



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
CAMPUS I - CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS  
CURSO DE DIREITO**

**KEVIN MATHEUS SILVA LEITE**

**ANÁLISE DA RESOLUÇÃO Nº 487 DO CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA  
(CNJ): OS DESAFIOS DE ESTABELEECER A POLÍTICA ANTIMANICOMIAL NO  
ÂMBITO DA EXECUÇÃO PENAL E PROMOVER OS DIREITOS HUMANOS DO  
INIMPUTÁVEL POR TRANSTORNO MENTAL**

**CAMPINA GRANDE – PB**

**2024**

KEVIN MATHEUS SILVA LEITE

**ANÁLISE DA RESOLUÇÃO Nº 487 DO CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA (CNJ): OS DESAFIOS DE ESTABELEECER A POLÍTICA ANTIMANICOMIAL NO ÂMBITO DA EXECUÇÃO PENAL E PROMOVER OS DIREITOS HUMANOS DO INIMPUTÁVEL POR TRANSTORNO MENTAL**

Trabalho de Conclusão de Curso (Artigo) apresentado à Coordenação do Curso de Direito da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Direito.

**Área de concentração:** Direito Penal.

**Orientador:** Prof. Dra. Ana Alice Tejo.

**CAMPINA GRANDE – PB**

**2024**

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto em versão impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que, na reprodução, figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

L533I Leite, Kevin Matheus Silva.  
Análise da resolução nº 487 do Conselho Nacional de Justiça (CNP) [manuscrito] : os desafios de estabelecer a política antimanicomial no âmbito da execução penal e promover os direitos humanos do inimputável por transtorno mental. / Kevin Matheus Silva Leite. - 2024.  
26 f.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Direito) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Jurídicas, 2024.

"Orientação : Prof. Dra. Ana Alice Ramos Tejo Salgado, Centro de Ciências Jurídicas".

1. Resolução CNJ. 2. Política antimanicomial. 3. Poder judiciário. 4. Transtornos mentais. I. Título

21. ed. CDD 345

**KEVIN MATHEUS SILVA LEITE**

**ANÁLISE DA RESOLUÇÃO Nº 487 DO CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA  
(CNJ): OS DESAFIOS DE ESTABELECEER A POLÍTICA ANTIMANICOMIAL NO  
ÂMBITO DA EXECUÇÃO PENAL E PROMOVER OS DIREITOS HUMANOS DO  
INIMPUTÁVEL POR TRANSTORNO MENTAL**

Trabalho de Conclusão de Curso (Artigo)  
apresentado à Coordenação do Curso de  
Direito da Universidade Estadual da Paraíba,  
como requisito parcial à obtenção do título de  
Bacharel em Direito.

Área de concentração: Direito Penal.

**Aprovada em: 13/11/2024**

**BANCA EXAMINADORA**

*Ana Alice Ramos Tejo Salgado*

**Prof. Dra Ana Alice Tejo Ramos Salgado (orientadora)**

**Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)**

*Caio José Arruda A. de Oliveira*

**Prof. Me. Caio José Arruda Amarante de Oliveira**

**Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)**

*Matheus Figueiredo Esmeraldo*

**Prof. Me. Matheus Figueiredo Esmeraldo**

**Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)**

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>6</b>
<b>2</b>	<b>RELAÇÃO DA SOCIEDADE COM A “LOUCURA”</b> .....	<b>7</b>
<b>2.1</b>	<b>Surgimento dos manicômios judiciários</b> .....	<b>8</b>
<b>2.2</b>	<b>Manicômios judiciários no Brasil</b> .....	<b>10</b>
<b>3.1</b>	<b>Movimento antimanicomial italiano</b> .....	<b>11</b>
<b>3.2</b>	<b>Movimento antimanicomial no Brasil</b> .....	<b>12</b>
<b>3.3</b>	<b>Lei 10.216 (Lei da reforma psiquiátrica)</b> .....	<b>13</b>
<b>4</b>	<b>O SISTEMA PENAL E A PESSOA EM CONFLITO COM A LEI</b> .....	<b>14</b>
<b>4.2</b>	<b>Violações de Direitos humanos nas internações judiciárias</b> .....	<b>16</b>
<b>5</b>	<b>DA RESOLUÇÃO NÚMERO 487 DO CNJ</b> .....	<b>18</b>
<b>5.1</b>	<b>Bases e diretrizes da Resolução 487 do CNJ</b> .....	<b>18</b>
<b>5.2</b>	<b>Plano de execução da resolução 487: como se dará a aplicação?</b> .....	<b>19</b>
<b>6</b>	<b>METODOLOGIA</b> .....	<b>22</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>23</b>

# **ANÁLISE DA RESOLUÇÃO Nº 487 DO CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA (CNJ): OS DESAFIOS DE ESTABELECEMOS A POLÍTICA ANTIMANICOMIAL NO ÂMBITO DA EXECUÇÃO PENAL E PROMOVER OS DIREITOS HUMANOS DO INIMPUTÁVEL POR TRANSTORNO MENTAL**

Autor (Kevin Leite)\*

## **RESUMO**

O movimento da luta antimanicomial se caracteriza pela luta pelos direitos das pessoas com sofrimento mental. Dentro desta luta está o combate à ideia de que se deve isolar a pessoa com sofrimento mental. Contudo, as chamadas medidas de segurança, tem como uma das medidas a internação em hospital psiquiátrico. Nesse espectro, tendo em vista as recorrentes violações de direitos humanos que ocorrem nestes estabelecimentos, o Conselho Nacional de Justiça, vinculou a resolução número 487 que determina, dentre vários pontos, a substituição de internações em medidas de tratamento. É justamente a partir dessa constatação que decorre o âmbito desse artigo científico, afinal a resolução nº 487 representa avanços ou retrocessos? O trabalho tem como objetivo central analisar os impactos da referida norma com fulcro na efetivação dos direitos humanos dos penalmente inimputáveis. Quanto aos objetivos específicos, eles incluem: entender as transformações sociais da “loucura”, associar o movimento antimanicomial à reforma psiquiátrica, compreender o funcionamento do sistema penal em relação com o sujeito em conflito com a lei e avaliar a resolução 487 do CNJ, destacando-se suas diretrizes, plano de execução e exemplo prático de aplicabilidade. Para tanto, o presente trabalho emprega o método indutivo, pois, a partir de análise de informações particulares, foram formuladas generalizações sobre o tema. Ainda, utiliza-se o método observacional já que é o início de toda pesquisa científica, pois serve de base para qualquer área das ciências. Nesse sentido, o teor da resolução 487 do CNJ busca cumprir a lei antimanicomial e proteger os direitos humanos dos inimputáveis por transtorno mental, entretanto, ainda há um longo percurso a ser percorrido para que o agente com transtornos mentais tenha proteção estatal, cuidado assistencial e inclusão social no Brasil contemporâneo.

**Palavras-chave:** Resolução CNJ; Política Antimanicomial; Poder Judiciário; Transtornos mentais..

---

\* Estudante de Direito pela Universidade Estadual da Paraíba. E-mail: kevin.mat@hotmail.com

## ABSTRACT

The anti-asylum struggle movement is characterized by the fight for the rights of people with mental suffering. Within this fight is the fight against the idea that a person with mental suffering should be isolated. However, the so-called security measures include hospitalization in a psychiatric hospital as one of the measures. In this spectrum, in view of the recurring human rights issues that occur in these establishments, the National Council of Justice linked resolution number 487 which determines, among several points, the replacement of internment in treatment measures. It is precisely from this observation that the scope of this scientific article arises, after all, does resolution no. 487 represent advances or setbacks? The main objective of the work is to analyze the impacts of the aforementioned norm with a focus on the realization of the human rights of those criminally unaccountable. As for the specific objectives, they include: understanding the social transformations of "madness", associating the anti-asylum movement with psychiatric reform, understanding the functioning of the penal system in relation to the subject in conflict with the law and evaluating CNJ resolution 487, highlighting its guidelines, execution plan and practical example of applicability. To this end, the present work uses the inductive method, as, based on the analysis of particular information, generalizations on the topic were formulated. Furthermore, the observational method is used as it is the beginning of all scientific research, as it serves as the basis for any area of science. It is concluded that the content of CNJ resolution 467 seeks to comply with the anti-asylum law and protect the human rights of those not attributable for mental disorders, however, there is still a long way to go so that agents with mental disorders have state protection, assistance care and social inclusion in contemporary Brazil.

**Keywords:** CNJ Resolution; Anti-Asylum Policy; Judicial Power; Mental disorder.

## 1 INTRODUÇÃO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso intitulado “ Análise da Resolução nº 487 do Conselho Nacional de Justiça (CNJ): Os Desafios de Estabelecer a Política Antimanicomial no Âmbito da Execução Penal e Promover os Direitos Humanos do Inimputável por Transtorno Mental” tem como objetivo central analisar os impactos da Resolução nº 487, de 15 de fevereiro de 2023, do CNJ com fulcro na efetivação dos direitos humanos dos penalmente inimputáveis.

