

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE DIREITO
GRADUAÇÃO EM DIREITO

Letícia Vieira Barros

Política antimanicomial e medida de segurança no Brasil: uma análise crítica do
tratamento penal da loucura à luz da Resolução nº 487 do Conselho Nacional de Justiça

Juiz de Fora

2024

Leticia Vieira Barros

Política antimanicomial e medida de segurança no Brasil: uma análise crítica do tratamento penal da loucura à luz da Resolução nº 487 do Conselho Nacional de Justiça

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Direito na Faculdade de Direito da Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF.

Orientadora: Eliana Conceição Perini

Juiz de Fora

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Vieira Barros, Leticia .

Política antimanicomial e medida de segurança no Brasil : Uma análise crítica do tratamento penal da loucura à luz da Resolução nº 487 do Conselho Nacional de Justiça / Leticia Vieira Barros. -- 2024.

32 f.

Orientadora: Eliana Conceição Perini

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Direito, 2024.

1. Medida de Segurança. 2. Resolução nº 487/2023 do CNJ. I. Conceição Perini, Eliana, orient. II. Título.

Letícia Vieira Barros

Política antimanicomial e medida de segurança no Brasil: uma análise crítica do tratamento penal da loucura à luz da Resolução nº 487 do Conselho Nacional de Justiça

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Direito na Faculdade de Direito da Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF.

Aprovada em 01 de outubro de 2024

BANCA EXAMINADORA

Doutora Eliana Perini - Orientadora
Universidade Federal de Juiz de Fora

Mestre Vanessa Lopes
UFF

Mestre Gabriela Cavalcanti
UFJF

RESUMO

Discute-se as principais orientações voltadas para o sistema de justiça criminal advindas da resolução 487 no que diz respeito à desinstitucionalização/desospitalização dos sentenciados a medidas de segurança, promovendo uma reflexão sobre a atualidade da prática dos tribunais e as diretrizes da reforma antimanicomial (latu sensu e expressamente previstas na Lei 10.216/01). O debate principal do trabalho será sobre a permanência da hospitalização nos hospitais de custódia como método principal de tratamento (medida de segurança de internação), permanecendo seu sentido punitivo baseado na “aferição” da suposta periculosidade do paciente, contrariando as orientações amplamente conhecidas da psicologia e psiquiatria de que os pacientes em saúde mental não devem permanecer longo tempo privados do convívio social em regime de internação. O trabalho aborda o debate sobre disputa que envolve a prescrição do tratamento de internação para pacientes psiquiátricos ao longo da história, mascarando muito mais um intuito de isolar e de “adequar” os desviantes, do que propriamente de constituir um tratamento com eficácia científica comprovada. Outro aspecto abordado é a discussão sobre o conceito de periculosidade que é utilizado para justificar as medidas de segurança e duração delas, compreendendo-se que se trata de um conceito em aberto, pseudocientífico ainda empregado na psiquiatria. Discute-se ainda as condições comprovadas e conhecidas dos hospitais de custódia o BR e os dados existentes sobre medidas de segurança no país, para demonstrar como ainda existem muitas pessoas nessas instituições em condições insalubres e desumanas. Finalmente, apresentam-se os principais pontos da resolução, mostrando qual o seu intuito e relação com outras políticas públicas, além de indicadores sobre sua aplicação na prática.

Palavras-chave: Medida de segurança; Loucura; Reforma antimanicomial; Resolução 487.

ABSTRACT

This paper discusses the main guidelines for deinstitutionalization/dehospitalization of individuals sentenced to security measures (criminal sentences on the mentally ill) on the criminal system since the publication of Resolution 487, which leads to a reflection about the current practices of the courts and about the guidelines of the Brazilian psychiatric reform (broadly defined and explicitly provided in Law 10.216/01). Our research reveals that the continued use of hospitalization in custody hospitals as the main method of treatment (asylum security measure) retains its punitive nature justified by the “diagnosis” of the supposed dangerousness of the patient. This practice contradicts the widely recognized guidelines of psychology and psychiatry, which state that mental health patients should not remain deprived of social interaction in a long-term hospitalization regime. Our work visits the historical discussion involving the prescription of hospitalization treatment for psychiatric patients as a method of concealing the real intention of isolating and “normalizing” the deviant individuals, ignoring scientific evidence of the effectiveness of this sort of treatment. Another aspect addressed is the discussion about the concept of dangerousness, which is used to justify the type of security measure sentence and their duration. The paper argues that dangerousness is an open pseudoscientific concept still employed in psychiatry. Additionally, the research refers to the well-known conditions of custody hospitals in Brazil and the existing data about the sentences on the mentally ill, pointing out how many people still remain in these institutions under unhealthy and inhumane conditions. Finally, the main subjects of Resolution 487 are presented, showing its purpose and relation to other public policies, as well as indicators of its practical application.

Keywords: Mentally ill criminal sentences; Security Measures; Mental illness; Anti-asylum reform; Resolution 487.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	07
	DA DESRAZÃO AO DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO: A	
2	LOUCURA COMO CONSTRUÇÃO SOCIAL.....	08
	A TRAGÉDIA DAS INSTITUIÇÕES PSIQUIÁTRICAS NO BRASIL:	
	DO HOLOCAUSTO BRASILEIRO AOS DESAFIOS PÓS REFORMA	
3	ANTIMANICOMIAL.....	12
	MEDIDA DE SEGURANÇA E REFORMA PSIQUIÁTRICA NO	
4	JUDICIÁRIO BRASILEIRO.....	15
	O INSTITUTO DA MEDIDA DE SEGURANÇA NO DIREITO	
4.1	BRASILEIRO.....	15
	MEDIDA DE SEGURANÇA E REFORMA PSIQUIÁTRICA:	
4.2	INTERSEÇÕES E INSUFICIÊNCIAS.....	17
5	A RESOLUÇÃO nº 487 DE 2023 DO CNJ.....	21
5.1	CONTEXTO E ASPECTOS RELEVANTES.....	21
5.2	IMPACTOS E DESAFIOS.....	24
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	26
	REFERÊNCIAS.....	28

1 INTRODUÇÃO

Este trabalho pretende discutir, de forma crítica, o tratamento penal da loucura, buscando se apropriar das normas e estruturas institucionais existentes no judiciário brasileiro para lidar com a questão do louco infrator. Enfoca-se a Resolução n° 487/2023 do Conselho Nacional de Justiça, visando compreender as inovações trazidas no texto normativo para dar efetividade aos princípios e diretrizes inaugurados pela Lei n° 10.216/01 como resultado da luta antimanicomial no país, assim como os resultados e limitações desde sua entrada em vigor até o presente momento.

Partimos de uma reflexão histórica sobre a construção do imaginário social sobre a loucura e sobre as formas sociais que se desenvolveram para responder aos problemas sociais originados a partir das concepções vigentes sobre a desrazão em cada época. Para tanto, nos apropriamos dos conceitos trabalhados por Foucault em seu “História da Loucura” (2014).

Prosseguimos em um segundo momento com uma análise sobre o caso brasileiro, apresentando o histórico das instituições voltadas para doentes psiquiátricos e o seu legado de violações de direitos humanos. Retomamos relatos e dados sobre o chamado “holocausto brasileiro” com a finalidade de ilustrar os graves problemas que marcam a história das instituições manicomiais no país.

Avançamos então para a compreensão da sistemática jurídico-penal das medidas segurança que são os moldes legais empregados pela justiça criminal para lidar com a questão do louco infrator. Desde sua evolução histórica até a diferenciação entre suas modalidades, até a problemática do conceito de periculosidade, apresentamos as questões mais relevantes para traçar um paralelo entre o tratamento penal da loucura por meio das medidas de segurança e a abordagem diversa encetada pela reforma psiquiátrica e pela luta antimanicomial.

Finalmente, analisamos o contexto e o conteúdo da Resolução n° 487, demonstrando suas principais preocupações no sentido de operacionalizar a desinstitucionalização das medidas de segurança. No mesmo ensejo, reportamo-nos às tentativas de frear as medidas implementadas pela normativa do CNJ e também aos seus principais resultados até o momento.

