



UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA

ÂNIMA EDUCAÇÃO

TAIARA ROSSO TOMAZ

**MEDIDA DE SEGURANÇA: O DESMANTELAMENTO DOS HOSPITAIS DE
CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO EM PROL DE UM NOVO MODELO
ASSISTENCIAL**

Araranguá

2023

TAIARA ROSSO TOMAZ

**MEDIDA DE SEGURANÇA: O DESMANTELAMENTO DOS HOSPITAIS DE
CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO EM PROL DE UM NOVO MODELO
ASSISTENCIAL**

Monografia apresentada ao Curso de Graduação em Direito da Universidade do Sul de Santa Catarina, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Direito.

Orientadora: Prof. Fátima Hassan Caldeira, Dra.

Araranguá

2023

TERMO DE ISENÇÃO DE RESPONSABILIDADE

MEDIDA DE SEGURANÇA: O DESMANTELAMENTO DOS HOSPITAIS DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO EM PROL DE UM NOVO MODELO ASSISTENCIAL

Declaro, para todos os fins de direito, que assumo total responsabilidade pelo aporte ideológico e referencial conferido ao presente trabalho, isentando a Universidade do Sul de Santa Catarina, a Coordenação do Curso de Direito, a Banca Examinadora e a Orientadora de todo e qualquer reflexo acerca deste Trabalho de Conclusão de Curso.

Estou ciente de que poderei responder administrativa, civil e criminalmente em caso de plágio comprovado do trabalho monográfico.

Araranguá, 24 de novembro de 2023.

Taiara Rosso Tomaz
TAIARA ROSSO TOMAZ

Dedico a minha própria resiliência e persistência, evidenciadas ao não desistir diante dos desafios inerentes a este percurso acadêmico. O presente trabalho não apenas representa a conquista de conhecimento, mas também reflete a fortaleza interior e a determinação que nortearam minha trajetória.

AGRADECIMENTOS

À minha estima família, expresso meus agradecimentos por serem a fonte constante de amor, apoio incondicional e compreensão ao longo do desenvolvimento deste Trabalho de Conclusão de Curso. Seu encorajamento contínuo e a presença calorosa desempenharam papéis fundamentais na consecução deste relevante marco em minha vida acadêmica.

Não posso deixar de externar minha profunda gratidão a Jesus Cristo, Filho do Senhor, cuja graça e amparo revelaram-se fundamentais em todos os momentos desta jornada. Sua luz e orientação constituíram fontes inspiradoras, fortalecendo-me nos desafios enfrentados e celebrando comigo as conquistas alcançadas.

"Você pode ignorar a realidade, mas não pode ignorar as consequências de ignorar a realidade" (Ayn Rand).

RESUMO

Este estudo explora a situação dos pacientes com comorbidades psíquicas em conflito com a lei no contexto da Reforma Psiquiátrica. A extinção dos hospitais de custódia, regulamentada pela Resolução nº 487/2023, levanta questões sobre a intersecção entre saúde mental e justiça. O estudo analisa a relação histórica entre "loucura" e medidas de segurança no Brasil e destaca a influência da luta antimanicomial. Também examina a transição para um novo modelo assistencial em saúde mental, com foco na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). O trabalho busca estudar a segurança pública, o tratamento humanizado e a reintegração de indivíduos com transtornos mentais na comunidade. Baseado em pesquisas bibliográficas e documentais, o estudo estrutura-se em três capítulos: a relação histórica entre "loucura" e medidas de segurança; a influência da luta antimanicomial; e a transição para um novo modelo assistencial em saúde mental. Concluimos que a crítica ao modelo hospitalocêntrico e a busca por alternativas respeitando a dignidade das pessoas com transtornos mentais resultaram em avanços legislativos, como a Lei da Reforma Psiquiátrica, e iniciativas como a Resolução CNJ nº 487/2023 e o Plano Nacional de Implementação da Política Antimanicomial do Poder Judiciário. A desativação gradual de hospitais de custódia, a realocação dos pacientes em unidades de tratamento psiquiátrico e a promoção de programas não punitivos representam uma transição significativa, refletindo uma mudança de perspectiva da sociedade. Contudo, as discordâncias destacam desafios persistentes, exigindo uma gestão pública eficaz para garantir atendimento efetivo das políticas voltadas à saúde mental e justiça social.

Palavras-chave: Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. Medida de Segurança. Desinstitucionalização.

ABSTRACT

This study explores the situation of patients with psychiatric comorbidities in conflict with the law in the context of Psychiatric Reform. The abolition of custodial hospitals, regulated by Resolution No. 487/2023, raises questions about the intersection between mental health and justice. The study analyzes the historical relationship between "madness" and security measures in Brazil and highlights the influence of the anti-asylum movement. It also examines the transition to a new mental health care model, focusing on the Psychosocial Care Network (RAPS). The work aims to study public safety, humane treatment, and the reintegration of individuals with mental disorders into the community. Based on bibliographic and documentary research, the study is structured into three chapters: the historical relationship between "madness" and security measures; the influence of the anti-asylum movement; and the transition to a new mental health care model. We conclude that the critique of the hospital-centered model and the search for alternatives respecting the dignity of people with mental disorders have resulted in legislative advances, such as the Psychiatric Reform Law, and initiatives such as Resolution CNJ No. 487/2023 and the National Plan for the Implementation of the Anti-Asylum Policy of the Judiciary. The gradual deactivation of custodial hospitals, the relocation of patients to psychiatric treatment units, and the promotion of non-punitive programs represent a significant transition, reflecting a shift in societal perspective. However, disagreements highlight persistent challenges, requiring effective public management to ensure the effective implementation of policies related to mental health and social justice.

Keywords: Custodial Hospital and Psychiatric Treatment. Security measure. Deinstitutionalization.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	DA “LOUCURA” E DAS MEDIDAS DE SEGURANÇA	12
2.1	TRAJETÓRIA DA “LOUCURA” NA SOCIEDADE	12
2.1.1	O “louco” infrator no Brasil	14
2.2	DA MEDIDA DE SEGURANÇA NA PERSPECTIVA DO CPB	15
2.2.1	Sistema vicariante da medida de segurança	17
2.2.2	Espécies de medida de segurança	18
2.2.2.1	Internação em hospital de custódia	20
2.2.2.2	Tratamento ambulatorial	21
2.3	PERICULOSIDADE	22
2.3.1	Cessação de periculosidade	23
3	A LUTA ANTIMANICOMIAL	27
3.1	A REFORMA PSIQUIÁTRICA PELA LEI Nº 10.216/2001	28
3.2	A EXTINÇÃO DOS HOSPITAIS DE CUSTÓDIA	31
3.2.1	A Resolução nº 487/2023 do CNJ	33
3.2.1.1	A medida de segurança nos preceitos da Resolução n. 487/2023	35
3.2.2	O atual contexto do Plano Nacional de Implementação da Política Antimanicomial do Poder Judiciário	36
3.3	DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DOS PACIENTES EM CONFLITO COM A LEI	38
3.3.1	O processo da desinstitucionalização	40
3.3.2	A questão da periculosidade da desinstitucionalização	42
3.3.3	O isolamento terapêutico	45
4	REDIRECIONAMENTO AO MODELO ASSISTENCIAL EM SAÚDE MENTAL	46
4.1.1	O Sistema Único de Saúde (SUS)	47
4.1.2	Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)	49
4.1.3	Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)	49
4.2	O PAPEL DO ESTADO FRENTE AOS NOVOS MOLDES QUE A REFORMA PSIQUIÁTRICA PROPÕE	50
4.3	PROGRAMAS ALTERNATIVOS DE INTERVENÇÃO PUNITIVA	51
5	CONCLUSÃO	54

1 INTRODUÇÃO

O presente estudo visa aprofundar a compreensão da situação dos pacientes com comorbidades psíquicas em conflito com a lei, submetidos à medida de segurança no sistema judicial. Isso ocorre em consonância com a atual fase da Reforma Psiquiátrica, que resultou na extinção dos hospitais de custódia, conforme estabelecido na Resolução nº 487/2023. Essa transformação significativa abre caminho para um modelo assistencial reformulado, trazendo à tona questões cruciais sobre como nossa sociedade aborda a intersecção entre saúde mental e justiça. Neste estudo, exploraremos as implicações dessa mudança, explanando os diversos entendimentos a respeito da abolição dos hospitais de custódia e as perspectivas de um modelo assistencial que busca fornecer o apoio a esses indivíduos, ao mesmo tempo que assegura o respeito por seus direitos fundamentais.

Inicialmente, faremos uma abordagem histórica e contextual sobre a relação entre "loucura" e as medidas de segurança no âmbito da sociedade contemporânea. Nesse viés, a compreensão da trajetória da "loucura" na sociedade é crucial para entender como a legislação e as práticas relacionadas à saúde mental e à segurança evoluíram ao longo do tempo.

No Brasil, a questão dos "loucos" infratores tem desafiado o sistema legal, exigindo medidas adequadas para abordar tanto a condição de saúde mental quanto a responsabilidade penal. As medidas de segurança, conforme previstas no Código Penal Brasileiro (CPB), desempenham um papel fundamental na gestão desses indivíduos com comorbidades psíquicas em conflito com a lei.

Além disso, a análise do sistema vicariante das medidas de segurança e suas diferentes espécies, como a internação em hospital de custódia e o tratamento ambulatorial, é essencial para compreendermos como o Estado lida com esses casos. Também abordaremos o conceito de periculosidade, o qual também desempenha um papel crucial na aplicação das medidas de segurança. Dentro desse contexto, a questão da cessação da periculosidade é um ponto de destaque.

Em um segundo momento, analisaremos os moldes do desenvolvimento da luta antimanicomial que tem influenciado as políticas e as práticas de saúde mental e de segurança no Brasil. Veremos que foi com a reforma psiquiátrica, especialmente com a Lei nº 10.216/2001, que ocorreram mudanças significativas no tratamento de pessoas com transtornos mentais, inclusive, tendo grande papel no cenário atual das políticas antimanicomiais, que

pregam a extinção dos hospitais de custódia psiquiátricos com intuito da introdução de uma abordagem mais humanizada.

Nesse sentido, a Resolução nº 487/2023 do CNJ e o atual contexto do Plano Nacional de Implementação da Política Antimanicomial do Poder Judiciário são marcos importantes nesse processo que serão contemplados no presente trabalho. A desinstitucionalização dos pacientes em conflito com a lei é uma parte fundamental dessa transformação. Entretanto, a questão da periculosidade é um desafio, o qual não pode ser deixado de lado, a ser enfrentado ao implementar a desinstitucionalização.

Por fim, analisaremos a questão do redirecionamento ao modelo assistencial em saúde mental, com ênfase na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os quais representam uma mudança significativa na forma como o Estado lida com a saúde mental. Nesse contexto, o papel do Estado diante desses novos moldes propostos pela reforma psiquiátrica é fundamental para garantir a qualidade do atendimento. Além disso, a existência de programas alternativos de intervenção punitiva, que buscam tratar o indivíduo de maneira mais humanizada e focam na recuperação, também merece destaque.

Essas iniciativas representam uma evolução na abordagem de pessoas com transtornos mentais que cometeram crimes. Este panorama apresenta um desafio multifacetado na intersecção do direito, da saúde mental e da sociedade, sendo necessário buscar um equilíbrio entre a segurança pública, o tratamento humanizado e a reintegração de indivíduos com transtornos mentais na comunidade.

Para haver total esclarecimento acerca do tema, a pesquisa será desenvolvida com base em pesquisas bibliográficas bem como documentais. Como fonte primordial da realização deste estudo, no que tange à pesquisa bibliográfica, utilizaremos conteúdos obtidos em livros, artigos científicos e monografias, assim como publicações de revistas e jornais. No que diz respeito às pesquisas documentais, servirão para embasar a legitimidade da pesquisa bibliográfica, consistindo na utilização da legislação e da jurisprudência como fontes.

Dessa forma, o trabalho se estrutura em três capítulos distintos: o inicial aborda a relação entre a loucura e as medidas de segurança; o segundo concentra-se na luta antimanicomial; e, por último, o terceiro capítulo analisa a transição para o modelo assistencial em saúde mental.

2 DA “LOUCURA” E DAS MEDIDAS DE SEGURANÇA

Ainda antes de a ciência psicológica ser área de estudos, na sociedade já existiam discussões que envolviam o portador de sofrimento psíquico, visto que o comportamento anormal dessas pessoas era causa de desconforto no âmbito social.

Segundo Foucault (1978, p. 13), “os loucos tinham então uma existência facilmente errante”, desse modo, eram tratados como leprosos, indignos da convivência social. Com o decorrer do tempo, houve mudanças significativas, tanto no tratamento da própria sociedade como no âmbito jurídico-normativo no que se refere à maneira de olhar estes indivíduos.

Porém, todavia, é factual destacarmos que, até a contemporaneidade, percorremos um longo caminho para garantir os direitos fundamentais destes indivíduos com sofrimento psíquico e, até mesmo, garantir-lhes a dignidade da pessoa humana, retirando-lhes a mácula da loucura e tornando-os sujeitos de direitos e deveres perante a sociedade.

Neste capítulo, visamos analisar a questão da loucura e a aplicação das medidas de segurança àquele que, maior de idade, mas considerado inimputável, venha a cometer delitos.

2.1 TRAJETÓRIA DA “LOUCURA” NA SOCIEDADE

A mitologia e a literatura frequentemente descreveram a loucura como uma figura personificada, como algo inferior à sanidade. Nessas representações, a loucura foi frequentemente tratada com brutalidade e violência, refletindo o tratamento histórico das pessoas com saúde mental anormal (Carrara, 2010).

Nesse sentido Lüchmann e Rodrigues (2007, p. 402) discorrem que:

Dentre as diferentes práticas e mecanismos de exclusão e controle que vêm operando – e se sofisticando – em nossas sociedades, sobressai-se, em seus múltiplos aspectos, a realidade do “louco e da loucura”. Transformada, pelos saberes médicos, em doença, alienação, desajuste, irracionalidade e perversão, a loucura carrega um conjunto de práticas, concepções e saberes que, ancorados em uma moralidade ditada pelos bons costumes, pela ordem e pelo trabalho produtivo, faz desligar, de forma explicitamente violenta, os diferentes laços de construção e pertencimento humanos.

No século XVII, o francês Philippe Pinel, psiquiatra com destaque na época, introduziu uma abordagem enfática e objetiva na compreensão da loucura. Com isso, a medicina mental, fundada por Pinel, propôs a ideia de que os “loucos” portavam um déficit resultante de lesão de suas faculdades morais, não podendo assim responder pela via da razão (Gomes, 2013).

Nesse contexto, afirma Foucault (1978, p. 147, grifo nosso):

O momento em que a jurisprudência da alienação se torna a condição preliminar de todo internamento é também o momento em que, **com Pinel, está nascendo uma psiquiatria que pela primeira vez pretende tratar o louco como um ser humano**. O que Pinel e seus contemporâneos sentirão como uma descoberta ao mesmo tempo da filantropia e da ciência é, no fundo, apenas a reconciliação da consciência dividida do século XVIII. O internamento do homem social preparado pela interdição do sujeito jurídico significa que **pela primeira vez o homem alienado é reconhecido como incapaz e como louco**; sua extravagância, de imediato percebida pela sociedade, limita — porém sem obliterá-la — sua existência jurídica. Com isso, os dois usos da medicina são reconciliados — o que tenta definir as estruturas mais apuradas da responsabilidade e da capacidade, e o que apenas ajuda a pôr em movimento o decreto social do internamento (grifo nosso).

Assim, percebemos que Pinel acabou por desempenhar um papel fundamental ao estabelecer que os distúrbios mentais deveriam ser reconhecidos e tratados como doenças.