Quanto aos objetivos específicos do trabalho, eles incluem: entender o panorama de transformações sociais da “loucura”, associar o movimento antimanicomial italiano e o brasileiro à promulgação da lei de reforma psiquiátrica, compreender o funcionamento do sistema penal em relação com o sujeito em conflito com a lei, bem como o instituto da inimputabilidade penal, sujeição às medidas de segurança e violações de direitos humanos que ocorrem, muitas vezes, na internação. Além do que, será avaliada a resolução 487 do CNJ, destacando-se suas diretrizes, plano de execução e exemplo prático de aplicabilidade.

No direito penal brasileiro, ao praticar um ato delituoso, o indivíduo infrator deve ser punido penalmente, sofrendo, assim, sanções jurídicas que variam dependendo da gravidade do delito. A falta de responsabilidade penal é chamada, no mundo jurídico, de inimputabilidade, sendo esta a incapacidade que uma pessoa possui de compreender a ilicitude da sua conduta. Por sua vez, quando o indivíduo tem transtornos mentais a medida tomada é a internação dele em hospital psiquiátrico ou a imposição do tratamento médico ambulatorial.

Desta feita, a norma brasileira prevê um tratamento diferenciado a esses agentes, com medidas de segurança em estabelecimentos penais, as quais têm sido oferecidas como uma terapia ou tratamento destinado a corrigir as pessoas com transtornos de conduta, que as levam a delinquir. Ressalta-se que a medida tem caráter preventivo e curativo e não se confunde com a pena.

Todavia, de acordo com a Resolução nº 487, de 15 de fevereiro de 2023, do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP), destinados à internação de pacientes com transtornos psiquiátricos que cumprem medidas de segurança, no âmbito do poder judiciário, devem ser desativados gradualmente e devem ser totalmente fechados, pois em seus lugares serão implementados programas individualizados de acordo com as bases do Sistema Único de Saúde (SUS).

A medida tem o apoio de entidades comprometidas com a reforma psiquiátrica — iniciada oficialmente há duas décadas no país —, do movimento antimanicomial, fundado em 1987, e do Conselho Nacional de Direitos Humanos. Contudo, parte dos profissionais da saúde se opõe ao encerramento das atividades dos hospitais. Como o Conselho Federal de Medicina (CFM) que se posicionou contra. De igual modo, a Associação Brasileira de Psiquiatra (ABP), a Associação Médica Brasileira (AMB), a Federação Nacional dos Médicos (Fenam) e a Federação Médica Brasileira (FMB) endossaram o anúncio do Conselho Nacional de Medicina. Para as entidades, o fechamento das instituições é totalmente inviável.

Sendo assim, questiona-se: a Resolução nº 487, de 15 de fevereiro de 2023, do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) representa avanços ou retrocessos no que tange aos manicômios judiciários?

Para responder a esse questionamento, levanta-se a seguinte hipótese: a Resolução do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) representa avanços, pois está plenamente vinculada a cumprir a política antimanicomial, estabelecida pela lei 10.216, de 06 de abril de 2001 que busca alternativas humanizadas para os inimputáveis por transtorno mental que não sejam as internações.



Admite-se isso porque a referida resolução institui regras para o cumprimento da lei nº 10.216, que esta em vigor há mais de duas décadas e ainda não foi cumprida. Segundo a lei, os manicômios devem ser banidos do país e a aplicação das medidas de internação devem ser uma exceção, ocorrendo apenas em casos específicos. Nesse sentido, indo de acordo com a legislação, a resolução prevê que em seu lugar, serão implementados programas e protocolos para cumprimento da sentença penal que estejam em conformidade com a resolução, integrados aos serviços comunitários e à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do Sistema Único de Saúde (SUS).

A escolha do tema como objeto de estudo, se justifica, principalmente, pelo fato da lei de reforma psiquiátrica ter sido promulgada há mais de duas décadas e ainda existem manicômios judiciais em todo território nacional. Ademais, é sabido que nesses estabelecimentos muitos direitos humanos são violados e restringidos, urgindo a necessidade de aprofundar o debate temático.

A relevância científica e social da proposta reside na contribuição assegurada pela utilidade do trabalho aos demais trabalhos que pretendam debater a questão da inimizabilidade, medidas de segurança, política antimanicomial e resolução 487 do CNJ pela contribuição cumulativa (ou seja, pelo que este acrescenta ao conjunto do conhecimento científico do tema). Além disso, leva em consideração a função social da Universidade de proporcionar à sociedade o ensino, pesquisa, extensão e contribuir para a investigação científica em sua comunidade e o pleno cumprimento do papel social da Universidade Estadual da Paraíba de despertar no meio social criticidade, tendo como público alvo os operadores do Direito e a Sociedade em geral.

Para cumprir todos os objetivos do trabalho, é necessária uma metodologia que se baseia, quanto aos meios, numa pesquisa bibliográfica, e quanto aos fins em uma pesquisa exploratória, com fontes secundárias e tratamento qualitativo dos resultados.

Inicialmente o artigo apresentará um paralelo da relação da sociedade com a "loucura". Em seguida, passa a focar no tema do movimento antimanicomial na Itália e no Brasil. Além de analisar o sistema penal e a pessoa em conflito com a lei, especificamente no caso do inimputável por transtorno mental. Por fim, faz uma análise da resolução 487, de 15 de fevereiro de 2023, do Conselho Nacional de Justiça, ressaltando os impactos da referida norma no âmbito do cumprimento das medidas de segurança, bem como sua aplicabilidade e viabilidade.

## **2 RELAÇÃO DA SOCIEDADE COM A "LOUCURA"**

Ao longo da história da humanidade há uma constante modificação das maneiras de lidar e reconhecer os transtornos da psique humana.

Michel Foucault foi um dos primeiros doutrinadores que dedicou sua atenção ao estudo da loucura, em sua nítida contribuição ele compreendeu que os modos de entender e lidar com a loucura não foram os mesmos no decorrer do tempo e se modificaram com os avanços da sociedade. Em 1961, ele publicou sua tese 'História da loucura', onde descreve como os saberes e as disposições sobre a loucura se transformaram no tempo, entendendo que a loucura não é um fenômeno natural, nem uma "doença", mas sim um fato social que permeia a humanidade.

Foucault observou que, na antiguidade, o louco era visto como uma entidade, sendo valorizado pelo meio social. Porém, logo em seguida, as casas de internamento se espalharam rapidamente por toda a Europa, especialmente na França, Alemanha e Inglaterra com o pressuposto de separar os indivíduos com alguma anomalia mental dos demais.

A grande internação foi o momento onde a loucura é relacionada com a incapacidade para o trabalho e de integrar-se no grupo, passando a se enquadrar dos problemas da cidade. O sofrimento psíquico para a sociedade exibe uma ideia de incapacidade e improdutividade, causando vergonha em familiares e pessoas próximas com relação à condição do sujeito que sofre (Vechia; Martins, 2006, p. 6).

O louco, na sociedade, além de ser entendido como desajustado, perturbado e perigoso, também é entendido como aquele que não produz que é incapaz de trabalhar e participar da sociedade, que não consegue se integrar nos grupos sociais, e por conta disso atrapalha a estrutura social e a ordem estabelecida.

Apesar de os primeiros estudos da loucura e da psiquiatria terem sido feitos na Antiguidade, pelos gregos, a loucura como enfermidade mental e a psiquiatria como subárea da medicina surgiram, apenas, a partir da Revolução Francesa. A partir dela, a loucura passou a ser considerada como doença mental, e o manicômio, como base para o nascimento da psiquiatria, com a qualidade de ambiente médico único no tratamento da doença mental. Tal fato perdura, até os dias atuais, embora com resistência de alguns movimentos instituídos em vários países que proclamam o fechamento de tais ambientes.

## 2.1 Surgimento dos manicômios judiciários

A palavra "manicômio" deriva do grego: "manía" significa loucura e "komên" quer dizer curar. Portanto, a partir do seu significado, se infere que o manicômio seja um instituto destinado ao tratamento das pessoas com transtornos mentais. O termo se refere aos dois tipos de hospital psiquiátrico, a instituição destinada à "cura" de tais pessoas, e aquele que há algum tempo se definia como manicômio judiciário, hoje denominado Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, voltado para as pessoas com transtornos mentais que cometeram delito.

Ao estudar a história da saúde mental no Brasil e no mundo, verifica-se a criação do manicômio como uma resposta social à loucura (Basaglia, 1985; Pessotti, 1996; Costa, 2003; Foucault, 2004).

O manicômio se constitui como lugar da separação e segregação, configurando-se como uma instituição total destinada às pessoas excluídas da sociedade (De Leonardis, 1988; Goffman, 2003).

Desde a sua origem, tal instituição é objeto de denúncias sobre as condições das pessoas ali internadas. Nessas denúncias, também consta a situação dos manicômios judiciários.