2 DA DESRAZÃO AO DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO: A LOUCURA COMO CONSTRUÇÃO SOCIAL

Como ponto de partida, é preciso estabelecer desde logo que este trabalho coaduna com as concepções que compreendem o próprio processo de produção de diagnósticos clínicos em saúde mental como um processo datado e marcado pelas condições históricas e políticas de seu tempo. Também é importante deixar bem sedimentado que, embora não se tenha pretensão de negar fatores fisiológicos que por ventura possam estar relacionados a esses diagnósticos, busca-se distanciar de explicações que promovem reduções biologizantes (ou biologicistas) descrevendo os sinais e sintomas patológicos, estabelecendo critérios para se reconhecer o que seria um padrão de normalidade e, por negação, de uma anormalidade nos modos de ser e existir. Também rejeita-se de plano concepções que naturalizam ou avaliam como necessários os processos de institucionalização da loucura e assim acabam por compreender as transformações nos modos de gerir os “problemas” sociais relacionados à questão dos transtornos mentais como evoluções progressivas de um sistema linear.

Na verdade, ao longo deste estudo, pressupõe-se tanto a “loucura” como as instituições a ela vinculadas como resultado de processos históricos e construções sociais, o que quer dizer que ambas são frutos de ações humanas e, por isso, contingenciais e passíveis de transformação (Hacking, 2001).

Nos dizeres de Silveira e Braga (2005, p. 591), no contemporâneo, a sociedade ocidental “produz e naturaliza uma visão do sofrimento psíquico como objeto de intervenção da ciência, seja ela médica ou de outras práticas *psi*”. Sob esse paradigma, atribui-se o rótulo de “doença mental” com um objetivo final de (re)adaptação a um mundo do qual aquele sujeito (doente) não faz parte ou ao qual se mostra estranho. Ao longo da história, entretanto, nem sempre foi assim: a loucura, alienação, doença mental, transtorno mental, sofrimento psíquico nem sempre foram concebidos e acolhidos socialmente da mesma forma. Na verdade, o próprio modo de conceber a loucura influencia diretamente os espaços e as práticas destinadas a ela. Daí a importância de se compreender o que se pode chamar de genealogia da loucura, para que se possa compreender o que está no cerne do fenômeno estudado quando se pretende abordar o tema das medidas de segurança, por exemplo.

A questão da desrazão pode ser identificada em diversas épocas e, inclusive, pode ser notada como elemento essencial da sociabilidade nas mais variadas formações histórico-sociais. A desrazão é entendida como tudo aquilo que uma sociedade enxerga como sendo seu “outro”: a estranheza, a ameaça, a alteridade radical (cf. Pelbart, 1989). Porém, ainda que esse “lugar”

sempre tenha existido, nem sempre a desrazão esteve atrelada à figura do louco. Aliás, em diversas sociedades, a experiência com a loucura nem sempre foi considerada algo negativo ou patologizada. Na Grécia antiga, por exemplo, já foi considerada até mesmo um privilégio.

O final do século XVIII e início do século XIX é marcado por uma mudança da forma de compreensão da loucura. Um dos marcos desse momento é associado ao Alienismo e ao tratamento moral de Philippe Pinel, delimitando os fundamentos para que a loucura se tornasse objeto de uma terapêutica, “colocando-a devidamente em seu lugar na prateleira das patologias” (Moura, 2020, p. 13).

É relatado por Foucault (2014, p. 5) em *História da Loucura* que “em Stuttgart, no ano 1589 o relatório de um magistrado indica que há 50 anos não havia mais leprosos na casa que lhes eram destinadas. Em Lipplingham, o leprosário é logo povoado por incuráveis e loucos”. A descrição desta situação por Foucault retrata um importante momento no período clássico Europeu em os leprosários, instituições tão comuns, se tornaram inúteis após a erradicação da doença, passando a ser prédios vazios.

Com o esvaziamento dos leprosários durante o fim da Idade Média, a imagem construída em volta do leproso - que era a de um indivíduo que deveria ser apartado da sociedade - permanece. Porém outro protagonista assume o conteúdo desta imagem. Em um primeiro momento, os portadores de doenças venéreas assumem esta posição, porém, posteriormente, ela passa a ser ocupada por aqueles que foram estigmatizados com a visão renascentista da loucura.

Durante este processo, Foucault (2014) chama a atenção também para o fato de que, principalmente ao longo do século XVII, observavam-se diversos casos de reclusão de pessoas consideradas insanas cujo objetivo da segregação era primordialmente o de gestão de problemas sociais de ordem econômica ou jurídica, pois tratavam-se de sujeitos tidos como ociosos ou desempregados. Era justamente um momento de fortalecimento dos Estados nacionais e consolidação de uma nova ordem econômica fundada no trabalho assalariado. Desta forma, os que representavam riscos a ordem social deveriam ser detidos e internados.

O crescente número de internações aumentou gradativamente no período, revelando principalmente um o intuito de evitar revoltas em tempos de crise. Durante este período, a reclusão nestes locais era voltada para insanos, doentes, criminosos, libertinos, ociosos, etc. Não havia uma distinção no processo de internação. A reutilização dos prédios dos antigos leprosários possuía o propósito de apartar os improdutivos e os indesejáveis da sociedade.

Moura explica que:

em *Historia da Loucura*, Foucault considera pesquisar de que maneira a loucura é concebida antes de sua psiquiatrização e medicalização, demonstrando de forma profunda que o problema da loucura pende mais como um problema moral do que propriamente médico. Tornou-se, assim, possível, após as exposições foucaultianas, compreender como a loucura foi drasticamente silenciada em nome da “moral”. (Moura, 2020, p. 18)

A imagem da “Nau dos Insensatos” revela muito sobre a experiência da loucura na sociedade europeia durante o período clássico. Os considerados loucos eram não somente movidos para outras localidades visando garantir a segurança dos cidadãos, mas a percepção sobre o próprio embarcar dos indivíduos nestas viagens era permeada por uma concepção atrelada à uma ideia de exílio ritualístico. Foucault (2014, p. 24) observa que neste momento “a loucura não está ligada ao mundo e as suas formas sombrias, mas sim ao homem, as suas fraquezas, seus sonhos e suas ilusões, [...] ela é um sutil relacionamento que o homem mantém consigo mesmo”. A alegoria da “nau dos loucos” acaba por remeter a ideia de “indivíduos que não devem mais estar no meio das pessoas que possuem a razão” (Moura, 2020, p. 21).

O período do Renascimento, entretanto, adiciona outros elementos na percepção e no tratamento da questão da desrazão. A religião e a moral passam a povoar a questão de forma muito mais vívida. Segundo Foucault, pode-se compreender o sentido que a loucura assume neste período por meio da “ruína do simbolismo gótico: como se este mundo, onde a rede de significações espirituais [...], deixando aparecer figuras cujo sentido só se deixa apreenderem sob as espécies do insano” (Foucault, 2014, p. 18). Isso fica muito evidente por meio das representações artísticas renascentistas, nas quais as representações da loucura são relacionadas às “paixões”, aos pecados, a uma disputa por se permitir dominar por estes apelos, sendo que a resistência a estes impulsos é justamente onde reside a questão da (im)pureza e da (i)moralidade.

Mas o período mais decisivo para a edificação do tratamento social (moral e político) da questão da loucura como o vivenciamos no contemporâneo é século XIX. O Tratado Médico-Filosófico sobre Alienação Mental de Pinel de 1801 é tido como o precursor da psiquiatria como especialidade médica (Rammingier, 2002). Roudinesco (1998), explica que o fenômeno da loucura depois de se desvincular do ideário da religiosidade e do misticismo, passa a ser compreendido e abordado de três formas:

[...] a primeira consiste em introduzi-la no quadro nosológico construído pelo saber psiquiátrico e considerá-la uma psicose (paranoia, esquizofrenia, psicose maníaco-depressiva); a segunda visa elaborar uma antropologia de suas diferentes manifestações de acordo com as culturas [...] a terceira, finalmente, propõe abordar a questão pelo ângulo de uma escuta transferencial da fala, do desejo, ou da vivência do louco (psiquiatria dinâmica, análise existencial, fenomenologia, psicanálise, antipsiquiatria). (Roudinesco, 1998, p. 478).