Posteriormente, no século XVIII, os indivíduos considerados alienados deixaram de ser mantidos em prisões, torres e casas de correção, sendo transferidos para hospitais gerais. Nesse sentido, discorre Branco (2013, p. 2):

Final do século XVII. A França começava a regulamentar a questão dos leprosários, e mesmo após a regressão da doença, as estruturas permaneceram e reorganizaram-se, retomando os “jogos de exclusão”, semelhante aos primeiros propósitos. Pobres, vagabundos, presidiários, cabeças alienadas assumiram, a partir de então, o papel abandonado pelo lazarento à espera da salvação. A lepra fora substituída inicialmente pelas doenças venéreas e, sob a influência do modo de internamento - tal como se constituiu no século XVII - as mesmas se isolaram e se integraram, ao lado da loucura, num espaço moral de exclusão.

De acordo com Barros-Brisset (2011), a atenção sobre os indivíduos com comorbidade psíquica passou a ser direcionada aos médicos e, com isso, Philippe Pinel passou a desempenhar um papel crucial como diretor da primeira instituição dedicada ao cuidado dos insanáveis, no qual reformulou a concepção de alienação mental e, de maneira inovadora, conseguiu sintetizar as abordagens organicistas e metafísicas ao destacar que nos alienados havia uma interligação intrínseca entre lesão e propensão ao mal.

Deu-se também com Pinel o início da compreensão de que a anormalidade se tratava de uma questão de saúde pública e não de ordem pública. Nesse viés, discorre Gomes (2013, p. 85):

Pinel contribuiu, de forma decisiva, para que a loucura começasse a ser lida como uma patologia, ao sistematizar as diferentes apresentações clínicas da alienação a partir da observação clínica. Abriu caminho para que se inscrevesse o tratamento da loucura no âmbito da higiene pública. Propôs o tratamento moral como terapêutica da alienação mental, cujo objetivo seria dominar, por meio de procedimentos morais e

físicos, as ideias e os atos dos insanos de acordo com os parâmetros da razão. O isolamento era indicado por se supor que produzia efeitos terapêuticos.

Segundo Amarante (1996), foi somente após a Segunda Guerra Mundial que essas ações começaram a ganhar mais força, resultando em projetos mais concretos que envolviam um conjunto de princípios, propostas e estratégias técnicas e administrativas relacionadas ao campo da psiquiatria. A partir desse momento, essas iniciativas passaram a ser explicitamente chamadas de reformas psiquiátricas.

No entanto, segundo Pourchet e Carneiro (2020), o ato de libertar os indivíduos com transtornos mentais do confinamento não resultou em sua verdadeira liberdade. Pelo contrário, ao se tornarem sujeitos de estudos, narrativas e métodos médicos, eles foram transferidos para o ambiente hospitalar, que agora se torna o novo detentor da experiência da loucura. A normalização desses pacientes envolvia, predominantemente, a aplicação de práticas médicas e princípios morais, com o propósito de controlar e moldar o comportamento dessas pessoas sob a orientação do alienista.

2.1.1 O “louco” infrator no Brasil

No Brasil, a “loucura” aflorou como problema social no século XIX, de maneira semelhante à Europa, sendo retratada como um entrave à ordem social, na qual cria um contexto de desordem e mendicância.

Nesse sentido, Carrara (2010, p. 17) discorre que:

Em 1903, a lei especial para a organização da assistência médico legal a alienados no Distrito Federal, modelo para a organização desses serviços nos diversos estados da União (Dec. 1132 de 22/12/ 1903), estabeleceu que cada estado deveria reunir recursos para a construção de manicômios judiciários e que, enquanto tais estabelecimentos não existissem, deviam ser construídos anexos especiais aos asilos públicos para o seu recolhimento. A partir da legislação de 1903, no bojo das reformas introduzidas no Hospício Nacional de Alienados, localizado no Rio de Janeiro, cria-se uma seção especial para abrigar os “loucos criminosos”. Significativamente, a seção foi batizada de “Seção Lombroso”, em homenagem ao psiquiatra e antropólogo criminal italiano César Lombroso que, em finais do século XIX, notabilizou-se por desenvolver uma teoria segundo a qual alguns indivíduos, a quem designa de “criminosos natos”, nasceriam com uma marcada tendência para o mal. No entanto, a construção de um estabelecimento especial teria ainda que aguardar quase duas décadas para ser concretizar.

Apenas em 1920, conforme Carrara (2010), foi estabelecida a base para a criação de uma nova instituição, que foi inaugurada em 1921 por meio do Decreto nº 14831/21. Este foi o nascimento do Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro, que se tornou a primeira instituição

judiciária desse modelo no Brasil. A direção da instituição foi confiada ao médico psiquiatra Heitor Pereira Carrilho, que, anteriormente, comandava a Seção Lombroso do Hospício Nacional. Após 1986, como parte das reformas na legislação penal do Brasil, a instituição passou a ser conhecida como Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Heitor Carrilho (Carrara, 2010).

2.2 DA MEDIDA DE SEGURANÇA NA PERSPECTIVA DO CPB

A medida de segurança é o instrumento utilizado pela legislação penal brasileira para intervir na liberdade de indivíduos portadores de transtorno mental completo (inimputáveis) ou incompleto (semi-imputáveis) em conflito com a lei. Quando um desses sujeitos comete um fato típico e antijurídico são processados penalmente e lhes é atribuída uma absolvição imprópria e, posteriormente, o juiz lhes aplicará a medida de segurança (Brito, 2023).

Souza e Pipino (2022, p. 397) conceituam medida de segurança como:

[...] resposta do Estado ao autor de um fato típico e ilícito, porém não culpável. Trata-se da resposta estatal terapêutica destinada ao agente inimputável ou semi-imputável, com a finalidade de curá-lo ou de deixá-lo apto ao convívio social (na hipótese de doença incurável), daí porque tem um caráter preventivo e profilático.

Nesse viés, Estefan (2022) entende que as medidas de segurança se referem às sanções penais aplicadas a indivíduos responsáveis por um ato que constitui um delito (um ato que é considerado crime e é contrário à lei), mas que, apesar de não possuírem culpa, demonstram ser mentalmente incapazes e apresentam perigo em nível individual.

Diante deste contexto, entendemos que seu propósito não consiste em aplicar punições, mas sim em habilitar ou isolar, com finalidade curativa, esses indivíduos infratores que se distinguem dos demais por portarem comorbidades psíquicas.

Ainda, nesse sentido, Estefan (2022, p. 647) aprofunda:

Surgiram as medidas de segurança com o Projeto de Código Penal suíço elaborado por Carlos Stoos (1893-1894). Em vez do sistema unitário – pena aos infratores –, optava-se por um caminho dualístico – pena e medida de segurança, está fundada exclusivamente na periculosidade subjetiva do agente. Na legislação brasileira, foi introduzida com o Código Penal de 1940. Antes dele, não eram sistematizadas, podendo-se encontrá-las em esparsos fragmentos, “sem unidade e sem coerência”, tais como: a) disposições que regulavam o tratamento de alienados perigosos; b) medidas incidentes sobre pessoas intoxicadas por inebriantes ou estupefacientes; c) providências a respeito de vadios e capoeiras; d) regras disciplinando o tratamento de menores abandonados e infratores.

Em breve análise, identificamos que o instituto da medida de segurança integraliza-se de um caráter, em síntese, preventivo e curativo.

Para Nucci (2022, p. 41) “trata-se, pois, de medida de defesa social, embora se possa ver nesse instrumento uma medida terapêutica ou pedagógica destinada a quem é doente”.

No Brasil, foi por meio do Código Penal de 1940, que se incorporaram consideráveis elementos do Código Rocco, italiano, tal como a prática de internar um indivíduo com distúrbios mentais infrator em um Hospital de Custódia e Tratamento, que passou a ser estabelecida como uma medida de natureza jurídico-penal. Isso ocorre quando a conduta desse indivíduo, tipificada como um crime, mostra sua periculosidade (Brasil, 1940).

Ainda nesse momento, ainda era utilizado o sistema de duplo binário, que autorizava a imposição de uma pena seguida da execução de uma medida de segurança, o qual permaneceu em vigor no Brasil até aproximadamente a década de 1980, quando a parte geral do Código Penal passou por uma modificação (Prado; Schindler, 2017).

Assim, sob a influência da Escola Sociológica ou Político-Criminal e da Terceira Escola Italiana, houve uma mudança na abordagem das medidas de segurança em relação aos indivíduos inimputáveis devido a distúrbios mentais. Essas medidas passaram a ser consideradas uma resposta ao ato ilícito cometido por essas pessoas devido à sua condição mental, o que deu origem ao sistema conhecido como vicariante. Essa mudança de orientação foi promovida pela Lei nº 7.209/84, que ainda está em vigor, e que reformulou a parte geral do Código Penal, estabelecendo um novo sistema para a aplicação das medidas de segurança (Prado; Schindler, 2017).

Estabilizado o entendimento com as novas mudanças na parte geral do Código Penal, a menoridade absoluta, a presença de doença mental e o desenvolvimento mental retardado ou incompleto passaram a ser as razões pelas quais a culpabilidade seria excluída. Portanto, as ações cometidas por indivíduos nessas condições não poderiam ser consideradas como crimes, com isso a ausência de um ato criminoso resultaria na impossibilidade de impor uma penalidade correspondente (Carvalho, 2020).

Ocorre que, em relação aos portadores de sofrimento psíquico, embora o processamento do caso ocorra no juízo criminal, reconhecida a inimputabilidade, o Código de Processo Penal determina que o réu seja absolvido (Brasil, 1940).

Para Carvalho (2020) equivale a uma absolvição distinta das demais (*sui generis*), chamada de absolvição imprópria. Isso acontece porque, embora tenha sido declarada a

inexistência do crime, a pessoa que cometeu a ação é obrigada a cumprir uma medida de segurança compulsória. Isso indica que a pessoa está sujeita às instituições do Estado encarregadas de executar a decisão judicial, como um hospital psiquiátrico, por exemplo.

2.2.1 Sistema vicariante da medida de segurança

De acordo com Carvalho (2022), durante o último século, dois sistemas de aplicação das medidas de segurança foram confrontados: o sistema do duplo binário e o sistema vicariante. O sistema do duplo binário, que estava em vigor na legislação penal brasileira até 1984, permitia a imposição da medida de segurança sem levar em consideração a (in)imputabilidade. Em outras palavras, se o estado perigoso fosse identificado, tanto a pena quanto a medida de segurança poderiam ser aplicadas de forma simultânea e sucessiva, mesmo no caso de indivíduos plenamente imputáveis ou parcialmente imputáveis.

Por meio da reforma na seção geral do Código Penal Brasileiro (CPB) pela Lei 7.209/1984, houve uma alteração nesse entendimento, que teve implicações significativas para os indivíduos semi-imputáveis (Coelho, 2016). Com a reforma passou a se adotar o sistema vicariante, sistema no qual se restringe a imposição de uma única forma de sanção penal ao acusado, enquanto o sistema do duplo binário possibilitava a aplicação conjunta de pena e medida de segurança, de forma cumulativa (Estefam; Gonçalves, 2020).

No entendimento de Reale Júnior (2020), a Reforma de 1984 trouxe uma mudança significativa na abordagem do semi-imputável, que anteriormente era tratado pelo sistema conhecido como "duplo binário" ou "duplo trilho". Nesse sistema, aplicava-se tanto uma pena quanto uma medida de segurança ao semi-imputável, o que muitas vezes prejudicava o condenado. Isso ocorria porque, se a medida de segurança curativa fosse cumprida primeiro, o tratamento seria desperdiçado após o período de aprisionamento.

Por outro lado, se a pena fosse cumprida antes da medida de segurança, a periculosidade existente poderia se agravar no ambiente prisional, tornando mais difícil o tratamento posterior. Com isso, o legislador pátrio passou a adotar o sistema vicariante, no qual não é mais admitida a possibilidade de cumular pena privativa de liberdade e medida de segurança (Reale Júnior, 2020).

Diante desse contexto, Lenza (2020, p. 1014) afirma: “O sistema vicariante só permite a aplicação de uma espécie de sanção penal ao acusado, enquanto o sistema do duplo binário

permite a aplicação cumulativa de pena e medida de segurança”. Em relação a eles, agora é proferida uma sentença condenatória, mas com a possibilidade de uma redução de pena de 1/3 a 2/3, conforme estipulado no parágrafo único do artigo 26 do Código Penal (Coelho, 2016).

Conforme o Código Penal Brasileiro em vigor:

Art. 26 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 (Brasil, 1940).

Ainda, discorre o artigo 98 do Código Penal Brasileiro:

Art. 98 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 (Brasil, 1940).

Portanto, se o juiz determinar que, dada a periculosidade específica do caso, um tratamento curativo seja mais eficaz, essa pena reduzida pode ser substituída por uma medida de segurança, conforme previsto no artigo 98 do CPB (Coelho, 2016).

2.2.2 Espécies de medida de segurança

Ao examinarmos a legislação penal brasileira, em particular o artigo 97 do Código Penal, é possível observarmos que as medidas de segurança se dividem em duas categorias: internação e tratamento ambulatorial. Neste contexto, a medida de segurança, disciplinada pelo Código Penal brasileiro e pela Lei de Execução Penal (LEP), segue a lógica da internação como regra.

O art. 96 do Código Penal dispõe:

Art. 96. As medidas de segurança são:
I – internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou, à falta, em outro estabelecimento adequado;
II – sujeição a tratamento ambulatorial.
Parágrafo único – Extinta a punibilidade, não se impõe medida de segurança nem subsiste a que tenha sido imposta (Brasil, 1940).

Então, verificamos que, para aqueles que, devido à falta de capacidade de discernimento, cometem um ato criminoso, o Estado instituiu a medida de segurança. Seu propósito principal é garantir o tratamento adequado do indivíduo. Além da finalidade terapêutica, não podemos ignorar que a medida de segurança também possui uma dimensão

preventiva especial. Isso significa que, ao tratar o indivíduo doente, o Estado espera que ele não volte a cometer nenhum ato ilegal no futuro (Greco, 2022).

Para impor a medida de segurança, o acusado deve passar por um procedimento legal completo, no qual todas as proteções constitucionais sejam respeitadas. Com isso, ao final do processo, em fase de sentença, o juiz deverá, tratando-se de inimputável, absolver o réu, impondo-lhe medida de segurança (Andreucci, 2021).

Ainda, conforme enunciado da Súmula 422 do Supremo Tribunal Federal (STF): “A absolvição criminal não prejudica a medida de segurança, quando couber, ainda que importe privação da liberdade”. Nesse viés, cabe destacar que o tratamento a qual será submetido ao inimputável pode ocorrer dentro de um ambiente hospitalar ou fora dele (Greco, 2022).

Ainda, Estefam (2022, p. 650) frisa que:

O critério legal, embora descrito no Código de maneira rígida, é flexibilizado pela jurisprudência dos tribunais superiores, que baliza a escolha da espécie de medida de segurança com base na indicação terapêutica, à luz do grau de periculosidade do agente. De acordo com o Superior Tribunal de Justiça, se ao réu for imposta medida de segurança de internação e ele se encontrar em penitenciária, em virtude da falta de vaga em estabelecimento adequado, haverá constrangimento ilegal, devendo ser beneficiado com tratamento ambulatorial. Importante frisar que o tratamento ambulatorial pode ser convertido em internação a qualquer tempo, desde que necessário para fins curativos (CP, art. 97, § 4º). O inverso não pode ocorrer, ou seja, não é possível a conversão da internação em tratamento ambulatorial.

Desse modo, conforme enuncia Estefam (2022), a medida de segurança desdobra-se em duas espécies: detentiva (caracterizada pela internação) e restritiva (caracterizada pelo tratamento ambulatorial).

Lembra Greco (2022) que, apesar do que a lei estabelece, o juiz tem a liberdade de escolher o tratamento que seja mais adequado ao inimputável, sem levar em consideração se o ato é categorizado como crime punível com reclusão ou detenção.

2.2.2.1 Internação em hospital de custódia

A medida de segurança que envolve a internação psiquiátrica implica que o indivíduo seja submetido ao tratamento em um Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP), conhecidos como “Manicômios Judiciários”.

