIGONI:26542090835 2023.10.23 15:04:20 -0300

**Luciana Netto Rigoni**

**Juíza de Direito Coordenadora do DEECRIM 4.ª RAJ – Campinas.**