A origem histórica do manicômio judiciário remonta à Inglaterra do século XVIII, quando uma pessoa tentou matar o Rei Jorge III, sendo declarada louca e por isso irresponsável pelo seu ato, e, em seguida, absolvida e internada numa seção especial do manicômio de Bedlem (Simonetti, 2006).

Assim, a primeira instituição a acolher loucos criminosos foi o Asilo de Bedlem, na Inglaterra, onde em 1786 é aberta uma seção especial, que deu origem ao projeto do manicômio criminal como estabelecimento destinado unicamente à internação dos loucos criminosos. Outras seções para tais pessoas foram criadas dentro dos numerosos asilos espalhados pelo país.

O manicômio criminal nasce na Inglaterra com o nome de Criminal Lunatic Asylum, a primeira instituição com a finalidade de custodiar as pessoas com transtorno mental que tivessem cometido algum ato penalmente ilícito (Simonetti, 2006; Cohen, 2006; Andrade, 2004).

E foi justamente a Inglaterra o primeiro país a disciplinar com uma lei tal matéria, especificando minuciosamente as categorias de sujeitos que deveriam ser destinatárias dos procedimentos de internação neste tipo de instituição (Borzachiello, 1997).

Ainda no século XVIII é promulgada uma lei, chamada *Insane offender's bill*, a qual previa que todos aqueles que tivessem cometido um delito em condições de alienação mental seriam absolvidos e internados em um manicômio por tempo determinado pelo rei (Simonetti, 2006).

Porém, a referida lei se revelou ineficaz e as estruturas existentes se demonstraram inadequadas às necessidades terapêuticas daqueles sujeitos, e as dificuldades de gestão tornaram ainda mais desumanas as condições dos internados. Para esta autora, o primeiro e verdadeiro "Manicômio Criminal de Estado" é instituído em 1857 na paróquia de Sandhurst e em 1863 foi fundado o estabelecimento de Broadmoor, situado na periferia de Londres, considerado sempre um exemplo pela eficiência e funcionalidade, concebido como setor especial hospitalar. Nos anos seguintes, de acordo com as normas denominadas "The Criminal Lunatic Act" de 1884 e "The Trial of Lunatic Act" de 1885, se estabelece que em Broadmoor podiam ser internados não só aqueles que tivessem cometido um crime em estado de loucura, mas também aqueles que enlouquecessem durante o processo, a chamada superveniência de alienação mental, e, por isso, se tornassem incapazes de se submeter à disciplina carcerária. (Simonetti, 2006, p. 13).

A partir do século XIX a defesa da existência de instituições manicomiais domina toda a Europa, e foi considerado como a modalidade terapêutica mais eficaz, apesar do reconhecimento dos pontos negativos como violência, isolamento e as práticas coercitivas (Rammingner, 2002).

O manicômio surge no final do século XVIII como local para ser "tratada" a loucura, com ocultamento e exclusão, com vistas a uma "cura", de acordo com a ordem fundada pelo médico francês Philippe Pinel, a qual representa o marco inaugural da fundação da chamada Medicina Mental ou Psiquiatria. Ele criou o primeiro método terapêutico para a loucura na modernidade, denominado Tratamento Moral, baseado em confinamentos, sangrias e purgativos, e, finalmente, consagrou o hospital psiquiátrico como o lugar social dos loucos (Foucault, 2004; Costa, 2003; Resende, 2001, p. 4).

O referido método consistia em usar do rigor científico e da insuspeição moral do médico para "convencer" o louco a voltar à sanidade mental, buscando analisar e classificar seus sintomas (Birman, 1978; Pessotti, 1996; Cohen, 2006).

O método criado por Pinel estabelecia a doença como problema de ordem moral. Pinel acreditava que o isolamento dos "alienados" era essencial para observar a sucessão de sintomas e descrevê-los, e organizava o espaço asilar a partir dos diversos tipos de alienados existentes com esse objetivo. O princípio do isolamento constituía-se como recurso necessário para retirar o "alienado" do meio confuso e desordenado e incluí-lo em uma instituição disciplinar regida por normas, regulamentos, e diversos mecanismos de gestão da vida cotidiana que reordenariam o mundo interno daquele sujeito e o resgatariam para a razão (Pelbart, 1989, p. 5).

Com as críticas ao "modelo pineliano", se consolida um primeiro modelo de reforma: a colônia de alienados, que tinha como objetivo reformular o caráter fechado do "asilo pineliano", trabalhando com as portas abertas, estabelecendo, assim, um regime de não restrição ou maior liberdade.

Porém, o modelo das colônias serviu, na prática, para ampliar a importância social e política da psiquiatria, e neutralizar parte das críticas feitas ao hospício tradicional,

concluindo que, com o passar dos anos as colônias não se diferenciam dos "asilos pinelianos". (Amarante 1998).

Obviamente, não tardiamente os manicômios e a prática de internação se espalharam em todas as nações, inclusive em território tupiniquim.

## 2.2 Manicômios judiciários no Brasil

Os hospitais específicos para acolher os loucos infratores foram instituídos no Brasil a partir da segunda década do século XX com a denominação de manicômios judiciários (Carrara, 1998).

Já em 1870, o então diretor do Hospício D. Pedro II, Dr. Moura e Câmara, apontava a necessidade de separar os loucos agitados e perigosos, tendo em vista que se constituíam em um obstáculo para a medicalização completa do asilo, por exigirem práticas violentas e repressivas. Acrescente-se que tal idéia passa a ser defendida por Teixeira Brandão em 1896, diante de um caso envolvendo um provável louco-criminoso, que o motiva a solicitar ao Ministro da Justiça a construção de um Manicômio Criminal, porém, esta idéia não representava consenso em toda a classe médica (Carrara, 1997, p. 14).

Para Juliano Moreira, diretor do Hospício Nacional no ano de 1920, os criminosos loucos não deveriam estar alojados naquela instituição, mas numa "prisão de caráter especial, prisão e manicômio ao mesmo tempo" (Carrara, 1998).

Assim, a criação de um manicômio judiciário no país já vem marcada pelo caráter de ambigüidade: afinal, essa instituição é um hospital ou uma prisão?

O primeiro manicômio judiciário do Brasil e da América Latina foi inaugurado na cidade do Rio de Janeiro, no dia 30 de maio de 1921.

Em relação a este evento, Coroava-se então um processo muito mais amplo que, atingindo as práticas jurídico-penais como um todo, fez com que nossos tribunais, como bem apontou Foucault, passassem, a partir de finais do século XIX, a não julgar mais atos criminosos, mas a própria alma do criminoso" (Carrara, 1998).

Com a implementação do manicômio judiciário vislumbrava-se uma solução de interesse da sociedade cujo tecido fora agredido pelo delito da pessoa com transtorno mental. Ao apresentar-se como instituição prisional, sustentava-se na premissa de que o indivíduo, ainda que com transtorno mental, deveria pagar pelo crime cometido. Enquanto instituição de custódia, guardava uma natureza diferenciada, a de satisfazer as interpretações patologizantes e biodeterminantes do indivíduo (Carrara, 1998, p. 16).

O seu vínculo era com os "serviços de assistência a psicopatas", conforme se verifica no Decreto nº. 20.155, de 29 de junho de 1931, que determinava que o manicômio judiciário ficava sob a jurisdição do Departamento Nacional de Assistência Pública, "revertendo o respectivo pessoal técnico ao quadro de Assistência a Psicopatas".

O manicômio judiciário se caracterizava, portanto, como o lugar social específico para o encontro entre crime e loucura. Deste modo, esta instituição apresenta, desde a sua origem, uma estrutura ambígua e contraditória. Enquanto instituição predominantemente custodial, revela, com grades e intervenções psiquiátricas, a dupla exclusão que sofrem as pessoas com transtorno mental autoras de delito.

Essa instituição manicomial é criada em outros estados do país ao longo do século XX, como o de Barbacena, em Minas Gerais, no ano de 1929 (Jacobina, 1982).

Em 31 de dezembro de 1933 é inaugurado o manicômio judiciário de São Paulo, que levava o nome de Franco da Rocha, um dos psiquiatras que fomentou um sistema de manicômios judiciários para os loucos criminosos.

Nesse novo espaço é assimilada a política segregacionista característica das demais instituições psiquiátricas. Historicamente, o doente mental foi acorrentado, agredido, amarrado e isolado por ser "violento, imoral e inconseqüente", porém, poucas vezes foi considerado como uma pessoa humana igual às demais pessoas, estando privado de um tratamento com dignidade, respeito e direitos iguais aos dos outros cidadãos. A assistência psiquiátrica prestada pelo Estado no manicômio judiciário favorece uma assistência custodial que dificulta ou impossibilita a integração dessa pessoa à sociedade e o respeito aos seus direitos individuais previstos na Constituição Brasileira.