No entendimento de Carvalho (2022), o sistema de internação involuntária ocorre em instalações conhecidas como manicômios judiciários, que possuem características asilares e segregacionistas semelhantes às prisões.

A abordagem prisional desses hospitais de custódia ou manicômios judiciários é enfatizada na própria Lei de Execução Penal (LEP), que oferece pouca descrição da estrutura dessas instituições e, em relação ao ambiente e à infraestrutura física, faz referência explícita ao modelo prisional.

Bitencourt (2022) expõe o fato de que a mudança de nome ocorrida durante a Reforma de 1984, que substituiu a expressão "manicômio judiciário" por "hospital de custódia e tratamento psiquiátrico," não trouxe mudanças significativas na maneira como os inimputáveis são tratados pelo sistema de justiça. Isso porque, no pensamento do autor, as características associadas aos manicômios ainda persistem no sistema atual.

Venturini, Mattos e Oliveira (2016, p. 44, grifo nosso) questionam, em sua obra, a eficácia dos meios asilares:

Teriam sido os manicômios criados para submeter a tratamento psiquiátrico o louco-infrator? Penso que este não é o motivo que levou à criação desses espaços. A criação dos manicômios atendeu principalmente à necessidade de colocar em funcionamento novos dispositivos de controle social, fundamentados no saber psiquiátrico: avaliar graus de responsabilidade criminal que permitiriam fazer da pena este novo dispositivo, cujo fim depende de uma avaliação técnica de personalidade. Trata-se principalmente, para a nova corrente penal, de neutralizar personalidades perigosas, mais do que de submetê-las a qualquer tratamento. A psiquiatria pode ajudar nisso, avaliando graus de responsabilidade penal, mais para isolar os perigosos do que para submetê-los a tratamento. Ela se valeu dessa sua competência inclusive para aumentar sua importância social, superando a busca pelo corpo anatomopatológico da loucura que ela nunca pode encontrar, e que faziam dela uma medicina de segunda classe.

Ainda, nas palavras de Bitencourt (2022, p. 959): “Hospital de custódia e tratamento psiquiátrico não passa de uma expressão eufemística utilizada pelo legislador da Reforma Penal de 1984 para definir o velho e deficiente manicômio judiciário”.

Atualmente, conforme a Associação Brasileira de Psiquiatria (2023), existem 30 (trinta) hospitais de custódia em funcionamento no Brasil atendendo mais de 3.000 pessoas com deficiência psicossocial que estão sob custódia judicial.

2.2.2.2 Tratamento ambulatorial

No que tange ao regime ambulatorial, temos que sua aplicação se dá subsidiariamente ao de internação nos casos em que a conduta praticada pelo inimputável tenha como previsão a pena de detenção. Segundo Carvalho (2020, p. 562): “[...] principal característica do tratamento

ambulatorial é a imposição do acompanhamento médico-psiquiátrico sem a obrigatoriedade de que o paciente permaneça recluso na instituição.”

Bitencourt (2020) compreende que a opção pelo tratamento ambulatorial depende das circunstâncias individuais e factuais, as quais indicarão se é apropriado ou não. Para ele, simples fato de o crime ser punível com detenção não é, por si só, motivo suficiente para converter a internação em tratamento ambulatorial. É essencial analisar as características pessoais do agente para determinar se elas são compatíveis ou incompatíveis com a medida menos restritiva. Se essas condições pessoais forem favoráveis, a substituição torna-se adequada.

Ressaltamos que, em regra, a medida a ser adotada é a internação, porém a legislação permite que o juiz, de acordo com o artigo 97 do Código Penal, tenha a opção de encaminhar o infrator para tratamento ambulatorial, quando o ato é considerado um crime punível com detenção (Brasil, 1940). Isso deve ser avaliado levando em consideração a gravidade do delito, as circunstâncias em que ocorreu e o grau de periculosidade demonstrado pelo indivíduo.

Nesse sentido, Greco (2022, p. 727) entende que: “[...] se a internação não está resolvendo o problema mental do paciente ali internado sob o regime de medida de segurança, a solução será a desinternação, passando-se para o tratamento ambulatorial [...]”.

Nesse mesmo viés, Andreucci (2021) também discorre que, em qualquer fase do tratamento ambulatorial, o juiz também pode decidir pela internação do infrator, caso seja necessário para fins terapêuticos.

2.3 PERICULOSIDADE

O aprofundamento do entendimento sobre o conceito de periculosidade é um dos temas mais polêmicos dentro da teoria jurídica, e as divergências entre os estudiosos persistem até os dias atuais.

Para Carvalho (2020), a decisão de classificar o autor de uma conduta como responsável ou não e, conseqüentemente, determinar a resposta legal apropriada (pena ou medida de segurança), é uma escolha de natureza política no âmbito do direito penal. Essa escolha é posteriormente respaldada e justificada pela doutrina jurídica penal, que divide o sistema de responsabilidade criminal em dois discursos distintos: a) o sistema baseado na culpabilidade, que envolve a imputabilidade e a aplicação de penas; e b) o sistema relacionado à periculosidade que diz respeito à inimputabilidade e à aplicação de medidas de segurança.

Andreucci (2021), por sua vez, argumenta que a periculosidade pode ser real ou presumida, no que diz respeito aos inimputáveis. Para o autor, a periculosidade é considerada presumida, uma vez que a lei exige a aplicação da medida de segurança, partindo do pressuposto de que o agente tem capacidade potencial de cometer crimes. Já no caso dos semi-imputáveis, a periculosidade é real, pois precisa ser avaliada pelo juiz com base nas circunstâncias específicas do caso, levando à decisão entre impor uma pena reduzida ou aplicar uma medida de segurança.

Em paralelo a isso, Carvalho define sujeito perigoso (2020, p. 557) da seguinte forma:

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.

Nesse sentido, a periculosidade, que justifica a imposição de medidas de segurança, é vista como um estado no qual a pessoa demonstra uma tendência anormal. Isso, por sua vez, possibilita fazer previsões sobre comportamentos criminosos futuros com base nas deficiências psicológicas do indivíduo.

Lembramos que, para Lemos (2021) a periculosidade seria uma característica inerente às pessoas que sofrem de distúrbios psicológicos. Portanto, a imposição de medidas de segurança não funcionaria como uma proibição que atua como um imperativo antes da decisão do indivíduo, mas sim como uma ação que ocorreria posteriormente, depois que a periculosidade é identificada. E, para o autor, isso tem uma verdadeira função de prevenção especial, especialmente em relação a indivíduos que representam um risco.

Prado e Schindler (2017) atentam para o fato de que, com o desenvolvimento da ideia de periculosidade, até mesmo pessoas com transtornos mentais passaram a ser sujeitas a medidas de caráter penal, uma vez que, ao cometerem um delito, demonstrariam ser uma ameaça e, portanto, merecedoras de tratamento para evitar a prática de outros crimes. A teoria do estado perigoso tem, assim, servido e continua servindo como base para justificar a aplicação de medidas de segurança.

No entanto, ainda conforme entendimento dos mesmos autores, é importante questionar o fundamento da periculosidade que legitima a imposição da medida de segurança.

Em resumo, a periculosidade refere-se ao potencial risco que o indivíduo representa para a sociedade, presumido devido à sua incapacidade de compreender a natureza criminosa de sua conduta ou de agir de acordo com esse entendimento, devido a um distúrbio mental no momento da ação, algo que é comprovado por meio de avaliação pericial.

2.3.1 Cessação de periculosidade

Ao examinar a legislação penal, mais precisamente o artigo 97 do Código Penal, e considerando as duas categorias de medidas de segurança mencionadas, a internação e o tratamento ambulatorial, podemos observar que a regra geral é a aplicação da primeira, ou seja, a internação, pelo juiz. Por outro lado, o tratamento ambulatorial deve ser a exceção, ou seja, o juiz só pode determinar o tratamento fora de um ambiente hospitalar se o crime em questão for punível com detenção.

Assim, Prado e Schindler (2017, p. 633) fazem uma crítica ao disposto no art. 97 do Código Penal:

O referido dispositivo legal torna legítima, na prática jurídica, a cultura do encarceramento para solução de problemas relacionados ao cometimento de atos ilícitos, mesmo por aqueles que sofrem de transtornos mentais. Ao mesmo tempo, reforça a exclusão social dessas pessoas, porque, assim como a pena privativa de liberdade, a internação compulsória em instituições totais não favorece mudanças positivas em rela o ao indivíduo nem em rela o ao contexto que o rodeia [...].

Para Luchmann e Rodrigues (2007), o hospital psiquiátrico representa uma manifesta o completa da exclusão, controle e violência. Os limites físicos do manicômio ocultam tanto a violência física quanto a violência simbólica por meio de uma fachada que aparenta proteção, o que, por sua vez, permite que a sociedade se sinta justificada e desconectada das raízes sócio-históricas que contribuem para a cria o e perpetua o da doença mental.

No mesmo contexto, Reale Júnior (2020, p. 374) afirma que tanto a espécie de medida de segurança quanto o tempo mínimo: “deve ser adequado   anomalia psíquica, atendendo-se a outro critério que não o da gravidade do fato, e sim o da gravidade da doença geradora da prática do fato”.

A avaliação da saúde mental e, por conseguinte, do potencial perigoso do infrator, é realizada por meio de um procedimento jurídico chamado de incidente de insanidade. Este procedimento envolve a avaliação feita por psiquiatras e serve como base para o juiz decidir se o indivíduo é inimputável e, como resultado, se uma medida de segurança deve ser aplicada (Prado; Schindler, 2017).

No entanto, é importante destacar, conforme Prado e Schindler (2017), que a avaliação da insanidade, que é o foco do exame mencionado, não deve ser confundida com a análise da periculosidade do indivíduo. A primeira diz respeito à verificação da presença e manifestação de uma doença mental no momento do ato criminoso, e se essa condição afetou a capacidade do indivíduo de compreender e exercer sua vontade. Por outro lado, a avaliação da periculosidade deveria envolver a análise do risco que o indivíduo representa para a sociedade em geral, o que não é devidamente considerado.

Reale Júnior (2020, p. 376) discorre que, “após o período mínimo estabelecido, inicia-se um procedimento para avaliar se a periculosidade cessou, o qual deve se restringir à análise da melhoria ou da persistência da condição de saúde mental que levou à presumida periculosidade”.

Para o autor em comento, abordar a probabilidade de futuros comportamentos criminosos que não estejam relacionados à doença mental e que se baseiam em aspectos da história do indivíduo, como sua vida familiar, social ou física, significa ir além do que a lei estabelece como justificativa para a imposição da medida de segurança. Para ele, isso implica analisar elementos que vão além do que foi mencionado na sentença que determinou a medida de segurança, já que se trata de considerações diferentes (Reale Júnior, 2020).

O Código Penal dispõe que:

Art. 97 - 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.

§ 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 (Brasil, 1940).

Contudo, tanto o Supremo Tribunal Federal (STF) quanto o Superior Tribunal de Justiça (STJ) já haviam estabelecido, em várias decisões anteriores, que o prazo máximo de 40 anos estipulado pelo artigo 75 do Código Penal também se aplicava às medidas de segurança.

Mais recentemente, a orientação predominante é de que a duração da medida de segurança não deve exceder o limite máximo da pena prevista de forma genérica para o crime

cometido (Andreucci, 2021). Assim, o Superior Tribunal de Justiça, por intermédio da Súmula n. 527, discorre que: “o tempo de duração da medida de segurança não deve ultrapassar o limite máximo da pena abstratamente cominada ao delito praticado” (Brasil, STJ, 2015).

Nesse contexto, a Ministra Maria Thereza de Assis Moura argumenta em um de seus julgados:

EXECUÇÃO PENAL. HABEAS CORPUS. (1) IMPETRAÇÃO SUBSTITUTIVA. IMPROPRIEDADE DA VIA ELEITA. (2) EXECUÇÃO. MEDIDA DE SEGURANÇA. LIMITE DE DURAÇÃO DA MEDIDA. PENA MÁXIMA COMINADA IN ABSTRATO AO DELITO COMETIDO. (3) INSTRUÇÃO DEFICIENTE. ILEGALIDADE MANIFESTA. INEXISTÊNCIA (4) WRIT NÃO CONHECIDO. 1. É imperiosa a necessidade de racionalização do emprego do habeas corpus, em prestígio ao âmbito de cognição da garantia constitucional, e, em louvor à lógica do sistema recursal. *In casu*, foi impetrada indevidamente a ordem como substitutiva de recurso ordinário. 2. O prazo de duração da medida de segurança não deve ultrapassar o limite máximo da pena abstratamente cominada ao delito cometido. No caso, entretanto, não se pode concluir, a partir dos documentos acostados aos autos, que o paciente atingiu esse termo. 3. Writ não conhecido. (STJ, HC nº 251.296 – SP, Ministra Rel. Maria Thereza De Assis Moura, DJ 25/03/2014) (Brasil, STJ, 2014).

Da interpretação da decisão, tiramos que, quando o prazo da medida de segurança chega ao fim, que equivale ao período máximo estipulado por lei para o crime em questão, mesmo que a periculosidade do indivíduo não tenha diminuído, o Estado deve encerrar sua intervenção no âmbito penal.

Já, no que tange o prazo mínimo de internação, temos que ele será de 1 a 3 anos, findos os quais o agente será submetido à perícia médica, que se repetirá de ano em ano, ou a qualquer tempo por determinação judicial, consoante o art. 97, § 2.º, do CP (Brasil, 1940).

Bitencourt (2022, p. 966) atenta que:

[...] para evitar equívocos, que a determinação oficial, a qualquer tempo, só pode ocorrer depois de decorrido o prazo mínimo, isto é, o juiz só pode determinar, de ofício, a repetição do exame. Antes de escoado o prazo mínimo, referido exame somente poderá ser realizado mediante provocação do Ministério Público ou do interessado (procurador ou defensor), nunca de ofício. Tanto a provocação quanto a decisão devem ser devidamente fundamentadas.

Greco (2022) discorre que, da mesma forma que alguém que comete um homicídio pode ser reintegrado à sociedade, por exemplo, apenas dois anos após ser internado em um Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, desde que sua periculosidade tenha cessado, o mesmo princípio se aplica a outra pessoa que, após vinte anos de internação, não está apta a sair do tratamento ao qual tem sido submetida devido à persistência de sua periculosidade. Nesse caso, ela deve continuar no tratamento.

O procedimento da cessação de periculosidade está previsto nos artigos 175 a 179 da Lei de Execução Penal:

Art. 175. 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.

Art. 176. 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.

Art. 177. Nos exames sucessivos para verificar-se a cessação da periculosidade, observar-se-á, no que lhes for aplicável, o disposto no artigo anterior.

Art. 178. Nas hipóteses de desinternação ou de liberação (artigo 97, § 3º, do Código Penal), aplicar-se-á o disposto nos artigos 132 e 133 desta Lei.

Art. 179. Transitada em julgado a sentença, o Juiz expedirá ordem para a desinternação ou a liberação (Brasil, 1984).

Andreucci (2021) lembra que, verificada a cessação de periculosidade, a desinternação do indivíduo estará sempre sujeita a condições. Isso implica que, se a pessoa, dentro de um ano após a sua liberação, cometer um ato que demonstre a continuidade de sua periculosidade, deverá ser reintegrada à sua situação anterior.

Nesse sentido, Bitencourt (2022) discorre que, se for comprovado, por avaliação pericial, que a periculosidade do indivíduo cessou, o juiz encarregado da execução da medida de segurança ordenará a revogação dela, permitindo a desinternação ou a liberação do indivíduo, sujeito a condições semelhantes às do livramento condicional, conforme previsto no artigo 178 da Lei de Execução Penal (LEP).

Essa revogação, no entendimento do autor, equivale a uma suspensão condicional da medida de segurança, pois, se a pessoa desinternada ou libertada cometer um ato que indique a persistência de sua periculosidade dentro de um ano, a medida de segurança suspensa será restabelecida. Somente se esse período for estendido além desse ano, a medida de segurança será definitivamente extinta (Bitencourt, 2022).