Com o avançar do século XIX a abordagem organicista, com a loucura passando a ser “objeto de uma percepção mais médica e as práticas a respeito dos insanos começam a diferenciar-se das que se destinam aos outros reclusos” (Castel, 1978 apud Engel, 2001, p. 89). À loucura é atribuído o status de doença, transformando-se em objeto de estudo e de intervenção médica (Engel, 2001). A forma como esse processo de modificação na experiência e abordagem da loucura ocorre neste período histórico merece destaque pelo seguinte:

A medicalização não significaria apenas “a simples confiscação da loucura por um olhar médico”, mas, principalmente, a “definição, através da instituição médica, de um novo status jurídico, social e civil do louco”, transformando-o em alienado e fazendo da loucura uma “problemática indissociavelmente médica e social”. (Castel, 1978, apud Engel, 2001, p. 90).

O fato que a loucura tenha se tornado um problema médico e social, permite que uma questão decisiva seja operada: a institucionalização por meio dos manicômios. Ramminger (2002) esclarece que a função mais antiga destas instituições foi a de recolher os loucos, juntamente com outras minorias, isolando-os em edifícios antigos (os leprosários) mantidos pelo poder público ou por grupos religiosos. A partir do século XIX surgiram as instituições que acolhiam apenas doentes mentais, com tratamentos sistemáticos e voltados para estes indivíduos, já com a denominação de manicômios. As condições dessas instituições, entretanto, eram precárias e a maioria dos pacientes não necessariamente possuía diagnóstico de doença mental.

Àquele tempo, os internos eram em também “[...] epiléticos, alcoolistas, homossexuais, prostitutas, gente que se rebelava, gente que se tornara incômoda para alguém com mais poder” (Arbex, 2013, p. 14). Além disso, as condições eram extremamente desumanas, Arbex (2013), em sua pesquisa sobre os manicômios brasileiros do século XIX e XX por exemplo relata que os pacientes comiam ratos, bebiam esgoto ou urina, eram espancados, morriam de frio, de fome, de doença.

Segundo apontam Figueiredo *et al.* (2014), essas instituições justificavam suas práticas com o argumentos que remetiam a uma “limpeza social”, pois estariam “livrando a sociedade” de sujeitos considerados parte de uma “categoria social de desprezíveis e desajustados cujos comportamentos eram indesejáveis” (Figueiredo *et al.* 2014, p. 126). Os manicômios, exerciam assim a função social de disciplinar corpos e comportamentos, atuando como uma tecnologia de poder que visava a atender aos padrões de civilidade produzidos na modernidade a partir do conceito de loucura atualizado para o conceito de doente mental.

3 A TRAGÉDIA DAS INSTITUIÇÕES PSIQUIÁTRICAS NO BRASIL: DO HOLOCAUSTO BRASILEIRO AOS DESAFIOS PÓS REFORMA ANTIMANICOMIAL

Durante o Império no Brasil (e também em outros países), as pessoas consideradas loucas eram destinadas às Santas Casas de Misericórdia, aos asilos ou às casas de correção. Esses estabelecimentos tinham o objetivo principal de isolar e esconder os indivíduos, sem oferecer tratamento. Esta institucionalização constituía um mecanismo precário de controle social, permitindo que qualquer policial de baixa patente internasse uma pessoa considerada "louca" (Correia, 2009).

Já no período republicano, o decreto nº. 1.132 de 22 de 1903 passou a prever expressamente a segregação daquele que por moléstia mental comprometesse a ordem pública ou a segurança das pessoas. Os indivíduos que fossem enquadrados nas disposições deste decreto eram encaminhados para asilos ou casas de correção (embora também estivesse prevista a prisão domiciliar, esta era medida pouco aplicada) (Pedroso, 2018, p. 139). Entretanto, a partir da criação dos manicômios judiciários, estes passaram a ser o destino dos loucos infratores.

Em 1921 foi criado o primeiro manicômio judiciário no Rio de Janeiro, sendo este o primeiro centro psiquiátrico especializado da América Latina. A partir deste momento, diversas instituições desta mesma natureza foram criadas em todo país. (Correia, 2009), tornando-se palco de uma das maiores tragédias humanitárias da história brasileira.

Em “Holocausto Brasileiro”, a jornalista Daniela Arbex (2013) descreve o Hospital Colônia de Barbacena (MG) como um caso emblemático da realidade dos manicômios no Brasil. No hospital, 60 mil pacientes morreram devido a negligência e maus-tratos, incluindo tortura. Há evidências de espancamentos sistemáticos, estupros e métodos violentos de “tratamento”, como choques elétricos de alta voltagem e uso de cordas para amarrar pacientes. A falta de itens básicos, como roupas, camas, cobertores e alimentos, causava sofrimento extremo, com pacientes chegando a comer ratos e beber água de esgoto.

Existem razões que ajudam a explicar porque essa situação absurda perdurou tanto tempo no país. O Hospital Colônia, por exemplo, só veio a ser desativado na década de 1980. Matos-de-Souza e Medrado (2021, p. 165) explicam que a instituição era uma “lucrativa máquina de matar loucos, que percebia seus lucros na medida em que novos internos chegavam, incluindo-se crianças”.

No período da ditadura militar, mais especificamente, o Hospital Colônia tornou-se um aparelho da “indústria da loucura”, visto que, na época, os hospitais psiquiátricos recebiam

valores do Estado que eram pagos em sistema de diária de internação por cada paciente. Neste cenário, o número de leitos em tais hospitais psiquiátricos saltou de 14 mil, em meados dos anos 1960, para aproximadamente 70 mil, em 1970 (Matos-de-Souza; Medrado, 2021).

Na década de 1980, uma série de transformações começam a ocorrer no modelo adotado para o tratamento penal da loucura no país. O Movimento da Luta Antimanicomial ganha força neste cenário em meio a diversas denúncias de improbidade na administração financeira dos hospitais, bem como de violações graves de direitos humanos.

A reforma penal de 1984, por exemplo, alterou o artigo 96 do Código Penal, permitindo o tratamento ambulatorial como medida de segurança. Influenciada pela luta antimanicomial - que problematiza a internação e a institucionalização apontando-as como violações de direitos fundamentais dos pacientes - a reforma levou à mudança de nomenclatura das instituições psiquiátricas do sistema prisional para "Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico" (HCTP). Esta mudança reflete a transição de uma política penal punitiva para uma abordagem que busca oferecer tratamento adequado, em vez de manter indivíduos em instituições precárias e com métodos violentos (Matos-de-Souza e Medrado, 2021)

Um novo modelo assistencial que integra profissionais de saúde mental, usuários e familiares assegurando a integração dos pacientes na comunidade passou a ser a abordagem prioritária das políticas de saúde mental. Em 2001, a Lei nº 10.216 foi promulgada como a principal ferramenta da reforma psiquiátrica e da luta antimanicomial no Brasil. Além de priorizar um tratamento digno e integrado à comunidade, as diretrizes legais buscam assegurar os direitos humanos dos pacientes e preconizar a desinstitucionalização como objetivo estatal.

Neste sentido, foram instituídos serviços substitutivos aos manicômios, como, por exemplo, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e as Residências Terapêuticas. Posteriormente, foi instituída também a chamada Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), prevendo a garantia de tratamento integrado entre as variadas ferramentas e pontos de atenção e saúde mental no acolhimento dos pacientes psiquiátricos.

Entretanto, mesmo depois destes avanços, ainda existem diversas instituições de caráter asilar, com internações de longa duração e violações de direitos fundamentais do paciente psiquiátrico em funcionamento. Os hospitais de custódia apresentam-se como principal foco de permanência da herança dos antigos manicômios judiciários. Problemas sistêmicos como “a falta de avaliação psicológica regular, a ausência de política estatal de reinserção dos doentes e a grave omissão do Judiciário em autorizar a saída” (Coelho, 2105, p. 09) dos pacientes custodiados marcam a realidade ainda atual destas instituições.

Dados do Conselho Federal de Medicina (2023) revelam que, em 31 de agosto de 2023, o Brasil possuía 30 hospitais de custódia e aproximadamente 5 mil pessoas internadas. Os relatórios de inspeção elaborados por extensa pesquisa de campo do Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT) e Conselhos Regionais e Federais de Psicologia indicam a persistência do quadro sistêmico de violações de direitos e de desrespeito à Lei nº 10.216/01 os HCTP.