Por essa razão, não demorou muito para ascenderem movimentos que buscassem reverter essa lógica consolidando-se no chamado "movimento antimanicomial"

### **3 DO MOVIMENTO ANTIMANICOMIAL**

Em resposta ao encarceramento arbitrário do louco infrator surge, nos contextos internacionais, movimentos de oposição ao sistema manicomial. O movimento da luta antimanicomial compõe o cenário nacional de luta em prol dos direitos dos usuários e familiares a uma atenção digna dos serviços de saúde, através de ações que se multiplicam e pautam pela criatividade dos protagonistas, que buscam mudar o imaginário social sobre a loucura. É considerado um movimento social e, como um sujeito social coletivo, não pode ser pensado fora de seu contexto histórico e conjuntura.

Há um processo de socialização da identidade que vai sendo construída. O movimento da luta antimanicomial traz em seu bojo os princípios de Honneth quando busca, de forma ativa, trazer à consciência da população as situações de desrespeito às quais são submetidos os portadores de transtorno mental, quer no convívio com a sociedade, quer na atenção à saúde mental. Ainda ressalta o sentimento de injustiça, ou seja, a privação de direito como um fator importante na luta por reconhecimento (Honneth, 2003).

Assim, o movimento antimanicomial tem como berço a Itália gerando, logo em seguida, a luta antimanicomial também no Brasil.

#### **3.1 Movimento antimanicomial italiano**

Na década de 1960, o isolamento do louco despertou a atenção de profissionais da área de saúde mental fazendo surgir, na Itália, um movimento de luta pela eliminação dos ambientes manicomiais, cujo precursor foi Franco Basaglia, médico psiquiatra. O trabalho de Franco Basaglia foi o projeto piloto do movimento antimanicomial, pois transformou o local em uma comunidade terapêutica e eliminou a opressão e os maus tratos contra os loucos.

Basaglia, foi o psiquiatra pioneiro da luta pelo fim dos manicômios e ao analisar a situação do internado em um hospital psiquiátrico, começa dizendo que ele aparece, antes de tudo, como um homem sem direitos, sujeito ao poder da instituição, e, portanto, à mercê dos delegatários da sociedade que o afastou e excluiu. Afirma ainda, que a exclusão do doente mental da sociedade está estreitamente ligada à sua condição social e econômica e, por isso, é mais justo pensar que esses doentes, porque são sócio-economicamente insignificantes, são objetos da violência do sistema social, que os empurra para fora e encerra-os nos muros do hospital.

Ademais, através do legado dele à psiquiatria se propôs um novo caminho para a saúde mental e para a psiquiatria democrática, em oposição à psiquiatrização da sociedade. Assim, em 13 de maio de 1978, o parlamento italiano aprovou a Lei 180, mais conhecida como lei Basaglia, que aboliu os hospitais psiquiátricos e criou um serviço psiquiátrico de diagnóstico e cura, dentro de hospitais comuns, visando manter o paciente dentro do seu território por acreditar que esse é o melhor lugar para se processar a cura.

A experiência italiana levou à desconstrução do manicômio, possibilitando a construção de uma rede de atenção, composta por centros de saúde mental, cooperativas de trabalho e serviços de emergência psiquiátrica, e produzindo novas formas de sociabilidade e de subjetividade para as pessoas que precisavam de assistência psiquiátrica (Rotelli, 1992. p. 49).

Atualmente, a Itália não dispõe de nenhum ambiente psiquiátrico manicomial, inclusive no âmbito penal. Todos os ambientes manicomiais penais e não penais foram fechados e meios alternativos ao tratamento manicomial foram incluídos no tratamento da doença mental. Em matéria penal, por exemplo, foram criadas as residências de execução de medidas de segurança (REMSs).

Como é sabido, logo em seguida o movimento antimanicomial rompeu as barreiras continentais e chegou até o Brasil.

### **3.2 Movimento antimanicomial no Brasil**

O movimento italiano produziu reflexos no Brasil, fazendo deflagrar, oficialmente, em 1987, o Movimento de Luta Antimanicomial, no interior do qual os meios de tratamento da doença mental passaram a ser questionados, nas conferências nacionais de saúde mental realizadas no território nacional. O maior legado do Movimento de Luta Antimanicomial brasileiro foi a Lei 10.216/2001, a qual deu alicerce ao sistema antimanicomial, direcionando a política nacional de saúde mental às normativas do direito sanitário.

A emergência dessa reforma no Brasil iniciou-se no final da década de 1970, com a constituição do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), a partir de denúncias contra as violências em asilos e as péssimas condições de trabalho dentro dos manicômios/instituições psiquiátricas. (Zambenedetti; Silva, 2008)

O Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA) nasceu em dezembro de 1987, após a I Conferência Nacional de Saúde Mental (junho/1987), no II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, realizado em Bauru – SP, com o lema “Por uma sociedade sem manicômios”, que exigia que os hospitais psiquiátricos fossem substituídos por outras formas de tratamento, capazes de garantir a dignidade e a liberdade das pessoas com transtorno mental, com base nos seus direitos.

O Manifesto de Bauru é o documento da fundação do Movimento Antimanicomial, que marca a afirmação do laço social entre os profissionais e a sociedade para o enfrentamento da questão da loucura e de suas formas de tratamento (Gradelha Junior, 2012).

Instalou-se o lema ‘Por uma sociedade sem manicômios’, tornando o dia 18 de maio o Dia Nacional da Luta Antimanicomial. O primeiro encontro do movimento nacional aconteceu em 1993, na cidade de Salvador (BA). O lema foi ‘O Movimento Antimanicomial como movimento social’, que passou a ser chamado de Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA).

Os debates incluíram o reconhecimento da situação dos indivíduos com transtorno mental, das novas práticas em saúde mental e dos seus direitos, também há necessidade das

mudanças dos conceitos existentes na sociedade sobre a doença mental (MAIA; FERNANDES, 2002).

Em 1995, aconteceu o II Encontro Nacional da Luta Antimanicomial, em Belo Horizonte (MG), tendo como lema ‘Cidadania e Exclusão’. Ocorreram núcleos de discussão permeados pela questão da exclusão.

Os encontros aconteceram de dois em dois anos, até 2001, quando houve a promulgação da lei brasileira 10.216, a lei da reforma psiquiátrica.

### **3.3 lei 10.216 (Lei da reforma psiquiátrica)**

A partir dessas problemáticas e das diversas críticas ao modelo de tratamento psiquiátrico, em 2001 foi aprovada a Lei nº 10.216, conhecida como Lei Nacional da Reforma Psiquiátrica, proporcionando mudanças aos pacientes psiquiátricos, tanto no que diz respeito ao tratamento quanto às concepções/visão de loucura para a sociedade. A loucura saiu das instituições manicomiais e foi para as ruas, trazendo novos questionamentos, discussões e novas percepções sobre os sujeitos ditos “loucos” que passam a ser reconhecidos como sujeitos de direito.

A Lei 10.216 dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial à saúde mental. A referida lei fez-se importante, dentre diversos aspectos, porque garantiu vários direitos aos pacientes com transtornos mentais, como a participação de sua família no tratamento e sua proteção contra qualquer forma de abuso.

A lei também orienta que o tratamento visará como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio, oferecendo assistência integral à pessoa com transtornos mentais, por meio de uma equipe multidisciplinar. Portanto, a internação psiquiátrica só será permitida quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes. Além disso, estabelece que não são permitidas internações em instituições com características asilares, que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados pela lei.

A lei prevê três modalidades de internação: internação voluntária, internação involuntária e internação compulsória. Em relação à internação voluntária, a lei dispõe que somente será voluntária se o paciente declarar por escrito que a aceita. Para isso, ele deve ser maior, não ser civilmente interditado e deve estar psiquicamente orientado. Quanto à internação involuntária, essa ocorre sem o consentimento do usuário e em situações de emergência ou a pedido de familiar ou responsável legal, pois as condições clínicas do paciente não permitem seu consentimento. Vale ressaltar que o pedido do familiar ou responsável não é suficiente para que ocorra a internação, sendo necessário que um médico, devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina do estado onde se localiza o estabelecimento a autorize. Por fim, a internação compulsória representa a forma legal encontrada pela justiça para tratar de pessoas com transtornos mentais que transgrediram as leis penais, ou seja, praticaram condutas consideradas crimes.

Ademais, a bem da verdade nem se precisaria efetivar tal raciocínio para advogar a aplicabilidade da Lei nº 10.216/01 à medida de segurança, é que referido instituto encontra-se claramente previsto na lei comentada. Vejamos.

O parágrafo único do art. 6º elenca a internação compulsória (aquela determinada pela Justiça). Ora, fácil perceber que a medida de segurança nada mais é que uma internação determinada pela Justiça, portanto uma internação compulsória. Também é verdadeiro o contrário, pois por óbvio a lei não confere ao Poder Judiciário uma “carta branca” para decretar internações psiquiátricas. Desta feita, entende-se que a internação compulsória nada mais é que uma medida de segurança.