3 A LUTA ANTIMANICOMIAL

No contexto do conhecimento e das práticas de controle de doenças mentais, a antipsiquiatria e o movimento antimanicomial surgiram como os principais movimentos de oposição às formas de segregação institucional. O resultado palpável desse processo de questionamento da abordagem manicomial foi a implementação de diversas reformas nos sistemas de saúde mental em muitos países ocidentais ao longo das últimas décadas. Os objetivos fundamentais dessas reformas psiquiátricas são desestabilizar e superar o modelo hospitalar manicomial, bem como os conhecimentos associados que sustentam e perpetuam esse enfoque hospitalocêntrico (Carvalho, 2020).

Conforme observado por Balbinot (2012), a reforma psiquiátrica representa uma mudança significativa na evolução dos tratamentos em saúde mental, pois rompe com a abordagem estritamente biomédica que considerava os pacientes psiquiátricos como objetos de tratamento. Em vez disso, a reforma psiquiátrica introduz a ideia de que essas pessoas que sofrem de transtornos mentais devem ser tratadas como sujeitos, levando em conta uma perspectiva mais abrangente em seu cuidado. Essa transformação é marcada pela transição da designação "pacientes" para o termo "usuários", refletindo uma abordagem mais humanizada e centrada na pessoa em sua busca por assistência em saúde mental.

Em relação aos desafios enfrentados na implementação e desenvolvimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, um conjunto diversificado de fatores multifacetados foi identificado. Entre eles, podem ser destacados três temas centrais que se destacaram em termos de frequência e relevância nas discussões: a superação do estigma social associado à doença mental; a otimização dos processos de trabalho das equipes; e o aprimoramento dos aspectos de gestão (Delgado *et al.*, 2015).

Em suma, a resistência representada pela antipsiquiatria e pelo movimento antimanicomial desencadeou reformas significativas nos sistemas de saúde mental, com o propósito essencial de questionar e de superar o modelo manicomial e os saberes que o sustentam, visando promover uma abordagem mais humanizada e inclusiva no tratamento de doenças mentais, priorizando a desinstitucionalização e a reintegração dos pacientes na sociedade.

3.1 A REFORMA PSIQUIÁTRICA PELA LEI Nº 10.216/2001

A reforma psiquiátrica, também conhecida como Luta Antimanicomial, emergiu como um contraponto crucial ao modelo que tradicionalmente centralizava a internação em hospitais psiquiátricos. Este movimento, que ganhou força no Brasil a partir da década de 1970 e culminou com a promulgação da Lei nº 10.216/2001, representou uma revolução nas políticas públicas de saúde mental que agora são adotadas em todo o país. A reforma psiquiátrica não apenas contesta as práticas antigas, mas também introduz inovações significativas que visam garantir um tratamento mais humano, integrado e baseado nos direitos das pessoas com transtornos mentais (Prado; Shindler, 2017).

A Lei nº 10.216 e as orientações provenientes de diversos eventos na área da saúde mental enfatizaram a necessidade de analisar os fundamentos que fundamentam a política de internação compulsória de pessoas com transtornos mentais envolvidas em crimes, abrangendo questões como inimputabilidade, medidas de segurança, periculosidade, e outros assuntos que não receberam a devida atenção durante o processo da Reforma Psiquiátrica (Santos; Farias, 2014).

Embora a Lei Paulo Delgado (Lei nº 10.216/2010) não aborde de forma específica os transtornos mentais associados a atos criminosos, ela faz referência à internação compulsória, que engloba todas as situações relacionadas ao sistema judicial durante a implementação da Reforma Psiquiátrica.

De acordo com a perspectiva de Salo de Carvalho (2020), não existe razão para estabelecer distinções no tratamento entre os usuários que buscam os serviços de saúde mental, independentemente de terem cometido delitos. Com a promulgação da Lei da Reforma Psiquiátrica, o atendimento prestado a essas pessoas, seja por internação voluntária, involuntária ou compulsória, deve seguir princípios de igualdade e estar alinhado com a abordagem de desinstitucionalização. Carvalho (2020, p. 586) afirma que:

A vedação de tratamento em instituições com características asilares atinge inclusive as formas de internação compulsória, ou seja, aquelas determinadas pelo Poder Judiciário (art. 6º, parágrafo único, III). Não por outra razão a Lei n. 10.216/2001 regula a própria atividade judicial ao estabelecer que, de acordo com a legislação vigente, o juiz competente levará em conta as condições de segurança do estabelecimento quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e dos funcionários (art. 9º). As condições de segurança do paciente não podem ser outras que a efetividade dos seus direitos, dispostos no art. 2º, parágrafo único, estando proibida a forma asilar por constituir tratamento desumano (art. 2º, II), abusivo (art. 2º, III) e invasivo (art. 2º, VIII).

Para Nucci (2022, p. 485):

A Lei 10.216/2001 não revogou, nem modificou o disposto no Código Penal, no tocante aos inimputáveis (ou semi-imputáveis), autores do injusto penal, que recebem medida de segurança. Em primeiro lugar, a mencionada Lei tem caráter civil, e não penal. Destina-se a regular as internações voluntárias, involuntárias e judiciais no âmbito cível. Em segundo, os direitos expostos nessa Lei são perfeitamente compatíveis com o escopo da Lei de Execução Penal. Quer-se a cura da pessoa sujeita à medida de segurança, devendo-se respeitar os seus direitos como paciente em tratamento, seja internado, seja em liberdade. Por outro lado, atualmente, a imposição de internação ou tratamento ambulatorial tem obedecido ao critério médico e não somente ao texto legal do art. 97 deste Código. Em suma, a Lei 10.216/2001 concorre com o cenário das medidas de segurança, previstas e disciplinadas no Código Penal e na Lei de Execução Penal, não havendo colidência, mas simples composição de seus dispositivos.

Ainda, nas palavras de Estefam (2022), a Lei Antimanicomial não promove alterações no sistema legal das medidas de segurança, embora assegure aos indivíduos com deficiência mental, incluindo aqueles que estão sujeitos a essas sanções, uma série de direitos fundamentais, como o direito à acessibilidade e a outros direitos concedidos aos condenados sem deficiência.

Dessa forma, estabeleceu-se uma restrição explícita à utilização de tratamentos em manicômios, ressaltando que a internação psiquiátrica deve ser considerada apenas em circunstâncias excepcionais, quando os recursos extra-hospitalares, como os serviços comunitários, revelarem-se insuficientes.

Nesse viés, retirou-se do parágrafo 3 e do artigo 4 da Lei nº 10.216/2001, a internação de pacientes com transtornos mentais em instituições que apresentem características semelhantes às de asilos, sendo estritamente vedada (Brasil, 2001).

A Lei de Reforma Psiquiátrica anseia que, em sua maioria, os tratamentos baseados em liberdade e uso de recursos fora do ambiente hospitalar sejam a norma. Conforme artigo 4º “A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes” (Brasil, 2001).

Além disso, o artigo 6º estipula que a internação psiquiátrica só pode ser efetivada quando justificada por um laudo médico detalhado que explique as razões para tal procedimento (Brasil, 2001).

Para Devera e Costa-Rosa (2007, p. 75):

A aprovação da lei 10.216, de abril de 2001, que trata da proteção e dos direitos de pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em Saúde Mental, teve trajetória demorada e difícil nas instâncias do legislativo nacional. Aprovada em última instância, ela reflete o consenso possível no que tange a uma lei nacional de Reforma da Assistência Psiquiátrica no Brasil. Teve como base o projeto original do deputado Paulo Delgado e versão final alterada pelo substitutivo do

senador Sebastião Rocha. Continha proposições em substitutivos anteriores favoráveis ao projeto original, a saber, Senador Beni Veras e Lúcio Alcântara, e contrários o senador Lúcido Portella. Sua longa demora na tramitação e as emendas que recebeu, para ser viabilizada, que lhe subtraíram suas pretensões mais caras, são emblemáticas das dificuldades enfrentadas pela própria Reforma Psiquiátrica.

Conforme Delgado *et al.* (2015), embora o processo de reforma no Brasil tenha alcançado avanços significativos, não pode ser considerado totalmente bem-sucedido. Mesmo com a diminuição progressiva do número de leitos e a consolidação da legislação de saúde mental, como a Lei nº 10.216 de 2001, juntamente com uma base normativa sólida no Sistema Único de Saúde (SUS), ainda persistem desafios fundamentais.

Esses desafios incluem a necessidade de ampliar o acesso aos serviços de saúde mental e integrar efetivamente esses serviços com a atenção primária, questões que ainda não foram completamente resolvidas. Além disso, existe o risco de retrocessos, como a tendência à reinstitucionalização, que se manifesta na internação de pessoas com transtornos relacionados ao álcool e a outras drogas, de idosos e de crianças vulneráveis por várias condições, seja de ordem mental ou psicossocial.

Logo, isso reflete a pretensão de uma mudança significativa na abordagem de tratamento em saúde mental.

3.2 A EXTINÇÃO DOS HOSPITAIS DE CUSTÓDIA

Ao longo dos tempos, surgiram preocupações em relação à eficácia dos hospitais de custódia, bem como questões relacionadas aos direitos humanos e à estigmatização das pessoas com transtornos mentais. Com isso, passou-se a estudar medidas que visassem a manutenção da dignidade destas pessoas com transtornos psíquicos em conflito com a lei.

De acordo com Barros (2019), os hospitais de custódia e tratamento, previamente conhecidos como manicômios judiciários, são instituições no Brasil que operam sob a responsabilidade das Secretarias de Administração Penitenciária. Eles apresentam uma combinação de características tanto hospitalares quanto prisionais, uma vez que abrigam pacientes que cometeram crimes. Nesse ponto, em um de seus escritos, Venturini, Mattos e Oliveira (2016, p. 62) apresentam duras críticas ao modelo hospitalocêntrico:

Gostaria de dizer-lhes que, no que diz respeito aos manicômios judiciais, ou qualquer outra sinonímia que se lhe empreste, não tenho dúvidas sobre sua imprestabilidade para o fim a que se destina, um desperdício de dinheiro público inenarrável; e trago-

lhes também uma certeza inabalável: é uma instituição que passou da hora de desaparecer [...].

De acordo com Amarante e Torre (2018), o indivíduo que se encontra recluso em um ambiente onde está sujeito a diversas formas de violência acaba incorporando, em seu comportamento, aquilo que a instituição deseja que ele se torne, o que pode incluir comportamentos violentos, antissociais, melancólicos, ou seja, um estado de alienação. Quando um sujeito, independentemente de ter ou não um sofrimento mental, é continuamente exposto a essa situação, após um certo período, torna-se desafiador discernir o que é intrínseco a ele, o que é consequência do seu sofrimento e o que é moldado pela condição de institucionalização.

Com a criação da Lei da Reforma Psiquiátrica, houve uma mudança significativa na abordagem aos indivíduos com transtornos mentais envolvidos em atividades criminais. A legislação incentivou uma reavaliação das medidas tradicionalmente aplicadas, como a internação em hospitais de custódia psiquiátricos, em busca de alternativas menos restritivas e mais terapêuticas.

Na perspectiva de Santos e Farias (2014), a plena implementação da proposta de abolir os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico no Brasil requer a preparação e a formação adequada dos profissionais das áreas de saúde e do sistema jurídico. Esses profissionais devem estar aptos a trabalhar no âmbito da atenção psicossocial a indivíduos com transtornos mentais envolvidos em questões legais. O primeiro passo nesse processo é desconstruir a imagem do "manicômio mental", que perpetua estereótipos sobre loucura, periculosidade e sustenta a lógica da institucionalização, entre outras práticas conservadoras.

Salo de Carvalho (2020, p. 586) entende que:

A alteração no quadro normativo torna inadmissível a manutenção de regimes segregacionais de execução das medidas de segurança, constituindo-se em ilegalidade a preservação dos espaços conhecidos como manicômios judiciais, institutos psiquiátrico-forenses ou hospitais de custódia e tratamento. Se a reivindicação do movimento antimanicomial consagrada na Lei n. 10.216/2001 é a de que os usuários dos serviços de saúde mental não sejam estigmatizados em manicômios e que em caso de necessidade de intervenção médica aguda recebam tratamento nos hospitais gerais, é injustificável a exclusão daquele portador de transtorno que se difere pelo cometimento do ilícito. Os avanços da reforma psiquiátrica, portanto, devem ser universais e incorporados nas práticas do sistema penal.

Nesse contexto, estabelece-se uma comparação e avaliação das violações de direitos, uma vez que a medida de segurança em regime de detenção acaba compartilhando os mesmos objetivos e estruturas presentes na pena de prisão.

Para Branco (2013, p. 11):

A observação a ser feita (e que deve ser entendida apenas como observação e não como a solução do problema) é que o portador de sofrimento psíquico que cumpre Medida de Segurança detentiva, pela sua qualidade de “diferente”, “inimigo” e “perigoso”, não é visto como sujeito de direitos, demonstrado pelo fato de que, além de não ser tratado clinicamente como deveria – o que deixa a medida de segurança detentiva em patamar de igualdade ou inferioridade com a pena privativa de liberdade, pelos mais diversos argumentos já sabidos -, lhe são negados direitos processuais mínimos, bem como garantias que assistem ao preso comum quando da execução penal, tais como: detração, progressão de regime, livramento condicional, suspensão condicional da pena, determinação do limite máximo de duração da sanção, etc.

Segundo Carvalho (2020), a transformação do paradigma centrado em hospitais começa com a desaceleração na construção de leitos em instituições psiquiátricas, com a transferência de indivíduos que sofrem com problemas psíquicos para leitos em hospitais gerais quando necessário e com o estabelecimento de redes alternativas interdisciplinares de atendimento. Essas ações também implicam uma mudança na abordagem dos profissionais em relação aos pacientes do sistema de saúde mental.

Assim, superar os desafios do modelo existente, que dificultam a sua extinção, é uma tarefa complexa. Isso inclui a longa permanência de pacientes devido a prorrogações contínuas de medidas de segurança, bem como a falta de uma rede de apoio adequada para aqueles que são desinternados, a fim de efetivar a desinstitucionalização.

Segundo as observações de Souza (2012), a instituição torna-se o ambiente primordial do indivíduo, no qual ele está sujeito a uma autoridade externa que deve ser obedecida. Todas as atividades ocorrem em conjunto com o grupo, seguindo rotinas estabelecidas e impostas para atender aos propósitos da instituição. Nesse contexto, a liberdade individual é praticamente inexistente. Um grupo de profissionais é encarregado de controlar estritamente o outro grupo, composto pelos internos, e, em algumas situações, pode ocorrer abuso de autoridade.

Nesse viés, verificamos que o objetivo não se limita à desativação das unidades, mas está direcionado, sobretudo, para estabelecer as condições práticas que permitam ao Estado cumprir a legislação do país e, no cenário internacional, alinhar-se com os princípios das convenções de direitos humanos ratificadas pelo Brasil. Esse esforço visa garantir que o cumprimento das medidas de segurança seja realizado com dignidade, em conformidade com esses marcos legais e padrões globais.

De acordo com informações fornecidas pela Associação Brasileira de Psiquiatria (2023), no presente momento, há trinta hospitais de custódia em operação no Brasil, providenciando assistência a mais de 3.000 indivíduos com deficiência psicossocial que se encontram sob custódia judicial.

3.2.1 A Resolução nº 487/2023 do CNJ

No mês de fevereiro de 2023, a Resolução CNJ nº 487/2023 introduziu a Política Antimanicomial no âmbito do Poder Judiciário, que se tornou efetiva em maio do mesmo ano, após um período de 90 dias a partir de sua publicação no Diário da Justiça Eletrônico (DJe). O texto dessa resolução estabelece diretrizes e procedimentos para a implementação da Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência e da Lei nº 10.216/2001 no contexto do processo penal e na execução das medidas de segurança (Brasil, 2023).