No relatório de inspeção realizada ao longo do ano de 2018 em 40 dos HCTP existentes no país na época, pode-se ler a seguinte conclusão:

Dentre algumas posturas que denotam características asilares, notamos a ausência de proposta de tratamento para a internação, tornando-a um fim em si mesma; a perpetuação de moradoras(es) no interior das instituições; a realização de intervenções sem consentimento; a violação das correspondências ou monitoramento de contatos telefônicos e a ausência de articulação com a rede extra-hospitalar para a continuidade do cuidado pós-alta. Dentre as relacionadas aos maus-tratos, tratamento desumano e degradante, encontramos a insuficiência e a má qualidade de alimentação e água potável; banho frio e banheiros sem porta; indícios de apropriação indevida de recursos financeiros das pessoas internadas,[...] exploração da força de trabalho das pessoas internadas; castigos corporais, isolamento; contenção mecânica irregular e uso excessivo de medicação são algumas das violações que se destacam em ambas categorias. (CFP, 2018, p. 500)

Justamente em razão desta realidade que ainda impera nos HCTP, o CNJ publicou a Resolução nº 487/2023, com o intuito de implementar de forma mais efetiva e abrangente as diretrizes da reforma antimanicomial no poder judiciário, especialmente em relação às medidas de segurança.

4 MEDIDA DE SEGURANÇA E REFORMA PSIQUIÁTRICA NO JUDICIÁRIO BRASILEIRO

4.1. O INSTITUTO DA MEDIDA DE SEGURANÇA

Até 1940, as medidas de segurança (MS) não estavam desenvolvidas na legislação brasileira¹. Com a edição do Código Penal de 1940, o Brasil começou a prever essas medidas, estabelecendo dois requisitos para sua aplicação: o cometimento do delito (comprovação de materialidade e autoria) e a periculosidade do agente, sendo este último o elemento central na lógica das medidas de segurança do ponto de vista jurídico penal.

O sujeito a quem a medida de segurança foi dirigida enquanto gênero de sanção, ao tempo da promulgação do CP da década de 1940, também englobava os imputáveis, não somente os inimputáveis e semi-imputáveis, como passou a ser a partir da reforma de 1984. Atualmente, entretanto, a lei penal não permite mais que indivíduos considerados imputáveis recebam medidas de segurança.

Com a atual redação, o Código Penal (Brasil, 1984, art. 26) prevê que 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”. Esses indivíduos, na definição jurídica, são aqueles que não têm capacidade para serem destinatários da lei penal (ou por não conseguirem compreender o caráter ilícito de suas condutas ou por serem incapazes de se autodeterminar).

Entre a imputabilidade (plenitude de responsabilidade penal) e a inimputabilidade (ausência de responsabilidade penal), o Código Penal fala também em semi-imputabilidade, como um tipo de “zona intermediária”, definindo o semi-imputável o indivíduo que no momento da conduta delitativa não era totalmente capaz de compreender a ilicitude dos fatos e autodeterminar sua conduta em conformidade com a legalidade (Brasil, 1984, art. 26, § único).

As medidas de segurança podem ser de duas espécies: a medida de segurança de internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico (medida de segurança detentiva -

1 De fato, o código criminal do império (1830)[#] e o código republicano (1890)[#] destinavam providências com as características de uma medida tipicamente penal aos “loucos” e “indivíduos isentos de culpabilidade em resultado de afecção mental”, a serem impostas e executadas por juízes. Entretanto, o tratamento penal fornecido ao louco processado e sancionado criminalmente não era diverso daquele oferecido aos demais loucos que não haviam sido acusados da prática de delitos e submetidos a processos criminais. Respostas estatais como retornar o indivíduo para a família e a internação em manicômio eram possíveis e constantes independente da questão criminal.

art. 96, I, CP) e a medida de segurança para tratamento ambulatorial (medida de segurança restritiva - art. 96, II, CP).

O Código Penal brasileiro prevê que o inimputável deve ser submetido à medida de internação em hospital de custódia e tratamento (Brasil, art. 97, caput, 1ª parte). No entanto, se o crime for punível com detenção e as condições pessoais do agente forem favoráveis, pode ser aplicada a medida de tratamento ambulatorial (Brasil, art. 97, caput, 2ª parte), com possibilidade de substituição por internação se necessário (Brasil, art. 97, § 4). Para o semi-imputável, o art. 26, § único, combinado com o art. 98 do CP, prevê a redução proporcional da pena em caso de condenação ou, em caso de absolvição imprópria, a imposição de qualquer medida de segurança, seja internação hospitalar ou tratamento ambulatorial.

A duração das medidas de segurança depende do exame de cessação de periculosidade, mas não possuem prazo determinado. Isso significa que um indivíduo pode, em teoria, cumprir a medida por um período superior ao máximo previsto para a pena do crime cometido, caso o perito não considere possível o encerramento do tratamento. A discussão sobre a duração das medidas de segurança e a necessidade de limites temporais compatíveis com o regime democrático pós-1988 é altamente controversa e amplamente debatida entre juristas, psicólogos e psiquiatras. Atualmente, o STF entende que as medidas de segurança não devem exceder a pena máxima prevista para o delito cometido.

Para avaliar a (in)imputabilidade de um acusado penalmente, é necessário instaurar um incidente de insanidade mental, conforme o art. 149 e seguintes do Código de Processo Penal. Esse procedimento envolve a realização de um exame, geralmente em hospitais de custódia ou em outro estabelecimento designado pelo juízo, que consiste em uma perícia técnica. Ao final do exame de (in)sanidade mental, o laudo é anexado nos autos do processo para que o juiz responsável pela causa possa homologá-lo (caso não exista nenhuma inconsistência).

Atualmente, a relação rígida entre o tipo de crime (detenção ou reclusão) e a condição do réu (inimputável ou semi-imputável) com a medida de segurança prescrita pelo Código Penal tem se flexibilizado devido à influência da luta antimanicomial. O Superior Tribunal de Justiça, no informativo nº 662 (Brasil, 2020), e no julgamento do EREsp nº 998.128/MG (2019), estabeleceu que a aplicação do art. 97 do Código Penal deve considerar a periculosidade do agente, e não a natureza da pena privativa de liberdade, permitindo ao juiz escolher o tratamento mais adequado. No entanto, é comum que alguns julgadores, incluindo ministros de tribunais superiores, ainda sigam a lógica do Código Penal e evitem aplicar medidas de segurança ambulatoriais a acusados inimputáveis condenados por crimes com penas de reclusão.

Como se vê, o acórdão no EResp nº 998.128 estabelece que a modalidade de medida de segurança deve ser determinada pela “periculosidade do agente”. Na prática, essa periculosidade é avaliada pelo perito no incidente de insanidade mental, e a decisão sobre a medida de segurança geralmente se baseia na opinião do médico psiquiatra forense. Embora o juiz não esteja obrigado a seguir o laudo, esta é a prática predominante no sistema judiciário brasileiro atual.

A lógica da medida de segurança no direito penal brasileiro revela-se anacrônica e contraditória em relação à luta antimanicomial, pois considera o tratamento ambulatorial como exceção. Além disso, os fundamentos científicos da psicologia moderna sobre saúde mental são amplamente ignorados, resultando em pouca atenção a argumentos que poderiam prevenir a internação ou promover a desinternação dos indivíduos sujeitos a essas medidas.

Se o ideário da modernidade criou as condições de possibilidade para que o “louco” fosse visto como indigno, como indivíduo que precisa de uma “correção” – ainda que violenta – e de ser afastado do convívio dos “normais” para se tornar objeto de intervenção médico-psiquiátrica, é importante avaliar como, mesmo depois da reforma antimanicomial na legislação brasileira, a institucionalização como método de punição e disciplina corretiva permanece em vigor, avalizada pelo “carimbo médico” da psiquiatria forense.

4.2. MEDIDA DE SEGURANÇA E REFORMA PSIQUIÁTRICA: INTERSEÇÕES E INSUFICIÊNCIAS

Salo de Carvalho adverte que

O caráter punitivo das medidas de segurança é uma das principais denúncias realizadas pela criminologia crítica e pela crítica do direito penal a partir da década de 70 do século passado. A exposição da incapacidade de as instituições totais (prisões e manicômios) realizarem minimamente as finalidades expostas em sua programação oficial (ressocializar o imputável e reduzir a periculosidade dos inimputáveis) deflagrou um amplo processo de desconstrução dos mitos fundantes do sistema punitivo. Dentre outros mitos, a ausência da perspectiva punitiva (retributiva) das medidas de segurança. (Carvalho, 2013, p. 508-509).