Demonstrado inequivocamente que a Lei nº 10.216/01 dispõe sobre a medida de segurança, derogando assim a parte geral do Código Penal e a Lei de Execuções Penais no tocante ao tema, vamos às principais implicações desse novo paradigma legal. Assim como qualquer outra modalidade de internação, em respeito aos ditames da reforma psiquiátrica, a medida de segurança somente se justifica em casos de surto, estando sua duração atrelada à permanência do surto. Assim, constatado a inimputabilidade penal do indivíduo autor de crime, o juiz deverá oferecer-lhe o tratamento devido, de acordo com a indicação médica. É o médico e não o magistrado quem decidirá a melhor terapêutica a ser destinada ao indivíduo.

Não há mais que se falar em escolha terapêutica de acordo com a espécie de pena conferida ao crime praticado (detenção ou reclusão). A escolha do tratamento leva em conta exclusivamente o indivíduo portador do sofrimento mental, sua moléstia e suas necessidades.

Essas pessoas não podem ser consideradas criminosas legalmente, pois devido ao transtorno mental e, desde que, ao tempo da ação ou omissão, comprova-se, mediante perícia médica, que eram incapazes de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento. Nessa linha, a prioridade estabelecida pela lei 10.216/01 é a do tratamento no ambiente menos invasivo possível, de preferência em serviço comunitário de saúde mental, incentivando a criação de permanentes espaços para reinserção social do paciente em seu meio. Veda-se, majoritariamente, o tratamento em instituições com características asilares.

Nesse espectro, é importante verificar o funcionamento do sistema penal brasileiro, com foco na inimputabilidade por transtorno mental.

#### **4 O SISTEMA PENAL E A PESSOA EM CONFLITO COM A LEI**

Inicialmente, importa salientar que a teoria do crime, em matéria penal, engloba conceitos como a tipicidade, a ilicitude e a culpabilidade. A tipicidade refere-se à adequação do comportamento do agente à descrição legal do delito. Já a ilicitude é a contrariedade do ato praticado ao ordenamento jurídico. Por fim, a culpabilidade refere-se à capacidade do agente de compreender a ilicitude de sua conduta e de agir de forma diferente. De acordo com essa abordagem, para que uma conduta seja considerada crime, é necessário que ela preencha todos esses três elementos. A conduta deve ser uma ação ou omissão voluntária do agente, ela deve ser descrita como crime na lei (tipicidade) e ela não pode ser justificada ou permitida pelo ordenamento jurídico (ilicitude).

No que se refere à culpabilidade, é um elemento essencial do crime e está relacionada à relação subjetiva entre o autor do crime e o ato praticado. No Código Penal brasileiro, existem diversas causas excludentes de culpabilidade, como: inimputabilidade, coação moral irresistível, obediência hierárquica de ordem não manifestadamente ilegal, erro sobre a ilicitude do fato ou erro de proibição, embriaguez involuntária.

Na presente pesquisa limita-se ao estudo das excludentes de culpabilidade por transtorno mental, previsto no art. 26 caput. De acordo com esse artigo 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.

Dada a importância de verificação da culpabilidade, surge a seguinte dúvida: o que seriam considerados transtornos mentais? Para sanar essa questão, transtornos mentais, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) são caracterizados por uma combinação de pensamentos, percepções, emoções e comportamento anormais, que também podem afetar as relações com outras pessoas.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) existem diversos transtornos mentais, com apresentações diferentes. Eles geralmente são caracterizados por uma



combinação de pensamentos, percepções, emoções e comportamento anormais, que também podem afetar as relações com outras pessoas.

O Capítulo V da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) abrange os transtornos mentais e comportamentais. Essa categoria inclui uma ampla variedade, como: transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos; transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa; esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes; transtornos do humor [afetivos]; transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o “stress” e transtornos somatoformes; síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e a fatores físicos; transtornos da personalidade e do comportamento do adulto; retardo mental; transtornos do desenvolvimento psicológico; transtornos do comportamento e transtornos emocionais que aparecem habitualmente durante a infância ou a adolescência; transtorno mental não especificado.

Como se percebe há uma grande gama de transtornos que, se constatados no tempo da ação ou omissão, são capazes de neutralizar a culpabilidade do agente.

Três são os requisitos para tal: biológico (a causa, ou seja, a doença mental etc.), psicológico (o efeito, isto é, a supressão das capacidades de entendimento ou autodeterminação) e temporal (ocorrência dos requisitos anteriores no exato momento da conduta). O sujeito que, nessa hipótese, praticar um crime será absolvido. Trata-se de absolvição imprópria, pois a ele se aplicará uma medida de segurança.

Exige-se o laudo médico para a comprovação da doença mental, do desenvolvimento mental incompleto ou do desenvolvimento mental retardado. Cuida-se de meio legal de prova da inimputabilidade, imprescindível, que sequer pode ser substituído pela inspeção judicial, pois o julgador não possui conhecimentos médicos para identificar deficiências na saúde psíquica do réu.

Note que, para a hipótese de inimputabilidade por doença mental, a lei prevê somente uma solução: a medida de segurança. Como se trata de uma sanção penal adequada em função da periculosidade do agente, diz-se que, nesse caso, ela é presumida.

Logo, o agente que recai na hipótese de inimputabilidade por transtorno mental, será direcionado ao cumprimento de medidas de segurança.

#### **4.1 Das medidas de segurança**

Para o teórico Guilherme de Souza Nucci a Medida de Segurança é: uma sanção penal, com caráter preventivo e curativo, visando a evitar que o autor de um fato tido como infração penal, inimputável ou semiimputável torne a cometer outro injusto e receba tratamento adequado. (Nucci, 2008).

As medidas de segurança se dividem em duas espécies; internação ou tratamento ambulatorial. O artigo 97 do CP disciplina a matéria: “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.” Importante ressaltar que o presente artigo limita-se ao aprofundamento das medidas de segurança de internação.

A internação é a colocação do agente em um hospital de tratamento psiquiátrico ou, à falta deste, em outro estabelecimento adequado, nos termos do art. 96, I, do CP. Trata-se de medida de segurança detentiva, em que há privação da liberdade do agente. O internado fica recluso durante toda a medida, cabendo uma analogia com a pena privativa de liberdade. Nessa modalidade o internado é recolhido em um estabelecimento dotado de características hospitalares e será submetido a tratamento, buscando reduzir sua periculosidade, para que ele possa retornar ao convívio social.

Havendo então, alguma suspeita de que o indivíduo que praticou ato delituoso apresenta algum transtorno mental, deve ser de pronto solicitado exame médico-legal, para

que se avalie a imputabilidade com vistas à formação do processo de incidente de insanidade mental.

Na condição do exame pericial constatar a insanidade mental do agente, caberá ao juiz, acatar ou não, o parecer do perito. Caso o mesmo pondere em favor do laudo pericial, o magistrado deverá absolver o acusado e aplicar a medida de segurança, para que o doente mental receba o tratamento psiquiátrico adequado à sua condição.

Outro ponto relevante de análise é a letra do art. 97 § 1º do CP, que estabelece que para as medidas de segurança o prazo mínimo para realização da primeira perícia médica deverá ser de 01 e 03 anos, sendo que, enquanto não averiguada, por meio desta, a cessação da periculosidade o sujeito continuará internado.

Periculosidade é o conjunto ou as circunstâncias que indicam a possibilidade de alguém praticar ou tornar a praticar um crime. (Palomba, 2003).

Porém, a partir dos questionamentos da duração máxima da internação o Superior Tribunal de Justiça (STJ), quando do julgamento do HC 126.738/RS, firmou entendimento, com arrimo nos princípios da isonomia e da proporcionalidade, segundo o qual a duração da medida de segurança, em que pese o art. 97 § 1º do CP, que estabelece que como causa determinante do fim da medida de segurança à cessação da periculosidade do agente, não deve ultrapassar o limite máximo da pena abstratamente estabelecida ao tipo penal correspondente, pois caso contrário estaria diante de uma pena de caráter perpétuo. Esse posicionamento redundou na criação da Súmula 527, que diz: “O tempo de duração da medida de segurança não deve ultrapassar o limite máximo da pena abstratamente cominada ao delito praticado”.

Mas uma vez sedimentado o entendimento sobre a necessidade de se estipular um prazo máximo de internação, surge um novo problema. Depois de transcorrido o prazo máximo para cumprimento de pena estabelecido no CP, pode o inimputável ainda precisar de tratamento. Nesse caso, o Poder Judiciário deverá analisar a questão da continuação ou não do tratamento, a fim de buscar uma melhor solução que resguarde a higidez psíquica do inimputável.

Porém, sabe-se que as medidas de segurança se resolvem muitas vezes em uma espécie de segregação perpétua para os internos nos hospitais psiquiátricos, ensejando dupla violência institucional, cárcere mais manicômio, onde estes jazem esquecidos do mundo. Além do mais, no transcorrer da mesma verifica-se, muitas das vezes, violações de direitos humanos constitucionalmente resguardados.