Em análise, a Resolução nº 487/2023 não apenas propõe o encerramento dessas instituições, mas também estabelece diretrizes e critérios para a realocação dos pacientes em unidades de tratamento psiquiátrico apropriadas. Além disso, ela aborda a criação de um cronograma para a desativação gradual dos hospitais de custódia, refletindo o compromisso em promover a desinstitucionalização e facilitar a reintegração social dos indivíduos com transtornos mentais em ambientes menos restritivos (Brasil, 2023).

Ainda, importa destacar que a Resolução nº 487 está alinhada às diretrizes estabelecidas pela Resolução nº 04/2010. Esta última já previa a necessidade de um programa específico de atendimento para pessoas com doença mental envolvidas em processos criminais, com o objetivo de mediar as relações entre o Poder Judiciário e o Poder Executivo. Assim discorre a Resolução nº 04/2010, em seu art. 2º, o Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCCP):

[...] a abordagem à pessoa com doença mental na condição de autor do fato, réu ou sentenciado em processo criminal, deve ser objeto de atendimento por programa específico de atenção destinado a acompanhar o paciente judiciário nas diversas fases processuais, mediando as relações entre o Poder Judiciário e o Poder Executivo, visando à promoção da individualização da aplicação das penas e medidas de segurança e no encaminhamento das questões de execução penal dos pacientes judiciários (CNPCCP, 2010).

Portanto, entende-se que a Resolução nº 487 é uma evolução natural desse contexto regulatório estabelecido anteriormente e era esperada no contexto atual.

Essa medida é vista por muitos como uma resposta à necessidade de aprimorar o tratamento de pessoas com transtornos mentais, ao mesmo tempo em que se procura garantir a proteção dos direitos humanos e a redução do estigma associado a esses indivíduos. O atual esforço para encontrar abordagens mais compassivas e eficazes para lidar com questões de

saúde mental no contexto do sistema de justiça criminal reflete uma mudança na perspectiva da sociedade em relação a esse desafiador tema.

De acordo com o CNJ, a norma estabelece orientações para a atuação dos magistrados não apenas após a desinstitucionalização daqueles que já estão em Hospitais de Custódia, mas também durante as audiências de custódia, quando há a identificação de indivíduos com indícios de transtorno mental em um estágio preventivo. Sendo-lhes proporcionados cuidados de saúde e, ao mesmo tempo, acompanhamento com uma equipe multidisciplinar qualificada, garantindo que o atendimento seja adaptado às suas necessidades específicas, sem desconsiderar a medida judicial eventualmente imposta (Brasil, 2023).

3.2.1.1 A medida de segurança nos preceitos da Resolução n. 487/2023

A medida de segurança, de acordo com os novos preceitos estabelecidos na Resolução nº 487/2023 do CNJ, passa a ser regulamentada com base em diretrizes que visam garantir o tratamento adequado e a reintegração de indivíduos com transtornos mentais envolvidos em conflitos com a lei. Definindo padrões e procedimentos específicos para assegurar a atenção integral à saúde e a reinserção social dessas pessoas com uma abordagem mais humanitária e terapêutica em conformidade com a legislação de saúde mental.

Em seu artigo 11, a Resolução estabelece que, ao impor uma medida de segurança em uma sentença criminal, a autoridade judicial deverá considerar a modalidade mais adequada para o tratamento de saúde do acusado. Essa escolha deve levar em conta a avaliação biopsicossocial, eventuais exames realizados durante a fase instrutória do processo e os cuidados que podem ser fornecidos em meio aberto. Além disso, o parágrafo único destaca que a autoridade judicial deve considerar os pareceres das equipes multiprofissionais que atendem o paciente na Rede de Atenção Psicossocial (Raps), na Equipe de Atenção Psicossocial (EAP) ou em outra equipe responsável pelo acompanhamento do indivíduo. Esse procedimento visa garantir uma abordagem mais abrangente e informada na decisão sobre a medida de segurança (Brasil, 2023).

No que tange ao tratamento ambulatorial, o artigo 12 estabelece que a medida de tratamento ambulatorial será priorizada em relação à medida de internação, e a autoridade judicial acompanhará seu cumprimento por meio de procedimentos definidos em colaboração

entre o Poder Judiciário e a Rede de Atenção Psicossocial, com o auxílio da equipe multidisciplinar do tribunal (Brasil, 2023).

O acompanhamento da medida considerará o desenvolvimento do Plano Terapêutico Singular (PTS) e outros elementos fornecidos pela equipe de atenção psicossocial, bem como a disponibilidade e acessibilidade dos serviços, a atuação das equipes de saúde e o envolvimento do paciente no tratamento. Interrupções no tratamento serão compreendidas como parte do quadro de saúde mental, levando em consideração a dinâmica do atendimento e as condições do território (Brasil, 2023).

Cabe salientarmos que, nos moldes da resolução, a ausência de apoio familiar não será considerada como condição para impor, manter ou encerrar o tratamento ambulatorial ou a desinternação condicional. A prescrição de outros recursos terapêuticos, incluindo a internação, não deve ser de natureza punitiva, nem deve resultar na conversão da medida de tratamento ambulatorial em internação. A autoridade judicial revisará a possibilidade de encerramento da medida de segurança pelo menos anualmente ou quando solicitado pela defesa ou recomendado pela equipe de saúde do paciente, sem depender do término do tratamento em saúde mental (Brasil, 2023).

Por fim, no que se refere ao instituto da internação, a resolução discorre que deverá ser absolutamente excepcional e só ocorrerá quando outras medidas cautelares diferentes da prisão não forem adequadas ou suficientes. Essa decisão é tomada com base no Plano Terapêutico Singular e prescrita pela equipe de saúde da Rede de Atenção Psicossocial como recurso terapêutico momentaneamente necessário para a restauração da saúde do indivíduo (Brasil, 2023).

A internação, nessas circunstâncias excepcionais, será realizada em leito de saúde mental em um Hospital Geral ou outro serviço de saúde referenciado pelo Centro de Atenção Psicossocial e não mais como regra nos Hospitais de custódia Psiquiátricos (Brasil, 2023).

Conforme a resolução, o Poder Judiciário deverá atuar para garantir que nenhuma pessoa com transtorno mental seja mantida em uma unidade prisional ou submetida à internação em instituições com características asilares, que não possam proporcionar assistência integral à saúde do paciente ou garantir o exercício de seus direitos (Brasil, 2023).

A internação pode ser encerrada quando a equipe de saúde multidisciplinar determinar que não é mais necessária como recurso terapêutico. Nesse caso, a alta hospitalar será

comunicada à autoridade judicial, e o acompanhamento psicossocial poderá continuar nos outros dispositivos da Raps em meio aberto (Brasil, 2023).

Ainda, em seu artigo 14, a resolução prevê que aos pacientes em internação devem ser proporcionadas oportunidades de reintegração à sua comunidade, família e círculo social, por meio de atividades em meio aberto, sempre que possível (Brasil, 2023).

3.2.2 O atual contexto do Plano Nacional de Implementação da Política Antimanicomial do Poder Judiciário

A Resolução nº 487/2023 do CNJ, que regulamenta a Lei Antimanicomial (Lei nº 10.216/2001), estabeleceu prazo de um ano a partir do dia 15 de abril de 2023 para o fechamento dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico existentes no Brasil (Brasil, 2023).

Uma das transformações sugeridas pela Política Antimanicomial do Poder Judiciário é a progressiva desativação dos hospitais de custódia, que historicamente atenderam pacientes em tratamento psiquiátrico no Brasil, em prol da transferência desse grupo populacional para os cuidados do Sistema Único de Saúde.

Para isso, foi desenvolvido um plano de ação para conduzir as atividades relacionadas à política, que incluiu a criação de um Plano Nacional para Implementar a Política Antimanicomial no âmbito do Poder Judiciário, conforme estabelecido na Resolução CNJ nº 487/2023. Este plano inclui medidas de apoio aos estados, o processo gradual de desativação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico e a supervisão da aplicação da política em todo o país. O plano também prevê o lançamento de um mapeamento detalhado e georreferenciado, com o propósito de identificar a localização das pessoas sujeitas a medidas de segurança, os HCTPs e os serviços de saúde. Isso permitirá uma avaliação precisa das capacidades e necessidades em diferentes regiões do Brasil (Brasil, CNJ, 2023).

Segundo as diretrizes do Conselho Nacional de Justiça, o sistema judiciário brasileiro fará a revisão dos processos que envolvem medidas de segurança para indivíduos com transtornos mentais. O objetivo é promover a desinstitucionalização dessas pessoas, retirando-as dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, bem como áreas semelhantes. Além disso, prevê o encerramento dessas instituições, com a devida transição para sistemas de saúde e assistência social inclusivos. Cada caso receberá a terapêutica apropriada, que pode envolver tratamento ambulatorial ou, em circunstâncias excepcionais, internações, com o

estabelecimento de protocolos de cooperação entre o sistema judiciário e a rede de saúde (Brasil, CNJ, 2023).

Desse modo, verificamos que a extinção dos hospitais de custódia também levanta questões sobre a relação entre a saúde mental e o sistema de justiça criminal, a desinstitucionalização de pacientes psiquiátricos, a avaliação da responsabilidade penal de pessoas com transtornos mentais e a importância de promover a prevenção e a intervenção precoce em saúde mental.

Entretanto, as medidas delineadas nessa política têm suscitado debates e discordâncias, envolvendo psicólogos, psiquiatras e profissionais da área médica, bem como gestores públicos e especialistas em saúde mental.

Segundo Antônio Geraldo da Silva, líder da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), é essencial concentrar esforços na aprimoração da administração pública para garantir a prestação de serviços de qualidade. Isso fica evidente no caso do Instituto Psiquiátrico Forense de Porto Alegre, que se depara com o desafio de contar apenas com dois psiquiatras para atender a uma demanda de 209 pacientes internados (Associação Brasileira de Psiquiatria, 2023).

Nessa situação, é importante não desqualificar o serviço, mas sim reconhecer as limitações de recursos e de profissionais disponíveis. Quando um psiquiatra emite um laudo indicando que um paciente não tem condições de viver na sociedade, isso não implica necessariamente que a cura seja impossível, mas sim que um cuidado especializado é fundamental. Instituições como hospitais de custódia contam com profissionais treinados para atender a essa clientela específica (Associação Brasileira de Psiquiatria, 2023).

Ainda, em seu site oficial, o Conselho Federal de Medicina, posicionou-se negativamente em relação a questão:

O fechamento de todos os hospitais de custódia e tratamentos psiquiátricos do País, previsto na resolução nº 487/2023, do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), trará consequências negativas à população, aos médicos e aos pacientes das demais instituições de saúde para onde serão encaminhadas as pessoas com doenças mentais que cometeram crimes. Esta é a avaliação dos integrantes do Conselho Federal de Medicina (CFM), que criticam duramente a medida do CNJ, apoiada pelo Ministério da Saúde. Em maio, na véspera da entrada em vigor da resolução, o CFM assinou uma manifestação contra o fechamento dessas “instituições com características asilares”, que recebem e tratam pessoas com transtornos mentais que foram condenadas pela justiça. O documento também foi assinado pela Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), a Associação Médica Brasileira (AMB), a Federação Nacional dos Médicos (Fenam) e a Federação Médica Brasileira (FMB) (Conselho Federal de Medicina, 2023, p. 1).

Nesse viés, a preocupação da sociedade em relação aos pacientes judiciais em tratamento ambulatorial é válida. Portanto, devemos levar em conta o equilíbrio entre o tratamento eficaz, a proteção da comunidade e os direitos dos pacientes, que é o cerne dessas discussões, requerendo uma abordagem cuidadosa e equitativa por parte das autoridades responsáveis.

3.3 DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DOS PACIENTES EM CONFLITO COM A LEI

A desinstitucionalização de pacientes dos hospitais de custódia psiquiátricos tem-se tornado um assunto de crescente importância nas discussões sobre saúde mental e sistema de justiça. Essa prática envolve uma significativa mudança no tratamento de indivíduos com transtornos mentais que cometeram delitos, substituindo a internação de longa duração em instituições por alternativas baseadas na comunidade.

No entanto, essa abordagem levanta questões sobre os potenciais riscos tanto a nível pessoal quanto social. Para Ferrari (2001, p. 168):

Reintegração comunitária significa possibilidade de Integração social, exteriorizada pela progressividade na execução de qualquer espécie de sanção penal, estendendo-se também àqueles suscetíveis às medidas de tratamento criminal. Permitida a progressão em relação a inimputáveis e semi-imputáveis, possíveis serão as transferências de um regime de tratamento mais rigoroso a um menos rigoroso, resgatando sua autodeterminação e dignidade, auxiliando na efetiva, gradativa e futura convivência sociofamiliar. Embora inexistente em nossa atual legislação penal, o sistema progressivo aplicável aos delinquentes-doentes mentais já constitui uma realidade pragmática nacional, concretizada em vários estados da Federação, apesar da lacuna legal. Experimentada pela primeira vez no Brasil em 1966, no Instituto Psiquiátrico Forense Maurício Cardoso, de Porto Alegre, a progressividade dos delinquentes-doentes mentais possuía como característica essencial: a oportunidade de o paciente dirigir-se à casa de familiares, inicialmente nos fins-de-semana [sic], ampliando-se, de forma paulatina, para sua estadia a família por uma semana, quinze dias, um mês, permanecendo em casa definitivamente quando demonstradas as condições de reintegração. No período de 1981 a 1984, o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Franco da Rocha iniciou visitas experimentais, admitindo que os pacientes delinquentes passassem os fins-de-semana [sic] junto a seus familiares, resultando em concretos ganhos terapêuticos. Tal ensaio, todavia, foi suspenso judicialmente sob a alegação de ausência de amparo legal. O direito de execução penal, em lugar de evoluir com as novidades que indicavam, inclusive, constituir o meio grande rumo para a recuperação do inimputável, transformou-se em um muro à custódia. O ao formalismo jurídico, contudo, não venceu a imaginação e a resistência dos bem intencionados [sic], inaugurando-se em 1989, em Franco da Rocha, um pavilhão destinado ao implemento de uma progressividade na execução da medida de segurança de internamento, constituindo-se num modelo transitório entre a situação de hospitalização em regime fechado e o retorno ao meio Social mais amplo. Instituiu-se, assim, uma progressividade à medida de internamento, proporcionando aos indivíduos, que aos loucos melhorassem, um momento de liberdade, retornando ao convívio social.

Neste contexto, à luz das reflexões do autor Ferrari, fica evidente que a progressividade na execução de medidas de segurança, incluindo a reintegração comunitária, emerge como uma abordagem crucial para a recuperação e a reintegração social de indivíduos com doenças mentais envolvidos em atos criminais. A experiência pioneira mencionada, como o caso de Porto Alegre, ilustra que o contato regular com suas famílias pode resultar em melhorias terapêuticas significativas.

No entanto, o autor também chama a atenção para os desafios legais que tais iniciativas enfrentam devido à falta de amparo legal, destacando a necessidade de adaptação do sistema legal e das políticas para promover essas abordagens.

Para Torres e Fonseca (2020), a desinstitucionalização abarca aspectos relacionados à política, à administração e ao cuidado, demonstrando-se na conformidade da execução das medidas de segurança com as diretrizes da Lei nº 10.216/01, na abordagem abrangente e interdisciplinar em colaboração com a rede de saúde, assistência social, acolhimento e no tratamento individualizado. A legislação vigente, fundamentada na atenção psicossocial, tem como foco a saúde mental, a prevenção e a terapia no ambiente comunitário, que se apresenta como o contexto propício para intervenção.

A desinstitucionalização na assistência psiquiátrica pode ser interpretada através de termos diversos, incluindo desinternação, desospitalização ou reconfiguração e reestruturação de um modelo de organização e prestação de serviços destinados a indivíduos com transtornos mentais (Torres; Fonseca, 2020).