No âmbito do Poder Judiciário brasileiro, mesmo com o reconhecimento expresso de que a medida de segurança, “embora não seja pena em sentido estrito, é medida de natureza penal” (Brasil, 2015), a operacionalidade da imposição desta sanção e a mentalidade dos psiquiatras forenses e dos próprios operadores do direito revela que a essência punitiva do tratamento da loucura pelo Estado permanece viva, em descompasso com mudanças

paradigmáticas provocadas pela reforma antimanicomial em outros segmentos do direito e das políticas públicas da área de saúde e assistência social.

Um dos traços mais evidentes desta incoerência reside na correlação estabelecida pelos psiquiatras forenses e pelos operadores do direito entre periculosidade e a espécie da medida de segurança aplicada. Se a noção de periculosidade por si só já carrega um agudo problema de anacronismo (e incorreção) científica, a sua vinculação à necessidade de institucionalização (medida de segurança detentiva) como expressão da gravidade do fato cometido, por sua vez, demonstra a sobrevivência da lógica inerente à pena no âmbito da medida de segurança.

O Código Penal de 1940 define periculosidade como a probabilidade de delinquir e a indica como o próprio fundamento da medida de segurança. Ribeiro afirma que

A periculosidade, a par de configurar-se um conceito indefinido e indefinível, de caráter quase oracular, que produz as respostas padronizadas a comportamentos padronizados de crise, violência, crime e reclusão “torna-se o principal atributo do louco e paradoxalmente vai produzir ícones poderosos como a diferenciação entre imputabilidade e inimputabilidade, necessidade de segregação por meio da ‘defesa social’ e o aparecimento das medidas de segurança no final do século XIX.” (Ribeiro, 2016, p. 145)

Bissoli Filho destaca que “a teoria da periculosidade restou tributária quase que exclusivamente de construções dogmáticas. O conceito de personalidade perigosa, produzido unicamente pela Dogmática Penal, é vago, confuso e caracterizado pela subjetividade.” (Bissoli Filho, 1988, p.169). No campo da psiquiatria forense, autores como Camargo *et al.* (1995) apontam a necessidade de uma revisão do conceito de periculosidade utilizado por peritos forenses, pois, segundo afirmam, trata-se de um conceito meramente axiomático, sem valor teórico do ponto de vista de uma metodologia científica rigorosa.

Os tratamentos de que falam a lei da reforma antimanicomial (Lei nº 10.216/01) tem como base o melhor interesse e necessidade do paciente em relação à preservação e promoção de sua saúde e dignidade, a medida de segurança por sua vez tem como objetivo a proteção social. Se, para a reforma antimanicomial, é a saúde e bem estar do paciente inserido na comunidade que deve ser preconizada, para o sistema punitivo da medida de segurança, o mais relevante é a defesa social contra os perigos prováveis de serem causados pela conduta do indivíduo.

Assim, diante dos riscos que a liberdade do sujeito da medida de segurança supostamente causaria à coletividade (riscos estes identificados sob o signo da punitividade), a justiça criminal tem autorização para impor a sua internação em hospital de custódia. Um detalhe relevante sobre estas instituições, porém, é que elas são vinculadas ao Sistema Penitenciário – embora possuam status como estabelecimentos hospitalares públicos – e não

integram o Sistema Único de Saúde (SUS), o que faz com que não sigam os seus princípios e diretrizes (Jacobina, 2004).

A internação, no âmbito penal, é vista como uma sanção para delitos puníveis com reclusão e não como uma ferramenta terapêutica. Os hospitais de custódia, mesmo com sua conhecida herança desumanizadora dos manicômios judiciários, são considerados adequados pelos operadores do direito, de forma acrítica.

A incoerência entre a aplicação prática das medidas de segurança e as diretrizes da reforma antimanicomial no país podem ser atestadas empiricamente. A pesquisa de Bravo (2007) a partir dos laudos dos pacientes da ala psiquiátrica do presídio da Colméia (Gama – DF), revela que

Os diagnósticos não mantêm uma lógica clínica de associação com o fato cometido e outras características pessoais dos sujeitos analisados, mas sim operam apenas como justificador dessa sanção de periculosidade. [...]. A suposta assepsia dos discursos jurídico-diagnósticos desses laudos lhes permite tomar distância das conseqüências institucionais e subjetivas da sua aplicação. [...]. O conteúdo ideológico desse discurso psiquiátrico-legal aparece de forma mais evidente nas considerações presentes em muitos dos laudos sobre a relação entre a origem social dos sujeitos, seu nível de inteligência, sua disposição para o trabalho e/ou o estudo e a manutenção do diagnóstico de periculosidade. (Bravo, 2007, p. 35)

Abdallah-Filho (2003) afirma que não existem diretrizes claramente definidas para orientar os procedimentos dos psiquiatras forenses na realização das perícias do ponto de vista ético e igualmente não existem orientações de caráter técnico específico. Essa ausência explica porque não há uma padronização e uma sistematização da avaliação do que é a periculosidade (Mecler, 2010).

A pesquisa de Santana e Alves (2015) mostrou que profissionais de manicômios judiciais têm visões conflitantes sobre a função dessas instituições, oscilando entre uma concepção de cuidado da saúde e outra punitiva/prisional. Segundo a pesquisa, predomina a ideia de que esses manicômios servem principalmente para punir e controlar os indivíduos, visando proteger a sociedade.

Mesmo em situações em que a indicação da medida de segurança menos gravosa parte do laudo psiquiátrico, nota-se que o judiciário no Brasil tende a se basear não na indicação médica, mas naquilo que diz a lei em relação ao crime praticado. A pesquisa de Ramos (2002) a partir de estudos de processos penais no estado de São Paulo concluiu, por exemplo, que:

os juízes, embora concordem com a assessoria técnica fornecida pelos psiquiatras no que concerne à diminuição da capacidade de imputação, consideram a questão da medida de segurança uma questão penal, em consonância com o próprio Código Penal Brasileiro, e não uma questão médica e, portanto, pautada não pelo diagnóstico, mas pelo crime cometido. Daí o réu iria para internação ou ambulatório na dependência do

crime ser punível com reclusão ou com detenção e não de acordo com o quadro psicopatológico do mesmo. (Ramos, 2002, p. 80-81)

A pesquisa com dados nacionais levantados por pesquisa de Rossi (2015), por sua vez, demonstra que, a *contrario sensu* da legislação da reforma psiquiátrica, os indivíduos internados no Brasil não possuíam, em sua maioria, histórico que remetesse à prática de delitos anteriores – o que revela que a análise de sua periculosidade deu-se como decorrência natural do próprio delito cometido e de seu diagnóstico. Concluiu a autora que:

Dos 2.839 indivíduos em medida de segurança no Brasil cerca de 69% (1.963) dos indivíduos não haviam cometido nenhuma infração penal anterior à que conduziu a atual medida de segurança, ou seja, antes de suas internações e, assim, poderiam ser considerados réus primários. A primariedade é um dos fatores que favorece aplicação de medida alternativa à reclusão para os crimes de baixo potencial ofensivo no sistema penal comum, mas no caso de loucos infratores é ignorado. (Rossi, 2015, p. 83)

Nisiide *et al.* (2021)², estudando a realidade do Tribunal de Justiça do Paraná, observaram que em pedidos de desinternação realizados pela defesa de pacientes internados cumprindo medida de segurança, nenhuma foi exitosa na desinternação do usuário sob o fundamento da Lei no 10.216/01 (Nisiide *et al.*, 2021, p. 130). Os autores puderam verificar que as decisões afirmam claramente “que não há incongruência entre a Reforma Psiquiátrica e a internação nestes estabelecimentos” (*idem*). Em mais da metade (52,1%) dos casos analisados, os julgadores alegaram que “o escopo da Lei 10.216/2001 e a medida de segurança prevista na lei penal são distintos, na origem e na razão de existir”. Para os desembargadores, a “Lei Antimanicomial zela pelos portadores de transtornos mentais que não cometeram crimes, a legislação penal tem por fim submeter aos autores de crimes o tratamento compulsório” (*idem*).