#### **4.2 Violações de Direitos humanos nas internações judiciárias**

Os direitos humanos fundamentais para que as pessoas tenham dignidade e qualidade em suas vidas incluem, segundo a Constituição Federal Brasileira de 1988: direito à vida, à liberdade, ao trabalho, à educação, à saúde, à moradia, entre outros, sendo que todas as pessoas merecem exercê-los sem privilégios ou discriminação. Tais direitos devem ser respeitados incondicionalmente, especialmente no caso de pessoas com transtornos mentais.

No mesmo sentido, o parágrafo único do artigo 2º da Lei 10.216 estabelece que a pessoa com transtorno mental tenha acesso a cuidados, preferencialmente comunitários, que sejam dignos e humanizados, centrados na integralidade e nos direitos humanos, o que exige proteção, humanização, respeito, inclusão social e familiar.

O Princípio da Dignidade da Pessoa Humana, por sua vez, exige que as autoridades administrativas confirmem ao delinquente-doente condições mínimas a tratamento, destacando-se, essencialmente, salubridade no ambiente institucional, presença de profissionais habilitados laborando na instituição, progressividade terapêutica,

individualização na execução da medida de segurança criminal e, especialmente, transmissão de valores essenciais à convivência em uma livre sociedade político-pluralista. (Ferrari, 2001, p. 123).

Todavia, desde o início da instituição do hospital psiquiátrico no Brasil, já se verificavam maus-tratos perpetrados contra os doentes mentais. Era o que denunciava o Dr. João Carlos Teixeira Brandão através de manifestos sobre atos violentos cometidos no Hospício Nacional (Correa, 1999; Ribeiro, 1999).

A política de internamento e desagregação vigente no pensamento médico do século XIX permanece nos dias atuais, no que se refere ao tratamento oferecido às pessoas com transtornos mentais internadas nos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) do país.

Na trajetória da política de saúde mental do Brasil, constata-se que mortes, maus-tratos e humilhações ainda fazem parte do cotidiano de inúmeros hospitais psiquiátricos brasileiros - como evidenciam as vistorias feitas, seja por iniciativa do poder público ou da sociedade civil (Silva, 2001; Comissão nacional, 2004).

O Direito Penal, de certa forma, desresponsabilizando o sujeito criminoso, o colocou para fora do âmbito social, tornando-o menos humano, situando o doente em um ambiente manicomial, assim, o que deveria ressocializá-lo, além de trata-lo, acaba por ocasionar “na prática o agravamento da condição psicótica e perda da possibilidade de retorno social” (Jacobina, 2003, p. 59).

Percebe-se, assim, uma verdadeira punição dessas pessoas: a pessoa com transtornos mentais é punida através da segregação manicomial e da perda de direitos, culminando, assim, com violações dos seus direitos humanos (Caravana, 2000; Comissão nacional, 2004; Gonçalves, 2004).

Ao afirmar que os hospitais de custódia, historicamente, não eram espaços para intervenções terapêuticas, por medida de segurança para a sociedade, Tânia Kolker (Brasil, 2001) conclui que os ambientes dos HCTP nunca foram terapêuticos. Constata-se, assim, a falta de uma política intersetorial estruturada, por parte dos poderes públicos, voltada para as pessoas ali internadas. A violação dos direitos humanos dessas pessoas é constante e vincula-se a um conjunto de causas. Dentre elas, uma das mais importantes é a idéia de que o abuso sobre as vítimas - internos, e, por isso, pessoas com transtornos mentais infratoras - não merece a atenção pública. Ademais, as violações de direitos são cometidas por aqueles que têm o dever legal de garanti-los e protegê-los.

Tais Hospitais apresentam-se como um local de castigo, onde o tratamento da saúde do doente se limita em prescrição de medicamentos sem um acompanhamento e atenção necessária, fazendo que alguns dos indivíduos fiquem dopados por todo o tempo.

Mas eles tinham que ter sim, um acompanhamento...aqui é tudo um faz-de-conta...aqui tem um psicólogo que não serve pra nada... aí eu não quero nem pensar, porque cada um na sua função...aqui tem um psicopedagogo que também não faz nada, tem um terapeuta que não faz nada ... a enfermagem dá o remédio na hora certa...e também muitas vezes que nem se certifica que o interno realmente tomou, porque tem interno que cospe fora...tem interno que guarda, acumula, aí fica juntando, juntando... aí toma tudo de uma vez, entendeu?...é muito sério isso aqui. Isso aqui é tão sério, tão sério, é tão sério quanto a nossa casa. (Chaves, 2007, p. 14).

Ademais, a Constituição Federal de 1988 dispõe que a saúde é um direito social, posto isso, deve o Estado garantir que esse direito seja exercido de forma que alcance a todos os sujeitos. A saúde mental, como sendo uma espécie do gênero saúde, deve ser observada da mesma maneira. Ocorre que, essa espécie nem sempre foi observada com a devida

importância que se deve ter. A defesa social desconsidera qualquer aspecto da saúde mental e aplica uma medida de segurança que se caracteriza, na maioria das vezes, pela indeterminação da sua duração e pela falta de perspectiva de um atendimento baseado no conceito do direito à saúde, evidenciando, assim, um descompasso com os princípios do SUS e com a legislação sanitária e de saúde mental.

Assume-se que a invisibilidade do louco infrator não foi rompida com as conquistas da Reforma Psiquiátrica dos anos 2000. Assim, para modificar esse cenário, o Conselho Nacional de Justiça vinculou, em 2023, a resolução número 487, determinando, em síntese, o fechamento gradual dos manicômios judiciários em todo o Brasil e a submissão dos internos ao regime do Sistema Único de Saúde (SUS).

## **5 DA RESOLUÇÃO NÚMERO 487 DO CNJ**

As resoluções do CNJ dotadas da qualidade da generalidade, impessoalidade e abstração são reconhecidas como atos normativos primários. Assim, as Resoluções do CNJ com as qualidades supracitadas, porquanto elas são consideradas “leis em tese” (Lenza, 2023).

Finalmente, em fevereiro de 2023, o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) editou a Resolução 487/2023, que instituiu a Política Antimanicomial do Poder Judiciário e estabeleceu procedimentos e diretrizes para implementar a Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência e a lei 10.216/2001 no âmbito das medidas de segurança.

A edição da Resolução atende às medidas impostas ao Brasil pela Corte Interamericana de Direitos Humanos, por ocasião da condenação do país no caso da morte do paciente Damião Ximenes Lopes.

A Resolução entrou em vigor no dia 26 de maio de 2023 e, agora, cabe ao Poder Judiciário e ao Sistema Único de Saúde a constituição de fluxos e termos de cooperação para a transferência dos pacientes judiciários a unidades vinculadas à Rede de Atenção Psicossocial, ficando a internação adstrita aos casos clínicos que demandem esse último recurso, pelo prazo mínimo necessário à estabilização do quadro, conforme os ditames da política nacional geral, prevendo o progressivo fechamento de leitos manicomiais e a reversão dos pacientes para a Rede de Atenção psicossocial (RAPS), a quem caberá a elaboração de Plano Terapêutico Singular e a escolha do tratamento pela equipe que acompanha o usuário do serviço, a partir do diagnóstico psiquiátrico e do caso clínico individual.

A Resolução mencionada, elaborada por comissão composta por alguns dos mais destacados especialistas no tema no país, seja da área da saúde, seja do campo jurídico, pretende regulamentar e criar procedimentos para o fiel cumprimento da lei 10.216/2001 que, apesar da vigência de mais de duas décadas, continua a ser ignorada pela maioria dos operadores do direito.

Dada a amplitude da referida norma o foco, nesse artigo, é a atenção ao que tange o sujeito que está em cumprimento de medidas de segurança da espécie internação.

### **5.1 Bases e diretrizes da Resolução 487 do CNJ**

Este documento baseou-se em vários instrumentos legais internos e internacionais para traçar estratégias de desinstitucionalização como “as Residências Terapêuticas, o Programa de Volta para Casa, estratégias de reabilitação psicossocial, ação de equipes especializadas em acompanhar todas as fases do procedimento criminal com o intuito de apoiar ações e serviços para atenção à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei”, dando prioridade à

aplicação da medida de tratamento ambulatorial em detrimento da medida de segurança de internação.

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

Segundo o artigo 11 da resolução: na sentença criminal que imponha medida de segurança, a autoridade judicial determinará a modalidade mais indicada ao tratamento de saúde da pessoa acusada, considerados a avaliação biopsicossocial, outros exames eventualmente realizados na fase instrutória e os cuidados a serem prestados em meio aberto.