Desse modo, verificamos que o equilíbrio entre o tratamento terapêutico, a justiça e a reintegração social se tornam uma prioridade para garantir que indivíduos com doenças mentais recebam a assistência necessária para se recuperarem e se reintegrarem de maneira plena na sociedade.

3.3.1 O processo da desinstitucionalização

Em primeira análise, é importante esclarecermos que a desinternação implica na saída do paciente do tratamento que estava sendo conduzido em um ambiente de internação no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. Nesse momento, o tratamento passa a ser realizado em um ambiente ambulatorial, indicando que o paciente ainda está sob cuidados médicos, mas não há mais necessidade de o manter internado para esse propósito. Contudo, é

possível que, por meio da avaliação da cessação de periculosidade, seja determinado que o paciente já se recuperou completamente do transtorno que o afetava. Nesse caso, o juiz pode ordenar a sua liberação, o que significa que o paciente não está mais obrigado a continuar o tratamento, seja em regime de internação ou em atendimento ambulatorial (Greco, 2022).

Em seus escritos, Amarante (1996) tem a perspectiva de que, se a remoção da loucura do contexto da vida urbana e da esfera da convivência social, juntamente com a segregação de indivíduos considerados loucos em instituições de tratamento fechado, tem suas raízes no princípio do "isolamento terapêutico" conforme estabelecido na perspectiva de Pinel, o qual foi incorporado pela abordagem tradicional da clínica psiquiátrica, então, desfazer esse fundamento fundamental é a peça central das iniciativas de desinstitucionalização no campo da saúde mental e nos processos de reforma psiquiátrica.

Isso realça a importância de criar um novo conceito de sofrimento mental que vai além da concepção tradicional de doença ou de transtorno mental, de modo a não se limitar à abordagem "terapêutica" médica, psiquiátrica, psicológica ou sanitária.

Seguindo a normativa disposta no Código Penal (§ 3º do art. 97 do Código Penal):

Art. 97 [...]

§ 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 (Brasil, 1940).

Para Greco (2022), quando a internação não resolve os problemas de saúde mental do paciente que está sob medida de segurança, a alternativa é considerar a desinternação e a transição para tratamento ambulatorial. No entanto, a liberação total do paciente não é apropriada se este ainda apresenta evidências de que, sem um tratamento médico adequado, representará um risco para si mesmo e para aqueles com quem convive.

Nesse contexto, conforme Avena (2019, p. 365):

Sob o rótulo da desinternação progressiva aceita-se, também, a conversão da internação em tratamento ambulatorial, a fim de que o agente se prepare paulatinamente ao convívio social, sem prejuízo de permanecer sob cuidados médicos.

Segundo Branco (2013), atualmente, a sociedade enxerga o doente mental sob a perspectiva do medo, da intolerância, e o associa a elementos destrutivos, negativos e a um mal social. Isso significa que, paralelamente às medidas de segurança, ocorre uma estigmatização dos indivíduos que enfrentam transtornos psíquicos, devido ao que eles podem representar: o estigma da loucura. Portanto, a ênfase na repressão por meio da internação reflete uma clara

recusa em aceitar a diversidade, excluindo essas pessoas de espaços nos quais deveriam circular, violando os princípios constitucionais que o Estado, enquanto entidade legitimadora, se comprometeu a assegurar.

Um dos mecanismos que já vinha sendo adotado para promover a desinstitucionalização psiquiátrica no Brasil é o *Programa de Volta pra Casa*, estabelecido por meio da Lei nº 10.708/2003. Esse programa consiste na concessão de um auxílio financeiro mensal, destinado a pacientes que deixam instituições asilares após terem passado dois anos ou mais internados de forma contínua. Esse apoio financeiro desempenhou um papel fundamental na reintegração social desses indivíduos, auxiliando na sua reintegração tanto no seio familiar quanto em outros dispositivos, como as residências terapêuticas (Delgado *et al.*, 2015).

O processo de desinstitucionalização de hospitais de custódia psiquiátricos é uma mudança significativa na abordagem de transtornos mentais e justiça. Envolve a transição de internações de longo prazo para tratamentos comunitários, abordando saúde mental, direitos humanos e estigma. Nesse viés, Hirdes (2007) entende que:

O projeto de desinstitucionalização busca a reconstrução do objeto (enquanto sujeito histórico) que o modelo tradicional reduziu e simplificou (causalidade linear doença/cura – problema/solução). Mas para alcançar este objetivo, faz-se necessário que as novas instituições estejam à altura do objeto que está em constante reconstrução na sua existência – sofrimento: esta é a base da instituição inventada. Os projetos de atendimento surgidos nos últimos anos têm de saída a recusa do modelo sintomático em benefício da criação de uma clínica psiquiátrica renovada, deslocando o processo do tratamento da figura da doença para a pessoa doente. Nestes novos espaços, as ações antes centradas nos sinais e sintomas, na classificação dos diferentes quadros nosográficos, em suma, na medicalização da loucura, passam a ter outro enfoque, que é o de falar de saúde, de projetos terapêuticos, de cidadania, de reabilitação e reinserção social e, sobretudo, de projetos de vida.

Para Delgado *et al.* (2015), a reinserção social desses pacientes judiciais em conflito com a lei carece de melhorias substanciais, uma vez que esse processo ainda não obteve sucesso em contextos que vão além dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Muitos desses indivíduos enfrentam a exclusão e o estigma, inclusive no âmbito familiar, e permanecem à margem das oportunidades de participação em atividades produtivas e também à margem da segurança social.

Nesse viés, com a implementação da Resolução nº 487, a desinstitucionalização passa a seguir direções ligeiramente diferentes, uma vez que tem como meta o progressivo encerramento dos hospitais de custódia. Portanto, verificamos que a presença de uma rede de cuidados comunitários, que funcione como uma opção de atendimento em contraposição às

convencionais unidades psiquiátricas hospitalares, é apontada como um elemento crucial para o êxito do projeto em discussão.

3.3.2 A questão da periculosidade da desinstitucionalização

A principal problemática relacionada a esse processo de desinstitucionalização envolve o equilíbrio entre a necessidade de garantir o tratamento adequado e o respeito aos direitos dos pacientes, ao mesmo tempo em que se considera a segurança pública e o bem-estar da sociedade. Nesse sentido, para Emerim e Souza (2013, p. 141): “A crença na periculosidade presumida do louco infrator, atestada nos laudos psiquiátricos, tem justificado a utilização do expediente da medida de segurança”.

Santos (2017) discorre que a periculosidade é entendida como uma característica inerente ao indivíduo perigoso, integrando seus traços e sua personalidade. Essa concepção de periculosidade alterou a percepção do ato praticado por alguém considerado inimputável, que deixou de ser simplesmente um ato criminoso para ser visto como um sintoma da periculosidade criminal do sujeito. A personalidade do agente passou a ser o novo critério para determinar a aplicação de uma sanção. Em vez de se basear no ato criminoso para a condenação, o foco passou a recair sobre o agente e sua personalidade mais ou menos perigosa.

Ainda, conforme Santos (2017), a perigosidade é relevante em duas dimensões: primeiro, justifica a imposição de sanções legais; em segundo, a perigosidade, seja maior ou menor, serve de base para a formação de uma previsão sobre a reincidência futura em atividades criminosas, ou seja, o julgamento de prognóstico. Isso implica a capacidade de desenvolver uma convicção de que, no futuro, o agente pode voltar a cometer outros atos ilícitos semelhantes ou de diferentes naturezas. Como um requisito para a aplicação de medidas de segurança, é fundamental compreender abrangentemente o que constitui essa perigosidade e como a avaliação de um prognóstico favorável justifica o início e o término do internamento de um indivíduo considerado inimputável.

Assim, torna-se imperativo investigar de maneira mais detalhada a exigência de um julgamento antecipado da periculosidade criminal do indivíduo, uma vez que a imposição de qualquer forma de sanção depende dessa avaliação. Neste contexto, ainda, Barros (2019) afirma que:

Há um interessante debate que pode ser travado aqui, uma vez que, quando o sujeito, já medicado, tem seus sintomas controlados, ele já não apresenta o mesmo perigo que antes, podendo conviver normalmente na sociedade. Há quem defenda que nesse momento a medida de segurança deveria ser extinta. Tem sentido se entendermos “periculosidade” como o risco de alguém cometer crimes em função de sintomas presentes. No entanto, com o fim da medida de segurança, a Justiça não mais obrigaria a pessoa a se tratar, ficando a manutenção ou não do tratamento facultada a ela. Em se tratando de uma doença crônica, como o são a maioria das psicoses, contudo, o risco da descontinuação dos medicamentos é grande, com conseqüente recaída dos sintomas e risco de novos crimes. Desse ponto de vista o sujeito continua com alguma “periculosidade”, pois sem tratamento compulsório seu risco volta a crescer. Nesses casos dizemos que as pessoas só não são mais perigosas (não representam riscos iminentes) justamente porque são legalmente perigosas (ou seja, obrigadas a se tratar).

Com isso, a discussão sobre a possível reincidência de indivíduos com transtornos mentais que deixam hospitais de custódia aborda um dilema multifacetado. A extinção da medida de segurança após a estabilização dos sintomas gera preocupações, pois a não obrigatoriedade de tratamento pode resultar em recaídas e riscos de delinquência recorrente. Assim, é fundamental buscar soluções que assegurem a continuidade do cuidado, monitoramento efetivo e a manutenção do equilíbrio alcançado, a fim de conciliar a reintegração do paciente à sociedade com a segurança pública.

Assim, considerando o fechamento dos hospitais de custódia e a desinstitucionalização de pacientes judiciários, é crucial abordarmos não apenas a perspectiva dos direitos individuais e da reabilitação, mas também a segurança da sociedade que terá de conviver com esses indivíduos entendidos por muitos como perigosos.

O garantismo jurídico, como defendido por Salo de Carvalho (2020), oferece um quadro de princípios que visa equilibrar a proteção dos direitos fundamentais com a necessidade de controlar o poder punitivo e garantir a segurança pública.

Nesse contexto, a desinstitucionalização não deve significar a mera liberação de pacientes judiciários sem um plano de tratamento adequado e supervisão. Pelo contrário, é fundamental garantir que haja uma rede de cuidados comunitários bem estruturada, que possa fornecer tratamento, apoio e monitoramento contínuos.

Isso não apenas ajuda na reintegração social e na recuperação dos pacientes, mas também reduz o risco de recaídas ou de comportamentos perigosos.

De acordo com Abdala-Filho (2016), uma crítica comum à medida de segurança é o fato de que ela coloca uma ênfase desproporcional na segurança da sociedade, como o próprio nome sugere, em detrimento da atenção dada ao tratamento do transtorno mental identificado no

infrator. Isso se manifesta na escassez de recursos, tanto em termos de pessoal quanto de infraestrutura, direcionados ao tratamento psiquiátrico da população carcerária.

Nesse contexto, a complexidade da questão da periculosidade requer uma abordagem que equilibre os direitos dos indivíduos com transtornos mentais e a proteção da sociedade, buscando uma solução que promova o bem-estar de todos os envolvidos.

Em suma, ao abordar o fechamento de hospitais de custódia e a desinstitucionalização de pacientes judiciários, é preciso levarmos em consideração a segurança da sociedade como um aspecto fundamental. O garantismo jurídico fornece um arcabouço conceitual para equilibrar os direitos individuais com a proteção coletiva, buscando uma abordagem justa, eficaz e segura para lidar com essa complexa questão.

3.3.3 O isolamento terapêutico

O isolamento, tanto como meio de investigação das causas e tipos de alienação mental quanto como ferramenta de tratamento, desempenhou um papel central nas práticas psiquiátricas do passado.

Para Amarante e Torre (2018), a institucionalização da loucura estabelece-se como uma norma geral e princípio abrangente, em que o isolamento passa a ser uma condição necessária na busca pela recuperação da alienação mental. O conceito de "isolamento terapêutico" é construído com base em dois pilares essenciais. Primeiramente, o hospital é concebido como um local de observação, onde o ato de isolar o paciente é fundamental para investigar e compreender as causas e tipos de alienação mental.

Essa abordagem envolve a busca por classificações como base para a explicação dos fenômenos, e a utilização de terminologia nosográfica e classificatória, tanto na botânica quanto na área da saúde mental, representa um dos princípios do método.

Em segundo lugar, o isolamento é considerado necessário para o tratamento, uma vez que a instituição afasta as influências prejudiciais e patogênicas que desencadeiam e agravam a alienação mental. Portanto, a instituição asilar é vista como um instrumento de cura, afastando os fatores que contribuem para o agravamento da condição mental do paciente (Amarante; Torre, 2018).

Nesse contexto, a reflexão sobre o isolamento terapêutico nos leva a considerar a evolução das abordagens na área da saúde mental ao longo da história. Isolamento que, em

algum momento, foi considerado fundamental para observar, classificar e tratar a alienação mental.

No entanto, essa perspectiva histórica nos convida a questionar práticas passadas e a buscar abordagens mais humanizadas e eficazes no tratamento da saúde mental. A compreensão atual busca uma visão integrada e menos segregadora, enfatizando a importância do apoio social, da compreensão das causas subjacentes e da promoção da recuperação em ambientes menos restritivos.

4 REDIRECIONAMENTO AO MODELO ASSISTENCIAL EM SAÚDE MENTAL

O Brasil tem passado por uma transição significativa do modelo de tratamento asilar para uma abordagem comunitária na saúde mental, uma experiência que é considerada exemplar por seus avanços e pelos desafios complexos que essa mudança impõe ao país.

Iniciado nos anos 1980, durante o movimento nacional de redemocratização, que enfatizou o compromisso com a equidade e o bem-estar social, esse processo levou a questões progressistas, incluindo a criação do sistema de saúde universal na Constituição de 1988. Essa transformação, fundamentada na defesa dos direitos humanos, tem como elemento central a desinstitucionalização. Isso vai além da simples remoção dos pacientes dos hospitais e envolve principalmente a construção de um sistema de atenção e tratamento em saúde mental eficaz, contínuo e de alta qualidade para todas as pessoas que necessitem desses serviços na comunidade (Delgado *et al.*, 2023).

Essa transição representa um marco significativo na evolução do sistema de saúde mental no Brasil.

4.1.1 O Sistema Único de Saúde (SUS)

A garantia do acesso da população carcerária a ações e serviços de saúde é estabelecida pela Constituição Federal de 1988 (Brasil, 1988), bem como regulamentada pela Lei nº 8.080 de 1990 (Brasil, 1990), que trata do Sistema Único de Saúde. Além disso, a Lei nº 8.142 de 1990 (Brasil, 1990) rege a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), e a Lei de Execução Penal, Lei nº 7.210 de 1984 (Brasil, 1984), também aborda essa questão.

Conforme Torres e Fonseca (2020), o SUS representa a união de entidades e profissionais dedicados ao bem-estar da população, conforme o modelo de proteção social do país. No Brasil, a Constituição de 1988 estabeleceu o sistema de seguridade social como base, transformando o SUS em um serviço acessível a todos a partir de 1998, com descentralização e participação comunitária. O SUS visa garantir os direitos de saúde dos cidadãos, seguindo princípios como universalidade, integralidade, equidade e descentralização. Esse sistema abrange diversos tipos de serviços de saúde, financiados por impostos e contribuições da sociedade.

Nesse viés, de acordo com Soares Filho e Bueno (2016), a divergência nas abordagens entre o Sistema Único de Saúde e as regulamentações da execução penal resultam em um modelo de tratamento determinado pela legislação criminal, em vez de ser orientado pela política de saúde pública. Esse modelo apresenta diversas contradições, tais como o tratamento sendo conduzido no âmbito judicial com pouca participação da rede pública de saúde e assistência social, a desinternação condicionada à cessação da periculosidade, internações perpétuas sem justificativa clínica e independentemente da gravidade do delito, a cronicidade da situação, a ampliação do estigma e a institucionalização dos pacientes, a perda irreversível dos laços familiares e a impossibilidade de reintegração na comunidade, bem como o consumo de recursos públicos que deveriam ser destinados a serviços abertos, inclusivos e de base comunitária.