Há, assim, uma evidente contradição entre as medidas de segurança e os princípios da reforma antimanicomial. Apesar dessa discrepância no ordenamento jurídico, têm surgido propostas para alinhá-las, orientando instituições e juízes sobre a aplicação das MS na seara penal. Um exemplo recente desses esforços é a resolução n° 487/2023 do Conselho Nacional de Justiça, que busca avançar na integração dos princípios antimanicomiais no direito penal.

² A pesquisa, reforçando as conclusões dos outros estudos mencionados, também concluiu o seguinte: “Constatamos também que, embora velada, a gravidade do delito é um fator determinante para as decisões, demonstrando que os desembargadores estabelecem analogias com as penas comuns para proferir suas sentenças. O diagnóstico de alguma doença mental também é relevante nas decisões, ou seja, constatamos uma associação entre periculosidade e doença mental, como se o simples fato de o interno receber um diagnóstico implicasse uma propensão à criminalidade”. (Nisiide *et al.*, 2021, p. 131)

5 A RESOLUÇÃO 487 DE 2023 DO CNJ

5.1. CONTEXTO E ASPECTOS RELEVANTES

A Resolução nº 487/2023 do CNJ estabelece a Política Antimanicomial no Poder Judiciário, definindo diretrizes para implementar a Convenção Sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD) e a Lei nº 10.216/01 no processo penal e na execução das medidas de segurança. Embora o CNJ já tenha publicado a Resolução nº 113/2010 e a Recomendação nº 35/2011 sobre execução de penas e medidas de segurança, a Resolução nº 487/2023 oferece diretrizes mais abrangentes e detalhadas.

O texto de 2023 revisita normativas brasileiras e internacionais, destacando a Lei nº 10.216/01 (Lei da Reforma Psiquiátrica), a Constituição Federal, o Código Penal, o Código de Processo Penal, a Lei Brasileira de Inclusão (Lei nº 13.416/2015), e a CDPD, para alinhar a base legal com os direitos humanos no tratamento penal da saúde mental. A disposição mais relevante a se destacar é a de que a internação psiquiátrica deve ser considerada uma medida extrema e somente usada como último recurso, proibindo internações em instituições com características asilares (inclusive os HCTP).

A Lei nº 10.216/01 trouxe mudanças significativas para a política de assistência em saúde mental no Brasil. No entanto, alguns aspectos legais ainda permitem que internações de longa duração continuem ocorrendo. Por exemplo, a lei prevê que a internação só deve ocorrer quando os recursos extra-hospitalares forem insuficientes, o que mantém a possibilidade de internação como uma opção residual.

Na justiça criminal, as internações por medidas de segurança não seguem a lógica residual, sendo a internação a norma. Apesar da mudança de nome para Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP), essas instituições continuam funcionando como manicômios judiciários, marcados pela segregação e contenção física ou química, dentre outras práticas (Caetano e Tedesco, 2021) que contrariam a Lei nº 10.216/02 e os princípios de tratamento eficaz propostos pela saúde mental.

Neste sentido, a própria lógica da medida de segurança vai contra a essência da Lei nº 10.216. Na prática, a execução das medidas de segurança acaba perpetuando a manutenção de uma lógica punitiva e asilar, acaba conduzindo “à cronificação do transtorno mental mesmo nos quadros clínicos menos graves, o que é facilmente verificável logo ao primeiro contato com qualquer manicômio judiciário” (Caetano; Tedesco, 2021, p. 200).

Nos HCTP vigora um quadro sistêmico de inobservância de questões essenciais no cuidado com a saúde mental, como por exemplo a elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS), “que pretende que o profissional de referência, em conjunto com o indivíduo e sua família, planeje, acompanhe e avalie seu percurso terapêutico” (Oliveira; Dias, 2018, p. 12). Além disso, muitos dos internos não são periodicamente avaliados, permanecendo institucionalizados por longos períodos e assim, sofrendo com aprofundamentos de seus quadros clínicos.

A Resolução nº 487 estabelece diretrizes claras para o poder judiciário em relação à adoção dos princípios da política antimanicomial nas medidas de segurança. O Art. 3º, por exemplo, proíbe métodos degradantes, a internação sem base terapêutica, e exige que as decisões dos magistrados sejam tomadas em diálogo constante com as equipes da rede de atenção psicossocial:

Art. 3º São princípios e diretrizes que regem o tratamento das pessoas com transtorno mental no âmbito da jurisdição penal: [...]

V – a adoção de política antimanicomial na execução de medida de segurança;

VI – o interesse exclusivo do tratamento em benefício à saúde, com vistas ao suporte e reabilitação psicossocial por meio da inclusão social, a partir da reconstrução de laços e de referências familiares e comunitárias, da valorização e do fortalecimento das habilidades da pessoa e do acesso à proteção social, à renda, ao trabalho e ao tratamento de saúde;

VII – o direito à saúde integral, privilegiando-se o cuidado em ambiente terapêutico em estabelecimentos de saúde de caráter não asilar, pelos meios menos invasivos possíveis, com vedação de métodos de contenção física, mecânica ou farmacológica desproporcional ou prolongada, excessiva medicalização, impedimento de acesso a tratamento ou medicação, isolamento compulsório, alojamento em ambiente impróprio e eletroconvulsoterapia em desacordo com os protocolos médicos e as normativas de direitos humanos;

VIII – a indicação da internação fundada exclusivamente em razões clínicas de saúde, privilegiando-se a avaliação multiprofissional de cada caso, pelo período estritamente necessário à estabilização do quadro de saúde e apenas quando os recursos extra hospitalares se mostrarem insuficientes, vedada a internação em instituição de caráter asilar, como os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTPs) e estabelecimentos congêneres, como hospitais psiquiátricos; [...] (Brasil, 2023)

A Resolução enfatiza que a medida de segurança ambulatorial deve prevalecer sobre a internação, que só pode ocorrer em casos excepcionais, prescritos por uma equipe especializada da rede RAPS. Ela também proíbe a execução precária da internação em unidades prisionais comuns. A Resolução ainda exige reavaliações periódicas com a equipe de saúde da RAPS, visando o rápido retorno dos internos à vida em comunidade. Assim:

Art. 12. 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. [...]

§ 5º A autoridade judicial avaliará a possibilidade de extinção da medida de segurança, no mínimo, anualmente, ou a qualquer tempo, quando requerido pela defesa ou indicada pela equipe de saúde que acompanha o paciente, não estando condicionada ao término do tratamento em saúde mental.

Art. 13. 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. [...]

§ 3º Recomenda-se à autoridade judicial a interlocução constante com a equipe do estabelecimento de saúde que acompanha a pessoa, a EAP ou outra equipe conectora, para que sejam realizadas avaliações biopsicossociais a cada 30 (trinta) dias, a fim de se verificar as possibilidades de reversão do tratamento para modalidades em liberdade ou mesmo para sua extinção. (Brasil, 2023)

Além de novos parâmetros para análise de casos individuais, a Resolução prescreve medidas de política prisional. Seu texto prevê que em até 6 meses após sua entrada em vigor, todas as internações em curso sejam reavaliadas pelas autoridades judiciárias. Além disso, determina que, dentro desse prazo, hospitais de custódia sejam parcialmente interditados (proibindo-se novas internações) e que, no prazo de 12 meses, sejam totalmente interditados e fechados.

Art. 16. 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; [...]

Art. 18. 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. (Brasil, 2023)

É notável, assim, que a Resolução trouxe objetivos e determinações explícitas, direcionadas para as autoridades judiciárias, para efetivar no âmbito criminal o que o texto da Lei nº 10.216/01 salvaguarda há mais de 20 anos. Entretanto, apesar dos avanços que a normativa do CNJ busca promover no campo da saúde mental e sistema prisional, ainda existem muitos entraves ao seu cumprimento e até mesmo tentativas de resistir e reverter as medidas previstas.