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

Um dos princípios que regem a Res. 487 do CNJ é a indicação da internação fundada exclusivamente em razões clínicas de saúde, sendo admitida somente na demonstração de insuficiência dos recursos extrahospitalares, nesse sentido, o art. 13 da Res. 487 do CNJ evidencia a excepcionalidade da internação, que somente deve ser imposta quando incabíveis outras medidas cautelares. Vale ressaltar que, há mais de 20 (vinte) anos — com o advento da Lei 10.216/2001 —, a internação somente é indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

Dentre tantas inovações positivas, a resolução dispõe que “a internação [...] será cumprida em leito de saúde mental em Hospital Geral ou outro equipamento de saúde referenciado pelo Caps da Raps, cabendo ao Poder Judiciário atuar para que nenhuma pessoa com transtorno mental seja colocada ou mantida em unidade prisional, determinando, ainda, a interdição parcial de estabelecimentos, alas ou instituições congêneres de custódia e tratamento psiquiátrico no Brasil, com proibição de novas internações em suas dependências.

Assim, todo o sistema de justiça criminal, guiado pelo CNJ segue com as providências no sentido de modificar o cenário de encarceramento e internação degradante de pessoas com transtornos mentais, reposicionando-as no centro de uma abordagem estatal que prioriza a garantia efetiva de sua saúde, em conformidade com os princípios da reforma psiquiátrica e dos direitos humanos. Os trabalhos são embrionários, mas apesar da tenra idade da resolução, ela traça metas e caminhos para mudanças positivas e garantidoras de direitos humanos aos doentes mentais em conflito com a lei.

Todavia, há muitos questionamentos acerca de como se dará a aplicação da resolução 487, tópico que será discutido.

## **5.2 Plano de execução da resolução 487: como se dará a aplicação?**

Feitas essas considerações e para sanar todas as dúvidas o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) esclareceu que:

a) A resolução não cria nada novo, apenas exige que o Estado cumpra regras e leis vigentes há anos no país para que o tratamento de saúde seja realizado em local adequado, que seja especializado e bem estruturado;

b) A resolução só diz respeito a quem não tinha consciência de seus atos, situação atestada pós avaliação de equipe de saúde especializada. A lei considera essas pessoas

inimputáveis e isso precisa ser reconhecido dentro do processo e assim julgado por um magistrado;

c) A opção de internação segue como opção se outras medidas disponíveis não são suficientes. A internação pode se estender pelo tempo que for necessário segundo cada caso, sempre a partir da avaliação dos profissionais de saúde;

d) A resolução determina que a medida seja cumprida em local capaz de ofertar tratamento de saúde exigido, com equipes e técnicos preparados para tal.

e) A resolução aponta a elaboração de projetos terapêuticos singulares, permitindo o acompanhamento de cada caso por serviços públicos especializados, com a participação da equipe multidisciplinar do Judiciário, das equipes conectoras do sistema de saúde e Judiciário.

A Resolução CNJ n. 487/2023 aponta, ainda, diretrizes para a atuação da magistratura ainda durante as audiências de custódia, ou seja, ao identificar pessoas com indício de transtorno mental em caráter preventivo e não só a partir da desinstitucionalização de quem já está em Hospital de Custódia.

Essas pessoas continuarão sob os cuidados de um médico, mas também devem ser acompanhadas por uma equipe multidisciplinar qualificada e, desde então, receber atendimento de saúde apropriado e conforme as respectivas necessidades, sem prejuízos do acompanhamento da medida judicial eventualmente imposta.

Ouvidos Ministério Público e defesa, caberá à autoridade judicial o encaminhamento da pessoa ao atendimento na Rede de Atenção Psicossocial (Raps), que para além do atendimento saúde adequado tratará de endereçar encaminhamentos voltados à proteção social e políticas e programas adequados, a partir de fluxos já estabelecidos com a rede e o modelo orientado pelo CNJ.

O artigo 13 da Resolução determina que a medida de internação só deverá ser implementada se ocorrerem hipóteses excepcionais, quando não suficientes outras medidas ou quando compreendida como recurso terapêutico momentaneamente adequado no âmbito dos Projetos Terapêuticos Singulares (PTS).

Dito isso, a Res. 487 do CNJ considera o Projeto Terapêutico Singular (PTS) como “conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas para um indivíduo, uma família ou comunidade, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar e centrado na singularidade da pessoa em tratamento, de modo a contribuir para a estratégia compartilhada de gestão e de cuidado, possibilitando a definição de objetivos comuns entre equipe e sujeito em acompanhamento em saúde”.

Assim, é possível orientar o processo penal a partir do PTS, porquanto a singularidade de cada caso aproxima o Sistema da Justiça das verdadeiras necessidades dos envolvidos na ação, aliás, o conjunto de propostas terapêuticas que o PTS traz é crucial para a execução das medidas de segurança. O PTS deve ser levado em consideração tanto no acompanhamento do tratamento ambulatorial (art. 12, §§ 1º e 4º, da Res. 487, CNJ) quanto na medida de internação (arts. 13 e 14 da Res. 487, CNJ). Isto posto, foi fixado o prazo de 12 (doze) meses para a autoridade judicial determinar a elaboração de PTS de todas as pessoas submetidas a medidas de segurança que estão internadas em HCTP, em instituições congêneres ou unidades prisionais.

A internação pode ser aplicada, ainda, quando necessária para o restabelecimento da saúde da pessoa, desde que prescrita pela equipe de saúde, em alinhamento com a Lei 10.216/2001, que estabelece, em seu art. 4º, que a internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

Outro ponto relevante trazido pela Res. 487 do CNJ é o fechamento gradativo de estabelecimentos, alas ou instituições congêneres de custódia e tratamento psiquiátrico no

Brasil. A finalidade dessa interdição é, além de combater a internação em instituições com características asilares (combatida desde a vigência da Lei n. 10.216/2001).

Com isso, surge o questionamento: aonde vão as pessoas com transtorno mental ou deficiência psicossocial em conflito com a lei? A resposta é que a internação será cumprida em leito de saúde mental em Hospital Geral ou outro equipamento de saúde referenciado pelo Centros de Atenção Psicossocial (Caps) da Rede de Atenção Psicossocial (Raps), nos termos do art. 13, §1º, Res. 487 do CNJ.

Importante ressaltar que alguns estados da federação, no âmbito do Judiciário, já cumprem a Lei Antimanicomial há muitos anos, como o estado de Goiás, que tem programa próprio- o Programa de Atenção ao Louco Infrator (PAILI)- que mostra dados consistentes de sucesso do projeto servindo, inclusive, de paradigma, para a observação da viabilidade de aplicação da resolução n.487, do CNJ.

### **5.3 Aplicabilidade da resolução 487: o exemplo do PAILI**

O PAILI (Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator), implementado no estado de Goiás revela, por suas rotinas sintonizadas com a reforma psiquiátrica, uma política pública de saúde mental que logrou superar obstáculos institucionais históricos e que demonstra a plena viabilidade da erradicação dos manicômios judiciários.

Com a implementação do Programa em 2006, o sistema de justiça criminal goiano deixou de fazer uso da internação manicomial, que desde então não mais se apresenta como resposta possível para a pessoa com transtorno mental em conflito com a lei. Como demonstrado, a Lei nº 10.216/2001 colocou o manicômio judiciário na ilegalidade. Já não há base normativa que permita a internação de pessoas com transtorno mental em estabelecimentos com características asilares, o que resulta da proibição expressa no art. 4º, § 3º daquela lei.

Com o Paili, Goiás superou o manicômio judiciário. Contudo, a forte cultura manicomial tem permitido a utilização desses estabelecimentos no restante do País, até mesmo onde existem outras iniciativas que buscam atuar em sintonia com a Lei nº 10.216/2001. É o que ocorre, por exemplo, em Minas Gerais, onde funciona o Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário (PAI-PJ).

Embora tenha sido uma iniciativa importante pelo seu pioneirismo, o programa mineiro tem especificidades que o distinguem substancialmente da política goiana, pois não integra o Sistema Único de Saúde (SUS) - e, sim, a estrutura do Tribunal de Justiça daquele Estado -, não contempla toda a população em medida de segurança e convive com três manicômios judiciários em pleno funcionamento nas cidades de Barbacena, Juiz de Fora e Ribeirão das Neves, que seguem com a prática da internação asilar exatamente nos moldes estabelecidos pelo Código Penal. Por essa lógica atualmente em funcionamento em Minas Gerais, os casos compreendidos como 'problemáticos' acabam resultando em internação nos manicômios judiciários lá existentes. (Diniz, 2013, p. 103).

O programa goiano constitui-se como o primeiro programa brasileiro estruturado no âmbito da saúde pública que aceitou o desafio de trilhar novos caminhos junto às pessoas com transtorno mental em conflito com a lei.

Ao contrário das múltiplas experiências de consolidação de novos serviços extra-hospitalares desenvolvidas desde a instituição da Lei 10.216/01 – a exemplo dos CAPS que hoje totalizam mais de 2.000 no Brasil –, o PAILI é o único Programa na área ligado à estrutura de uma Secretaria Estadual de Saúde, não contando com outras atuações nas quais possa se mirar e perceber eventuais contradições ou equívocos. Para as situações de crise, entretanto, a internação pode ser um recurso

terapêutico importante, a ser utilizado quando houver a indicação clínica, sempre com o objetivo de beneficiar a saúde do paciente e pelo período estritamente necessário do ponto de vista terapêutico (Costa, 2013, p. 23).