Lembra Amarante (1996) que as transformações em andamento na reforma psiquiátrica no Brasil têm uma relevância significativa quando se trata de repensar a estruturação do Sistema Único de Saúde, questionando a sua burocratização ou tendência a se tornar um mero modelo de administração governamental. Isso é pertinente porque a base da participação social e comunitária, que representa um dos pilares democráticos do sistema de saúde no país, desempenha um papel central em qualquer política de saúde de alcance universal e inclusivo. Essas políticas buscam combater a excessiva tecnicização e a concentração vertical de poder.

Segundo Bezerra Júnior (2007), a Reforma Psiquiátrica representa uma mudança paradigmática e não apenas uma nova proposta de modelo assistencial. Ela abrange diversos níveis e áreas de atuação. No âmbito assistencial, essa reforma não se limita a novas formas de organização do cuidado, mas também implica em modelos de assistência e intervenção adequados aos novos dispositivos, que diferem consideravelmente dos ambientes hospitalares e dos tradicionais espaços ambulatoriais.

Além disso, entendemos que, dada a vasta extensão e a diversidade cultural do Brasil, não é viável criar um único modelo assistencial que atenda igualmente às grandes cidades e aos pequenos municípios do interior, ou a áreas densamente povoadas e regiões de baixa densidade populacional, como as áreas remotas da Amazônia. Os conceitos de rede e território, centrais na Reforma, devem ser adaptados de maneira contextualizada, levando em consideração as particularidades socioculturais de cada região, seja nos pequenos municípios do Nordeste ou nos extensos bairros de São Paulo ou Belo Horizonte (Bezerra Júnior, 2007).

Para Brito (2023), é necessário reexaminar o tratamento do inimputável no âmbito do Direito Penal. Tanto a concepção de delito quanto o sistema de punições se mostram desatualizados, uma vez que tendem a encarar o indivíduo doente como uma ameaça à sociedade, priorizando o seu isolamento em detrimento da necessidade de cuidado e tratamento. O ideal seria que, ao constatar-se a presença de uma doença mental, o acusado fosse encaminhado ao sistema de saúde, em vez de permanecer sob a jurisdição de um tribunal penal.

Em resumo, a divergência entre o Sistema Único de Saúde e as regulamentações da execução penal resulta em um modelo de tratamento determinado pela legislação criminal, com diversas contradições e desafios a serem superados.

4.1.2 Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)

Nos dias atuais, é muito difundida a ideia de que a rede de atenção à saúde mental deve se responsabilizar pelo tratamento da pessoa submetida à medida de segurança, tendo sido esse um grande passo para a consolidação das políticas da Reforma Psiquiátrica. No entanto, ainda existem inúmeras dificuldades e desafios para o fortalecimento da rede de atenção extra-hospitalar (Magalhães; Altoe, 2020).

Segundo Caixeta (2023), já se enfrenta uma considerável demanda nos elementos da Rede de Atenção Psicossocial, que se encontram em situação vulnerável. Essa demanda tende a crescer devido à implementação da Resolução nº 487 do Conselho Nacional de Justiça.

A reestruturação da Rede de Atenção à Saúde Mental, integrada ao Sistema Único de Saúde, é essencial para harmonizar o cumprimento de medidas de segurança com os princípios da reforma psiquiátrica.

O desafio não se restringe à desinternação, mas também inclui o fortalecimento dessa rede para oferecer suporte ao paciente que deixa o Hospital de Custódia. A abordagem

multidisciplinar, com envolvimento de psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionais e assistentes sociais, em um ambiente ágil e extrajudicial, desempenha um papel fundamental na garantia dos direitos das pessoas com transtornos mentais (Prado; Schindler, 2017).

4.1.3 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)

Foi durante o primeiro governo democrático do estado de São Paulo que se estabeleceu o "Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luiz da Rocha Cerqueira (CAPS)", o qual foi o pioneiro no Brasil a desempenhar um papel de conexão entre o Hospital Psiquiátrico e o Ambulatório de Saúde Mental. Esse CAPS adotou abordagens que foram influenciadas tanto pela Psicoterapia Institucional francesa quanto pela Psiquiatria Democrática italiana (Devera; Costa-Rosa, 2007).

Segundo o coordenador-geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde, Rafael Bernardon, o Brasil conta atualmente com 2.795 Centros de Atenção Psicossocial em todos os estados e no Distrito Federal (Brasil, 2019).

No âmbito nacional, os Centros de Atenção Psicossocial assumem um papel de destaque no novo modelo, respaldando uma série de ações fundamentadas em teorias e práticas, bem como em princípios político-ideológicos. Essas ações têm como objetivo fomentar novos tipos de vínculos entre os usuários e a cidade, promovendo um contínuo diálogo com suas comunidades e os territórios aos quais estão vinculados (Delgado *et al.*, 2015).

4.2 O PAPEL DO ESTADO FRENTE AOS NOVOS MOLDES QUE A REFORMA PSIQUIÁTRICA PROPÕE

O papel do Estado diante dos novos paradigmas propostos pela reforma psiquiátrica é de extrema importância, pois envolve a formulação e implementação de políticas públicas que visam à transformação do sistema de saúde mental.

Nesse contexto, o Estado assume responsabilidades cruciais, que incluem a desinstitucionalização de hospitais psiquiátricos, a promoção de serviços de atenção psicossocial comunitária e a garantia de direitos fundamentais das pessoas com transtornos mentais.

Conforme o Parecer do Ministério Público Federal (2011, p. 86):

Ao exigir uma atenção integral à saúde da pessoa com transtorno mental em conflito com a lei, de acordo com o preconizado pela Constituição Federal de 1988 e pela lei n. 10.216/2001, está se defendendo que o Estado deve lhes proporcionar atendimento e acompanhando físico e psicossocial, em dispositivos extra-hospitalares, ou seja, que esse cidadão receba atenção integral na rede pública de saúde (SUS), com o apoio da sua rede de relações interpessoais – familiares, amigos, colegas de trabalho, vizinhos... - e no seu território, em outros termos, próximo à sua residência. Para que isso ocorra, passa-se a necessitar da atuação de profissionais da área de saúde, tais como nutricionistas, terapeutas ocupacionais, educadores físicos, fisioterapeutas ao lado dos e conjuntamente com aqueles que tradicionalmente desempenhavam o cuidado em saúde mental, quais sejam, os médicos, os psicólogos e a equipe de enfermagem, além dos profissionais da área social, os assistentes sociais. Em se tratando da atenção integral às pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei, a atenção integral só será plena, se envolver os profissionais da área jurídica, notadamente, os defensores públicos, os membros do Ministério Público e da magistratura.

Com isso exige-se uma atenção integral à saúde de pessoas com transtornos mentais envolvidos em conflitos com a lei, visando fornecer cuidados amplos e comunitários, em conformidade com a Constituição e a legislação de saúde mental. Isso implica a colaboração de diversos profissionais de saúde e da área jurídica para promover a reintegração dessas pessoas na sociedade. A Resolução nº 487 do CNJ reflete esse enfoque comunitário e exige a atuação do Estado na gestão da saúde e na promoção da reinserção social desses indivíduos, buscando garantir que o Estado cumpra seu papel na efetivação dessas medidas e na proteção dos direitos humanos dessa população.

Nesse viés, a transferência efetiva de recursos da área de segurança pública para a saúde requer a gestão e a supervisão da área de saúde, tanto em nível estadual quanto municipal. Essa transferência deve ocorrer sem o risco de mascarar o processo ou permitir desvios de recursos públicos. Com isso, acreditamos que o paciente em medida de segurança deve ser considerado um sujeito da saúde, e não da justiça. Portanto, a transferência de atribuições e orçamentos dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico para as Secretarias de Estado e Município é fundamental (Ministério Público Federal, 2011).

Em resumo, o Estado desempenha um papel crucial na implementação de novos paradigmas na área de saúde mental, com foco na desinstitucionalização, na oferta de serviços comunitários e na proteção dos direitos das pessoas com transtornos mentais envolvidas em conflitos com a lei.

Isso implica a colaboração de profissionais de saúde e da área jurídica, bem como a transferência de recursos da segurança pública para a saúde, visando tratar essas pessoas como sujeitos da saúde, promovendo sua reintegração na sociedade.

4.3 PROGRAMAS ALTERNATIVOS DE INTERVENÇÃO PUNITIVA

Os programas alternativos de intervenção não punitiva têm ganhado destaque nas áreas de justiça criminal e de saúde mental, oferecendo uma abordagem mais humanitária e terapêutica para indivíduos em conflito com a lei que possuem transtornos mentais. Essas iniciativas buscam tratar as causas subjacentes aos comportamentos criminais em vez de simplesmente punir os indivíduos. Além disso, procuram reintegrá-los à sociedade, promovendo sua reabilitação e reduzindo o risco de reincidência.

Para Carvalho (2020, p. 586):

A proposta se sustenta empiricamente em duas experiências inovadoras e altamente virtuosas de construção de alternativas ao tratamento de pessoas com transtorno psíquico em conflito com a lei. A transferência da pessoa submetida à medida de segurança para a rede pública de saúde – Centros de Apoio Psicossocial (CAPs) do Sistema Único de Saúde (SUS) –, situação que implicaria a extinção progressiva dos hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico, conforme prevê a Lei n. 10.216/2001, vem sendo realizada em alguns projetos-piloto como o Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário (PAI-PJ), instituído pelo Tribunal de Justiça de Minas Gerais, e o Programa de Atenção ao Louco Infrator (PAILI), criado pelo Tribunal de Goiás. Em ambas as experiências é vetado o recolhimento de pacientes psiquiátricos em instituições de natureza carcerária (prisões, manicômios, hospitais de custódia ou institutos psiquiátrico-forenses).

Nesse contexto, verificamos que as experiências do PAI-PJ em Minas Gerais e do PAILI em Goiás visam a direcionar pessoas com transtornos mentais envolvidas em atos criminosos para a rede pública de saúde, em conformidade com a Lei nº 10.216/2001, em vez de recolhê-las em instituições carcerárias. Representando um esforço em prol da desinstitucionalização e da extinção gradual dos hospitais de custódia psiquiátricos.

Soares Filho e Bueno (2016) entendem que esses dois programas não se baseiam na interpretação da Lei de Execução Penal para indivíduos sob medida de segurança, mas sim adotam a abordagem da Lei da Reforma Psiquiátrica do Brasil, que é alinhada com as Políticas Nacional e Estadual de Saúde Mental.

Ambos contam com equipes multidisciplinares responsáveis por facilitar a interligação entre o sistema de justiça criminal e as redes de atendimento do Sistema Único de Saúde e do Sistema Único de Assistência Social.

Hirdes (2007) destaca a importância de que dispositivos como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) sejam locais de passagem, evitando assim a tendência à institucionalização que ameaça os novos serviços da reforma psiquiátrica. Para evitar esse

cenário, é fundamental capacitar os profissionais de saúde e de saúde mental, sensibilizar os gestores de saúde e manter um compromisso constante com a qualidade dos serviços prestados.

Soares Filho e Bueno (2016) discorrem que o sistema de avaliação e de acompanhamento das medidas terapêuticas aplicáveis a indivíduos com transtorno mental em conflito com a lei é fundamentado em uma estrutura complexa que envolve a justiça, o Sistema Único de Saúde e o Sistema Único de Assistência Social (SUAS).

Essa abordagem se baseia na descentralização da gestão e na operacionalização com base em competências locais, promovendo a responsabilidade compartilhada entre os diferentes níveis de governo, enfatizando a interdisciplinaridade, a acessibilidade e o fortalecimento das habilidades locais para compreender os pacientes judiciários. Além disso, busca redirecionar seu cuidado e fornecer serviços sociais e de saúde básicos, reconhecendo esses sujeitos criminalizados como detentores de direitos.

Para Bezerra Júnior (2007), mais do que apenas implementar uma nova política de assistência, o verdadeiro desafio é promover uma transformação na cultura social em relação à loucura e ao sofrimento psíquico.

Isso implica na desconstrução dos estigmas e estereótipos associados à loucura e às pessoas com problemas mentais, substituindo-os por uma visão mais empática e compreensiva da diversidade das experiências subjetivas. Esse novo olhar deve ser baseado no respeito, na tolerância e na responsabilidade para com aqueles cuja normatividade psíquica está limitada.

Para Salo de Carvalho (2020), o medo de explorar abordagens inovadoras no âmbito do sistema penal ou a resistência em criar alternativas fora dos limites desse sistema, mesmo quando as leis permitem práticas de mudança, indicam quão profundamente enraizado o sistema punitivo está na sociedade.

Em resumo, os programas alternativos de intervenção não punitiva representam uma abordagem mais humanitária e terapêutica para indivíduos em conflito com a lei que possuem transtornos mentais. Eles buscam tratar as causas subjacentes dos comportamentos criminais em vez de simplesmente punir os indivíduos, promovendo a reintegração à sociedade e reduzindo a reincidência.

Esses programas, muitas vezes, envolvem a colaboração entre o sistema de justiça criminal e os serviços de saúde mental, com equipes multidisciplinares.

Além disso, enfatizam a necessidade de combater estigmas e estereótipos associados à loucura e ao sofrimento psíquico, promovendo uma visão mais empática e compreensiva da

diversidade das experiências subjetivas. No entanto, a resistência à adoção dessas abordagens inovadoras destaca o profundo enraizamento do sistema punitivo na sociedade, indicando a necessidade de uma transformação cultural mais ampla.

5 CONCLUSÃO

A partir da análise do estudo apresentado, pudemos concluir que a questão da abordagem aos indivíduos com transtornos mentais envolvidos em atividades criminais é um tema complexo que envolve considerações sobre direitos humanos, desinstitucionalização, reforma psiquiátrica e políticas públicas.

O surgimento dos hospitais de custódia e tratamento no Brasil, anteriormente conhecidos como manicômios judiciários, trouxe à tona preocupações sobre a eficácia dessas instituições, a estigmatização das pessoas com transtornos mentais e a qualidade do tratamento oferecido.

A crítica ao modelo hospitalocêntrico e a necessidade de desconstruir a imagem do "manicômio mental" revelam um consenso em torno da ineficácia dessas instituições e a urgência de adotar abordagens mais terapêuticas e menos restritivas. A Lei da Reforma Psiquiátrica desempenhou um grande papel ao buscar por alternativas que respeitassem a dignidade das pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei.

A Resolução CNJ nº 487/2023 e o Plano Nacional de Implementação da Política Antimanicomial do Poder Judiciário representam avanços importantes na promoção de uma abordagem mais humanitária e eficaz para lidar com essa população. A desativação gradual dos hospitais de custódia e a realocação dos pacientes em unidades de tratamento psiquiátrico apropriadas refletem a busca de muitos militantes em promover a desinstitucionalização e facilitar a reintegração social.

Não é à toa que as medidas propostas por essa política têm gerado debates e discordâncias, envolvendo profissionais da saúde mental e juristas. Essas divergências destacam a necessidade de uma gestão pública eficaz para garantir um atendimento de qualidade e adequado às necessidades da população. Além disso, os programas alternativos de intervenção não punitiva, como o PAI-PJ em Minas Gerais e o PAILI em Goiás, representam uma abordagem promissora para o tratamento de pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei. Eles enfatizam a importância da transferência para a rede pública de saúde em vez de manter essas pessoas em instituições carcerárias.

Em resumo, o Brasil está passando por uma transição significativa na abordagem aos indivíduos com transtornos mentais envolvidos em atividades criminais, buscando adotar abordagens mais humanitárias e terapêuticas. Isso reflete uma mudança na perspectiva da

sociedade em relação a essa população, priorizando a reabilitação, a reintegração social e a proteção dos direitos humanos.

No entanto, desafios persistem, e é fundamental continuar trabalhando para melhorar a qualidade do atendimento e garantir que as políticas públicas sejam eficazes na promoção da saúde mental e da justiça social.