5.2. IMPACTOS E DESAFIOS

A Secretaria Nacional de Políticas Penais do Ministério da Justiça e Segurança Pública, através do Sisdepen, revelou que 2.736 pessoas (0,33% da população prisional) cumprem medida de segurança atualmente (Bandeira, 2024). Deste contingente, 586 cumprem a modalidade ambulatorial junto aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), ferramenta que compõe

Além disso, 16 estados (8 na Região Nordeste, 3 na Região Norte, 3 na Região Sul, 1 na Região Sudeste e 1 na Região Centro-Oeste) já providenciaram a interditar total ou parcialmente estabelecimentos, alas ou instituições congêneres de custódia e tratamento psiquiátrico (Conjur, 2024).

O poder judiciário, por meio dos Comitês Estaduais Interinstitucionais de Monitoramento da Política Antimanicomial (Ceimpa) e dos grupos de trabalho dos Grupos de Monitoramento e Fiscalização dos Sistemas Carcerário e Socioeducativos (GMFs), está desenvolvendo estratégias locais para se articular com a rede RAPS e promover a desinstitucionalização. Embora de forma desigual e lenta, há um movimento significativo na justiça criminal para implementar as diretrizes da Resolução nº 487.

Apesar dos esforços notáveis, ainda há franca resistência contra a aplicação integral do que prevê a normativa. Um dos motivos advém da própria força normativa débil que as resoluções possuem. Diferente das disposições de leis e decretos, as resoluções do CNJ possuem um poder vinculante muito menor, sendo, por isso mesmo, ignorada por muitos magistrados.

Além disso estão em tramitação ações diretas de inconstitucionalidade que impugnam a Res. 487 do CNJ, como a ADI nº 7389 (impetrada pelo Partido Podemos) e nº 7454 (impetrada pela Associação Brasileira de Psiquiatria). Nesta mesma linha, encontra-se em julgamento também a ADPF 1076 (impetrada pelo Partido União Brasil. Além das ações constitucionais, o Projeto de Decreto de Lei 81/2023 que tramita na Câmara dos Deputados, de autoria do deputado Kim Kataguirí (União-SP), propõe a suspensão da resolução.

O deputado Kim Kataguiri argumenta que "não há margem legal para que este ato normativo secundário crie qualquer tipo de direito baseado exclusivamente nos termos definidos pelo mesmo" (Júnior, 2023). Ele sustenta que o CNJ não tem competência para criar direitos e obrigações não previstos em lei, tarefa que deveria seguir o trâmite legislativo comum. Além disso, afirma que o CNJ não pode impor uma agenda de política pública ao poder judiciário.

O Conselho Federal de Medicina e a Associação Brasileira de Psiquiatria também apoiaram a manifestação publicada em 08 de maio de 2023 contra o fechamento dos HCTP. Em nota alarmista, entidades representativas da categoria dos médicos publicaram o seguinte:

Faltam sete dias para, 5.800* criminosos (matadores em série, assassinos, pedófilos, latrocidistas, dentre outros) sentenciados que cumprem penas em Hospitais Psiquiátricos de Custódia comecem a soltos se valendo do disposto na Resolução nº 487 do Conselho Nacional de Justiça. Esse documento é um perigo para a população brasileira, pois determina o fechamento desses Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico e diz que todas essas pessoas (criminosos) voltariam para a sociedade e fariam tratamento junto com a comunidade, se assim, essas pessoas quiserem. [...] Nós, médicos, não fomos consultados sobre essa medida que trará mudanças profundas para a saúde mental pública brasileira e também para a segurança pública, mas nos reunimos e viemos publicamente, mais uma vez, nos manifestar contra a Resolução nº487. São muitos alertas! O sistema público de saúde e o sistema prisional comum não estão preparados para receber todas essas pessoas, por isso haverá abandono do tratamento médico, aumento da violência, aumento de criminosos com doenças mentais em prisões comuns, recidiva criminal, dentre outros prejuízos sociais. Estamos diante de uma situação calamitosa e urgente, pois a partir de 15 de maio de 2023 a Resolução começará a valer e mais nada poderá ser feito, por isso precisamos que essa decisão seja revogada. (CFM, 2023)

Como se pode ver, o conteúdo utilizado pelos detratores para impor resistência à vigência dos dispositivos da Resolução nº 487 do CNJ abrange desde discussões formalistas sobre o processo legislativo a discursos de pânico moral sobre segurança pública. Enquanto essas batalhas são travadas no debate político, também são travadas disputas no campo interpretativo para aplicação das diretrizes da resolução caso a caso nas varas criminais de todo o país. Assim, a reforma antimanicomial tenta avançar, mas a passos lentos, desordenados e insuficientes para garantir a dignidade dos loucos infratores.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A questão do tratamento penal da loucura no Brasil é marcada pela posição socialmente atribuída ao portador de sofrimento mental ao longo da história, refletindo-se nas instituições de controle social. As violações de direitos humanos nas instituições psiquiátricas e manicômios judiciários brasileiros são incontestáveis, ocorrendo com a conivência do poder judiciário. A consolidação do capitalismo nas sociedades ocidentais intensificou a necessidade de isolar os indivíduos considerados "loucos", especialmente aqueles que confrontam a ordem estabelecida, levando o poder judiciário a tratá-los como corpos a serem controlados e afastados do convívio social por serem vistos como perigosos.

O tratamento penal da loucura, baseado no estigma da periculosidade, classifica os loucos infratores como inimputáveis ou semimputáveis, impondo-lhes medidas de segurança que, sob a retórica do tratamento, na verdade, cumprem fins punitivos. Essas medidas geralmente envolvem a internação em hospitais de custódia, apesar de a legislação penal prever a possibilidade de medidas ambulatoriais.

O problema das medidas de segurança de internação no Brasil resulta na institucionalização prolongada em estabelecimentos com características asilares, onde as condições são insalubres e os internos sofrem graves violações de direitos humanos, além de regressão clínica. Em resposta a essa realidade, os movimentos de reforma psiquiátrica e luta antimanicomial conquistaram avanços, como a Lei nº 10.216/01. Essa lei estabeleceu uma política de saúde mental que prioriza a liberdade, a reintegração na comunidade, o acesso a tratamentos de qualidade, a participação familiar e a proteção da dignidade dos indivíduos com transtornos psiquiátricos.

Entretanto, no âmbito do poder judiciário, 20 anos após a publicação da referida lei, ainda encontra-se muita resistência e dificuldade para a implementação das diretrizes e princípios da reforma antimanicomial. Por essa razão, o CNJ publicou a Resolução nº 487 em 2023, visando dar efetividade para as medidas de desinstitucionalização da saúde mental no âmbito das medidas de segurança. Assim, a prioridade das medidas de segurança ambulatorial, a necessidade de acompanhamento das equipes da rede RAPS e até mesmo a interdição dos HCTP entraram no horizonte do poder judiciário de forma mais direta e taxativa.

Mesmo com certa adesão de diversos estados promovendo interdições dos HCTP e com a conseqüente redução da população cumprindo medida de segurança de internação, a Resolução nº 487 enfrenta oposição de setores conservadores e da categoria médica, de modo

que tramitam ações constitucionais que visam suspender a medida, além de um projeto de lei com o mesmo objetivo.

Em conclusão, ainda há muito a caminhar no âmbito da justiça criminal para que se possa dar efetividade aos princípios da luta antimanicomial. É certo que o fortalecimento da rede de assistência psicossocial junto ao SUS é um fator determinante para possibilitar o acolhimento dos loucos infratores, mas uma mudança do estigma socialmente construído sobre a loucura também é de extrema importância para que discursos fundados no temor da “periculosidade” destes sujeitos não tenham tanta aderência no debate público.

REFERÊNCIAS

ABDALLA-FILHO, E. Objectivity and subjectivity in forensic psychiatry. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 35, n.2, 2013.

ARBEX, Daniela. **Holocausto Brasileiro**. São Paulo: Geração, 2013.

BANDEIRA, Regina. **Política antimanicomial: Estados e municípios terão mais prazo para implementação**. Agência CNJ de notícias. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/politica-antimanicomial-estados-e-municipios-terao-mais-prazo-para-implementacao/>. Acesso em: 28 ago. 2024.

BISSOLI FILHO, Francisco. **Estigmas da criminalização**: dos antecedentes à reincidência criminal. Florianópolis: Obra Jurídica, 1988.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. **Resolução nº 487 de 2023 do Conselho Nacional de Justiça**. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/files/original2015232023022863fe60db44835.pdf>. Acesso em: 27 out. 2024.

BRASIL. Lei Federal nº 10.216 de 06 de abril 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_2001/110216.htm. Acesso em 28 de outubro de 2024.

BRAVO, O. A.. As prisões da loucura, a loucura das prisões. **Psicologia & Sociedade**, v. 19, n. 2, p. 34–41, maio 2007.

BRUNO, Aníbal. **Direito penal**: 4. ed. Rio de Janeiro: Forense, 1984. Tomo 3.

CAETANO, Haroldo; TEDESCO, Silvia. Loucura e direito penal: pistas para a extinção dos manicômios judiciais. **Saúde em Debate**. v. 45, n. 128, pp. 191-202. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202112815>. Acesso em: 28 agosto de 2024.

CAMARGO, Gabriel Neves; ELLERMAN, Luís Alberto; RAMON, Miriane. El concepto de peligrosidad en la psiquiatria forense: una revisión crítica, con propuesta de revisión conceptual. **Revista do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária**, Brasília, v. 1, n. 6, 65-87, jul./dez. 1995.

CASABONA, Carlos Maria Romeo. **Peligrosidad y derecho penal preventivo**. Barcelona: Bosch, 1986.

COELHO, Marcus Vinicius Furtado. Palavras do Conselho Federal da OAB. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Inspeções aos manicômios: Relatório Brasil 2015**. Brasília: CFP, 2015.

CONJUR. **Política antimanicomial: Estados e municípios terão mais prazo para implementação**. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2024-fev-27/politica-antimanicomial-estados-e-municipios-terao-mais-prazo-para->

[implementacao/#:~:text=Em%20conson%C3%A2ncia%20com%20normativos%20nacionais, tratamento%20adequado%20para%20cada%20paciente.](#) Acesso em: 28 ago. 2024.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Decisão do Judiciário de fechar hospitais psiquiátricos que atendem condenados recebe críticas do CFM.** 2023. *Portal CFM*. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/noticias/decisao-do-judiciario-de-fechar-hospitais-psiquiaticos-que-atendem-condenados-recebe-criticas-do-cfm>. Acesso em: 28 ago. 2024.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **CFM apoia manifestação contra fechamento de hospitais de custódia e tratamentos psiquiátricos.** *Portal CFM*. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/noticias/cfm-apoia-manifestacao-contrafechamento-de-hospitais-de-custodia-e-tratamentos-psiquiaticos>. Acesso em: 28 ago. 2024.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Inspeções aos manicômios: Relatório Brasil 2018.** Brasília: CFP, 2018.

CORREIA, Ludmila Cerqueira. Avanços e impasses na garantia dos direitos humanos das pessoas com transtornos mentais autoras de delito. **Revista L'altro Diritto**, vol. XIII, n. 1, ano 2009. Disponível em: <http://www.altrodiritto.unifi.it/rivista/2009/cerqueira/index.htm>. Acesso em: 10 jul. 2024.

DINIZ, Debora. **A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil: censo 201.** Brasília: Letras Livres: Editora Universidade de Brasília, 2013. 382p.

ENGEL, Magali Gouveia. **Os delírios da Razão: médicos, loucos e hospício** (Rio de Janeiro, 1830-1930). Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2001

FIGUEIRÊDO, Marianna Lima de Rolemberg; DELEVATI, Dalnei Minuzzi; TAVARES, Marcelo Góes. **Entre loucos e manicômios: história da loucura e a reforma psiquiátrica no Brasil.** Caderno de Graduação - Ciências Humanas e Sociais - UNIT - ALAGOAS, [S. l.], v. 2, n. 2, p. 121–136, 2014. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/fitshumanas/article/view/1797>. Acesso em: 28 abr. 2024.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Hollanda. **Novo dicionário da língua portuguesa.** Curitiba: Positivo, 2004.

FOUCAULT, Michel. **Historia Da Loucura: na Idade Clássica.** Trad. José Teixeira Coelho Neto. São Paulo. Perspectiva, 2014

HACKING, Ian. **La construccion social de quê.** Buenos Aires: Ediciones Paidós Ibérica, 2001.

JACOBINA, Paulo Vasconcelos. Direito penal da loucura: medida de segurança e reforma psiquiátrica. **Revista de Direito Sanitário**, [S.L.], v. 5, n. 1, p. 67, 2 mar. 2004.

MATOS-DE-SOUZA, R.; MEDRADO, A. C. C.. Dos corpos como objeto: uma leitura pós-colonial do 'Holocausto Brasileiro'. **Saúde em Debate**, v. 45, n. 128, p. 164–177, jan. 2021.

MECLER, K. Periculosidade: Evolução e aplicação do conceito. **Revista Brasileira Crescimento Desenvolvimento Humano**, 20(1). 2010

MOURA, David Virgílio. **Do tratamento moral da loucura : uma leitura de “Historia da loucura” e de “O poder psiquiátrico”, de Michel Foucault (dissertação de mestrado)**. Londrina: UEL, 2020. Disponível em <http://www.bibliotecadigital.uel.br/document/?code=vtls000231597>. Acesso em: 12 de março de 2024.

NISIIDE, A. C. B.; BAGATIN, T. BOARINI, M. L. **O imbróglio da periculosidade na manutenção dos manicômios judiciários: as decisões dos desembargadores paranaenses**. Em Pauta: teoria social e realidade contemporânea, Rio de Janeiro, v. 21, n. 54, pp. 124-140, jan./abr. 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.12957/rep.2024.80310>. Acesso em: 20 ago. 2024.

NUNES, Karla Gomes. **De loucos perigosos a usuários cidadãos: sobre a produção de sujeitos no contexto das políticas públicas de saúde mental (tese de doutorado)**. Porto Alegre: UFRGS, 2013. Disponível em < <http://www.lume.ufrgs.br>>. Acesso em 03 dez 2023.

PEDROSO, Isabela Maria Amante. A falta de vagas em hospitais de custódia: reflexões diante da reforma psiquiátrica no Brasil. **UNISANTA - Law and Social Science**. Vol 7, nº 1, ano 2018.

PELBART, Péter Pal. **Da clausura do fora ao fora da clausura**. São Paulo: Brasiliense, 1989.

JUNIOR, Janary. **Projeto suspende resolução do CNJ sobre política antimanicomial do Poder Judiciário**. Câmara dos Deputados. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/noticias/977200-proposta-suspende-resolucao-do-cnj-sobre-politica-antimanicomial-do-poder-judiciario>. Acesso em: 28 ago. 2024.

RAMMINGER, T. A saúde mental do trabalhador em saúde mental: um estudo com trabalhadores de um hospital psiquiátrico. **Bol. da Saúde**, v.16, n.1, 2002.

RAMOS, Maria Regina Rocha. **Estudo da concordância entre laudos psiquiátricos conclusivos de capacidade parcial de imputação e sentenças judiciais**. Dissertação de mestrado. São Paulo, 99p. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. 2002

ROSSI, Valeria Rondon. Medida de Segurança: a violação do direito à saúde a partir do conceito de periculosidade. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, [S. l.], v. 4, n. 3, p. 75–93, 2015. DOI: 10.17566/ciads.v4i3.171. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/171>. Acessp em: 19 de agosto de 2024.

ROUDINESCO, Elisabeth. **Dicionário de Psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

SANTANA, A. F. F. de A.; ALVES, M. Realidade de um manicômio judiciário na visão de profissionais: do tratamento à segregação. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 19, n. 2, abr./jun. 2015.

SILVEIRA, Lia Carneiro; BRAGA, Violante Augusta Batista. Acerca do conceito de loucura e seus reflexos na assistência de saúde mental. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, n. 4, p. 591–595, jul. 2005.

SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. Informativo de jurisprudência nº 62. Brasília, 31 de janeiro de 2020. Disponível em:
<https://www.stj.jus.br/publicacaoinstitucional/index.php/Informjuris20/article/view/3821/4050>. Acesso em: 28 de agosto de 2024.

SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. **EREsp 998.128/MG**. Relator: Min. Ribeiro Dantas. Terceira Seção. Julgado em 27 nov. 2019. Diário da Justiça eletrônico (DJe) 18 dez. 2019.