REFERÊNCIAS

ABDALA-FILHO, Elias. **Psiquiatria forense de Taborda**. Porto Alegre: Grupo A, 2016. *E-book*. ISBN 9788582712825. Disponível em:

<https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788582712825/>. Acesso em: 05 nov. 2023.

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1996, ISBN 978-85-7541-327-2. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9788575413272>. Acesso em: 01 out. 2023.

AMARANTE, Paulo, TORRE, Eduardo Henrique Guimaraes. “**De volta à cidade, sr. cidadão!**” — **reforma psiquiátrica e participação social: do isolamento institucional ao movimento antimanicomial**. Fundação Oswaldo Cruz / Escola Nacional de Saúde Pública “Sergio Arouca”, Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental e Atenção Psicossocial, Rio de Janeiro, 2018. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rap/a/VxnVVXZN4bD3bqCTVJwzxBQ/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 20 out. 2023.

ANDREUCCI, Ricardo A. **Manual de direito penal**. São Paulo. Editora Saraiva, 2021. *E-book*. ISBN 9786555598377. Disponível em:

<https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786555598377/>. Acesso em: 05 out. 2023. Acesso restrito.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. **Vitória da psiquiatria contra o fechamento dos hospitais de custódia**. 2023. Disponível em:

<https://www.abp.org.br/post/deputado-kim-katagui-pdl#:~:text=Atualmente%2C%20existem%2030%20hospitais%20de,que%20est%C3%A3o%20sob%20cust%C3%B3dia%20judicial>. Acesso em: 29 set. 2023.

ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA. **APM debate fechamento dos hospitais de custódia**. São Paulo, 2023. Disponível em: <https://www.apm.org.br/noticias-em-destaque/webinar-apm-debate-fechamento-dos-hospitais-de-custodia/>. Acesso em: 04 nov. 2023.

AVENA, Norberto. **Execução penal**. São Paulo. Grupo GEN, 2019. *E-book*. ISBN 9788530987411. Disponível em:

<https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788530987411/>. Acesso em: 04 nov. 2023. Acesso restrito.

BALBINOT, Alexandre Dido. Processo de desinstitucionalização da prática e desospitalização em hospital psiquiátrico: estudo de caso. **Saúde em debate**. Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/4063/406341763016.pdf>. Acesso em: 8 nov. 2023.

BARROS-BRISSET. Fernanda Otoni. **Genealogia do conceito de periculosidade [online]**. Belo Horizonte. 2011. Disponível em:

https://app.uff.br/observatorio/uploads/GENEALOGIA_DO_CONCEITO_DE_PERICULOSIDADE.pdf. Acesso em: 1 out. 2023.

BARROS, Daniel. **Introdução à psiquiatria forense**. Porto Alegre/RS: Grupo A, 2019. *E-book*. ISBN 9788582715185. Disponível em:

<https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788582715185/>. Acesso em: 7 nov. 2023.
Acesso restrito.

BEZERRA JÚNIOR., Benilton, Desafios da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro, Ed. **Physis: Revista De Saúde Coletiva**, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000200002>. Acesso em: 8 nov. 2023.

BITENCOURT, Cezar Roberto. **Tratado de direito penal**: parte geral: arts. 1º a 120. 28. ed. São Paulo: Editora Saraiva, 2022. v. 1. Disponível em:
[https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/978655597172/epubcfi/6/2\[%3Bvnd.vst.i.dref%3Dcover.xhtml\]!/4/2\[cover\]/2%4050:77](https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/978655597172/epubcfi/6/2[%3Bvnd.vst.i.dref%3Dcover.xhtml]!/4/2[cover]/2%4050:77). Acesso em: 5 out. 2023. Acesso restrito.

BRANCO, Thaiara Castelo. **Louco bom é louco morto!** Tratamento é coisa do passado. *In*: Congresso Internacional de Ciências Criminais da PUCRS, 4. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2013.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. **Justiça e Executivo avançam em plano nacional para implementar política antimanicomial**. Brasília, 2023. Disponível em:
<https://www.cnj.jus.br/justica-e-executivo-avancam-em-plano-nacional-para-implementar-politica-antimanicomial/#:~:text=487%2F2023.,da%20Pol%C3%ADtica%20em%20%C3%A2mbito%20nacional>. Acesso em: 2 nov. 2023.

BRASIL. **Lei no 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF, [200]. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm#:~:text=LEI%20No%2010.216%2C%20DE,modelo%20assistencial%20em%20sa%C3%BAde%20mental. Acesso em: 30 out. 2023.

BRASIL. **Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940**. Código penal brasileiro. Brasília, DF: Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/De12848compilado.htm. Acesso em: 28 set. 2023.

BRASIL. **Lei nº 7.210 de 11 de julho de 1984**. Lei de execução penal. Brasília, DF. Disponível em:
https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/17210.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%207.210%2C%20DE%2011%20DE%20JULHO%20DE%201984.&text=Institui%20a%20Lei%20de%20Execu%C3%A7%C3%A3o%20Penal.&text=Art.%201%C2%BA%20A%20execu%C3%A7%C3%A3o%20penal,do%20condenado%20e%20do%20internado. Acesso em: 28 set. 2023.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1980**. Disponível em:
https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%208.080%2C%20DE%2019%20DE%20SETEMBRO%20DE%201980.&text=Disp%C3%B5e%20sobre%20as%20condi%C3%A7%C3%B5es%20para,correspondentes%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%A2ncias. Acesso em: 9 nov. 2023.

BRASIL. **Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990**. Senado Federal. Brasília: Senado Federal, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18142.htm. Acesso em: 09 nov. 2023.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. **Resolução n. 487 de 15 de fevereiro de 2023**. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/files/original2015232023022863fe60db44835.pdf>. Acesso em: 9 set. 2023.

BRASIL. Senado Federal. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em: 9 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. SUS realizou quase 60 milhões de atendimentos psicossociais nos CAPS de todo o Brasil entre 2019 e 2021. **Saúde Mental**. Brasília/DF, 2019. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/abril/sus-realizou-quase-60-milhoes-de-atendimentos-psicossociais-nos-caps-de-todo-o-brasil-entre-2019-e-2021#:~:text=Atualmente%2C%20o%20Brasil%20conta%20com,estados%20e%20o%20Distrito%20Federal>. Acesso em: 7 nov. 2023.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **Súmula nº 527**. O tempo de duração da medida de segurança não deve ultrapassar o limite máximo da pena abstratamente cominada ao delito praticado. Brasília, DF: Superior Tribunal de Justiça, 2015. Disponível em: https://www.coad.com.br/busca/detalhe_16/2491#:~:text=S%C3%BAmula%20527,em%2018%2F5%2F2015. Acesso em: 29 set. 2023.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **Habeas Corpus Nº 251.296**. Execução penal. Habeas corpus. Impetração substitutiva. impropriedade da via eleita. Execução. medida de segurança. limite de duração da medida. pena máxima cominada in abstracto delito cometido. Instrução deficiente. ilegalidade manifesta. inexistência writ não conhecido. São Paulo – SP [2014]. Disponível em: https://scon.stj.jus.br/SCON/GetInteiroTeorDoAcordao?cod_doc_jurisp=1344068. Acesso em: 3 out. 2023.

BRITO, Alexis Couto de. **Execução penal**. São Paulo: Editora Saraiva, 2023. *E-book*. ISBN 9786553624573. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786553624573/>. Acesso em: 4 nov. 2023. Acesso restrito.

CAIXETA, Mario Henrique Cardoso. Salvem os loucos. **Revista Consultor Jurídico**, Florianópolis, 18 ago. 2023. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2023-ago-18/repensando-drogas-salvem-loucos>. Acesso em: 3 nov. 2023.

CARRARA, Sérgio Luiz. A história esquecida: os manicômios judiciais no Brasil. **SciELO em Perspectiva** - Revista brasil crescimento desenvolvimento humano. vol.20 - n.1 São Paulo abr. 2010. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822010000100004. Acesso em: 2 out. 2023.

CARVALHO, Salo de. **Penas e medidas de segurança no direito penal brasileiro**. São Paulo: Editora Saraiva, 2020. E-book. ISBN 9786555592122. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786555592122/>. Acesso em: 29 set. 2023. Acesso restrito.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Decisão do Judiciário de fechar hospitais psiquiátricos que atendem condenados recebe críticas do CFM**. Brasília, 2023. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/noticias/decisao-do-judiciario-de-fechar-hospitais-psiquiatricos-que-atendem-condenados-recebe-criticas-do-cfm/>. Acesso em: 4 nov. 2023.

DELGADO, Gabriel Pedro; GADELHA, Paulo; GULBENKIAN, Sergio; SARACENO, Benedetto; ALMEIDA, José Miguel Caldas de; TYKANORI Roberto. **Inovações e desafios em desinstitucionalização e atenção comunitária no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz/Fundação Calouste Gulbenkian, 2015. Disponível em: <https://www.nuppsam.org/wp-content/uploads/2021/05/DESINSTITUCIONALIZACAO-E-ATENCAO-COMUNITARIA-FIOCRUZ-GULBENKIAN.pdf>. Acesso em: 5 out. 2023.

DEVERA, Disete; COSTA-ROSA, Abílio. Marcos históricos da reforma psiquiátrica brasileira: transformações na legislação, na ideologia e na práxis. **Revista de Psicologia da UNESP**, São Paulo-SP, Volume 6, 60-79, 2007. Disponível em: <https://revpsico-unesp.org/index.php/revista/article/view/39/42>. Acesso em: 3 nov. 2023.

EMERIM, Marcelo de Freitas; SOUZA, Mériti. O (im)possível e necessário testemunho do louco infrator. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**. Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis, 2013. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812013000100009. Acesso em: 7 set. 2023.

ESTEFAM, André Araújo L. **Direito penal**. São Paulo: Editora Saraiva, 2022. v. 1. E-book. ISBN 9786555596540. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786555596540/>. Acesso em: 20 set. 2023. Acesso restrito.

ESTEFAM, André; GONÇALVES, Victor Eduardo Rios. **Direito penal esquematizado: parte geral**. Coleção esquematizado/coordenador Pedro Lenza. 9. ed. São Paulo: Saraiva Educação, 2020.

ESTEFAM, André. **Direito penal**. São Paulo: Editora Saraiva, 2022. v. 1. E-book. ISBN 9786555596540. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786555596540/>. Acesso em: 4 nov. 2023. Acesso restrito.

FERRARI, Eduardo Reale. **Medida de segurança e direito penal no estado democrático de direito**. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2001.

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

GOMES, Romina Moreira de Magalhães Gomes. **Os dispositivos da biopolítica: a loucura como exceção na aliança entre psiquiatria e direito penal** [online]. Belo Horizonte, 2013. Disponível em: https://app.uff.br/observatorio/uploads/Os_dispositivos_da_biopol%C3%ADtica_a_loucura_como_exce%C3%A7%C3%A3o_na_alian%C3%A7a_entre_psiquiatria_e_direito_penal.pdf. Acesso em: 5 set. 2023.

GRECO, Rogério. **Curso de direito penal**: artigos 1º a 120 do código penal. Barueri - SP. Grupo GEN, 2022. v. 1. E-book. ISBN 9786559771493. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786559771493/>. Acesso em: 4 out. 2023. Acesso restrito.

HIRDES, Alice. **A reforma psiquiátrica no Brasil**: uma (re)visão. Universidade Luterana do Brasil, Unidade Universitária de Gravataí/RS, 2007. Disponível em: [alice hildes.pdf](#). Acesso em: 8 nov. 2023.

MAGALHAES, Rayanne Pinto; ALTOE, Sonia Elisabete. Dentro e fora: tecendo reflexões sobre um hospital de custódia. **Pesquisa prática psicossocial**, São João Del-Rei, v. 15, n. 1, p. 1-13, mar. 2020. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082020000100005&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 29 out. 2023.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; GUALHANO, Luiza. O triste destino dos presos com distúrbios mentais [online]. **SciELO em Perspectiva** - Press Releases, 2022. Disponível em: <https://pressreleases.scielo.org/blog/2022/12/15/o-triste-destino-dos-presos-com-disturbios-mentais>. Acesso em: 6 out. 2023.

MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL. **Parecer sobre medidas de segurança e hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico sob a perspectiva da lei n. 10.216/2001**. Brasília/DF: E-book, 2011. Disponível em: <https://www.mpce.mp.br/wp-content/uploads/2016/03/Parecer-sobre-Medidas-de-Seguran%C3%A7a-e-Hospitais-de-Custodia-e-Tratamento-Psiquiatrico-sob-a-perspectiva-da-Lei-N.-10.216-de-2001.pdf>. Acesso em: 7 nov. 2023.

NUCCI, Guilherme de S. **Manual de direito penal**. Rio de Janeiro: Grupo GEN, 2022. E-book. ISBN 9786559642830. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786559642830/>. Acesso em: 29 set. 2023. Acesso restrito.

PRADO, Alessandra Mascarenhas; SCHINDLER, Danilo. A medida de segurança na contramão da lei de reforma psiquiátrica: sobre a dificuldade de garantia do direito à liberdade a pacientes judiciários [online]. **SciELO em Perspectiva - Revista Direito GV**, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2317-6172201725>. Acesso em: 10 set. 2023.

REALE JÚNIOR, Miguel. Fundamentos de direito penal. Grupo GEN, 2020. E-book. ISBN 9788530991609. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788530991609/>. Acesso em: 30 set. 2023. Acesso restrito.

SANTOS, Ana Luiza Gonçalves dos; FARIAS, Francisco Ramos de. **Criação e extinção do primeiro manicômio judiciário do Brasil**. Scielo. **Revista Latino-Americana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, p. 515–527, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlpf/a/v68Pd7jdRJRjXF5fQQNdWcNH/?lang=pt#> Acesso em: 4 nov. 2023.

SOARES FILHO, Marden Marques; BUENO, Paula Michele Martins Gomes. Direito à saúde mental no sistema prisional: reflexões sobre o processo de desinstitucionalização dos HCTP. **SciELO Brasil. Ciência e Saúde Coletiva**, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/mSHZYSxm584cphLRSPffmSg/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 04 nov. 2023.

SOUZA, Renee do Ó.; PIPINO, Luiz Fernando R. **Direito penal:** parte geral. (Coleção Método Essencial). Rio de Janeiro, Grupo GEN, 2022. v. 1. E-book. ISBN 9786559643196. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786559643196/>. Acesso em: 5 nov. 2023. Acesso restrito.

SOUZA, Vinicius Rauber. **Contrarreforma psiquiátrica:** o modelo hospitalocêntrico nas políticas públicas em saúde mental no Rio Grande do Sul. Dissertação de Mestrado, da Pós-Graduação em Ciências Sociais na Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – Porto Alegre, 2006. Disponível em: <https://tede2.pucrs.br/tede2/bitstream/tede/4703/1/438729.pdf>. Acesso em: 2 out. 2023.

SANTOS, Inês Filipa Lucas Rodrigues dos. **Ad eternum:** o problema da duração indeterminada da medida de segurança de internamento por anomalia psíquica. Dissertação em Ciências Jurídico Criminais, Universidade de Coimbra, Coimbra, 2017. Disponível em: <https://estudogeral.uc.pt/bitstream/10316/84046/1/TESE%20-%20In%C3%AAs%20Santos.pdf>. Acesso em: 20 out. 2023.

TORRES, Cláudia Regina de Oliveira Vaz; FONSECA, Luis Antonio Nascimento. Ações de desinstitucionalização do hospital de custódia e Tratamento: olhares das ciências sobre as questões sociais. **Revista Diálogos Possíveis**, 2020. Disponível em: <https://revista.grupofaveni.com.br/index.php/dialogospossiveis/article/view/594/519>. Acesso em: 9 nov. 2023.

VENTURINI, Ernesto; MATTOS, Virgílio de; OLIVEIRA, Rodrigo Tôres. **O louco infrator e o estigma da periculosidade.** Manual Conselho Federal de Psicologia. Brasília-DF: 2016.