Desde sua criação, o Paili acolhe pessoas submetidas à medida de segurança por juízos criminais de todas as regiões do estado de Goiás. Ademais, convém desde já ressaltar que o acompanhamento dos casos não implica a transferência do paciente, quando residente no interior do estado, para a capital goiana. Usualmente, o Programa dispara soluções de atendimento no território do próprio paciente, o que, aliás, deriva dos princípios que orientam o tratamento, que deve ser feito, preferencialmente, em meio aberto, e de seu objetivo maior, que é a reinserção social, conforme dispõe a Lei nº 10.216/2001.

A partir da criação do Paili, as pessoas com transtorno mental submetidas à medida de segurança no estado de Goiás passaram a ser direcionadas para a Raps e demais serviços de saúde e de assistência social, dos dispositivos do SUS e, também, do Sistema Único de Assistência Social (Suas), o que acontece por meio do trabalho de sua equipe técnica de forma integrada e articulada com a rede de atenção primária, nos municípios onde não há atenção especializada em saúde mental, e com outros serviços que possam assegurar o melhor atendimento disponível para esses indivíduos.

Como se pode observar, o Paili emergiu dos rizomas da loucura para se apresentar como importantíssima experiência que deixou no passado o manicômio judiciário. Contudo, desde então, está adstrito ao estado de Goiás, embora venha constringendo os demais estados brasileiros pela simples demonstração da viabilidade de uma sociedade sem manicômios judiciários. Ao mesmo tempo, todavia, é pressionado pela grande força que sustenta o funcionamento dessas casas de horrores em quase todo o restante do País.

## **6 METODOLOGIA**

A metodologia é o estudo da maneira de fazer uma pesquisa. É o conjunto de métodos ou caminhos utilizados para a condução da pesquisa e deve ser apresentada na sequência cronológica em que a pesquisa será conduzida. Seu objetivo é o aperfeiçoamento dos procedimentos e critérios utilizados na pesquisa.

Esse trabalho científico, buscando atingir todos os objetivos explanados inicialmente, foi baseado no método indutivo, pois, a partir de análise de informações particulares, foram formuladas generalizações sobre o tema. Ainda, foi utilizado o método observacional já que é o início de toda pesquisa científica, pois serve de base para qualquer área das ciências, sendo considerado o primeiro passo de um estudo de qualquer natureza.

No que concerne ao objetivo e abordagem, a pesquisa quanto aos meios, foi utilizada a pesquisa bibliográfica. Esse tipo de pesquisa busca como base a revisão de materiais como livros, teses, artigos científicos, legislações, dissertações, revistas, jornais, periódicos, enciclopédia, bem como materiais disponibilizados na rede de internet entre outros.

Quanto aos fins, a pesquisa foi exploratória, esta tem por propósito proporcionar maior familiaridade com o problema. Com vistas a torná-lo mais explícito, tendo em vista que será feito um levantamento bibliográfico.

Para elaboração deste estudo os procedimentos técnicos utilizados foram as técnicas de investigação teórica, da observação, leitura, fichamento, coleta de dados e interpretação dos dados coletados.

## **7 CONCLUSÃO**



Diante de todo o exposto, é indubitável o impacto da Res. 487 do CNJ no Poder Judiciário, no sentido em que consubstancia contemporaneidade com relevância, reforçando a aplicação da Política Antimanicomial no ordenamento jurídico brasileiro, representado avanços significativos no que tange aos manicômios judiciários e luta antimanicomial.

Contudo, as internações em manicômios judiciários ainda é uma realidade persistente no Brasil. Milhares de pessoas estão internadas em instituições de caráter asilar – o que é proibido pela lei 10.216- devido as constantes violações de direitos humanos que ocorrem nesses recintos. Por esse motivo, o Conselho Nacional de Justiça vinculou a resolução número 487 determinando o fechamento desses ambientes e redirecionamento dos indivíduos para atendimento individualizado no Sistema Único de Saúde.

A favor da resolução, está o argumento de que é necessário combater a internação em instituições com características asilares, viabilizando, de fato, a substituição do sistema manicomial pelo antimanicomial. Em desfavor da resolução, há o argumento de que é inviável a interdição dos HCTPs e estabelecimentos congêneres para efetuar a internação em leito de saúde mental em Hospital Geral ou outro equipamento de saúde referenciado pelo Caps da Raps, devido à superlotação do aparato estatal.

Ocorre que o número de presos submetidos a medidas de segurança é ínfimo em comparação ao total da população prisional, aquele equivale a 2.177 pessoas, enquanto este perfaz a monta de 644.305 pessoas. Tendo em vista o número apontado, a realização do Projeto Terapêutico Singular dentro do prazo de doze meses estipulado pelo art. 17 da Res. 487 do CNJ é o caminho ideal para viabilizar a desinstitucionalização.

Portanto, uma forma de auxiliar a aplicação da Política Antimanicomial no Poder Judiciário seria o foco especial nas pessoas submetidas à internação, com o escopo de identificar aquelas insuscetíveis ao tratamento ambulatorial. O objetivo é reduzir ao máximo o número de pacientes a serem direcionados aos leitos gerais de saúde em Hospital Geral, a fim de obter um número concreto de pessoas a serem tratadas e compatibilizar a internação com o número de vagas disponíveis no aparato estatal.

Logo, o teor da resolução 467 do CNJ busca cumprir a lei antimanicomial e proteger os direitos humanos dos inimputáveis por transtorno mental, entretanto, ainda há um longo percurso a ser percorrido para que o agente com transtornos mentais tenha proteção estatal, cuidado assistencial e inclusão social no Brasil contemporâneo.

## REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. Asilos, alienados, alienistas: uma pequena história da psiquiatria no Brasil. In: AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho (Org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994. p. 73-95.

ARBEX, D. Holocausto brasileiro. 1 ed. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

BIRMAN, Joel. **A Psiquiatria como discurso da moralidade**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

BORZACHIELLO, Assunta. **Alle origini del manicomio criminale**. In: PUGLIESE, Giovanna;

BRASIL, [Código Criminal do Imperio do Brazil.] LEI DE 16 DE DEZEMBRO DE 1830. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/lim/lim-16-12-1830.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lim/lim-16-12-1830.htm) Acesso em 09 nov. 2023.

BRASIL, [Código Penal dos Estados Unidos do Brazil]. DECRETO Nº 847, DE 11 DE OUTUBRO DE 1890..Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/1851-1899/d847.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1851-1899/d847.htm) Aceso em 09 nov.2023

BRASIL, [Consolidação das Leis Penais]. DECRETO Nº 22.213 DE 14 DE DEZEMBRO DE 1932. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/1930-1949/D22213impressao.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1930-1949/D22213impressao.htm) acesso em 09 nov. 2023

BRASIL, [Código Penal. (1940)] Decreto-Lei, nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/CCIVIL\\_03/Decreto-Lei/De12848.htm](http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/Decreto-Lei/De12848.htm), 1940. Acesso em 30 out, 2023

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, [2016]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm). Acesso em: 16 nov. 2023

CARAVANA NACIONAL DE DIREITOS HUMANOS, Primeira. **Uma amostra da realidade manicomial brasileira**: relatório. Brasília: Centro de Documentação e Informação Câmara dos Deputados, 2000.

CHAVES, Antônio Marcos, & DANTAS, Milena Amélia Franco. **Saúde Costiadiada:Represnetações dos Guardas Sobre o Hospital de Custódia**. 2007. Disponível em: < <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pcp/v27n2/v27n2a14.pdf> > Acessado em 28. ago. 2024.

CHAVES, Antônio Marcos, & DANTAS, Milena Amélia Franco. **Saúde Costiadiada:Represnetações dos Guardas Sobre o Hospital de Custódia**. 2007. Disponível em: < <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pcp/v27n2/v27n2a14.pdf> > Acessado em 28. ago. 2019

CIA, M. **Medidas de segurança no Direito Penal brasileiro** – A desinternação progressiva sob uma perspectiva político-criminal. 2011.

CORRÊA, Josel Machado. **O doente mental e o direito**. São Paulo: Iglu, 1999.

COSTA, J. **História da psiquiatria no Brasil**: um corte ideológico. 5. ed. rev. Rio de Janeiro: Garamonde, 1944/2006.

COSTA-ROSA, A. PEREIRA, E. C. **Problematizando a Reforma Psiquiátrica na Atualidade: a saúde mental como campo da práxis**. Saúde Soc. São Paulo, v.21, n.4, p.1035-1043, 2012.

DE LEONARDIS. **A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil**: censo 2011. Brasília, DF: Editora UnB; 2013.

FERRARI, Eduardo Reale. **Medidas de Segurança e Direito Penal no Estado Democrático de Direito**. 1ª Ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2001.

FOUCAULT, M. A história da loucura na idade clássica. São Paulo: Perspectiva, 1972;

IBCCRIM. (2023). **A política antimanicomial do poder judiciário: a resolução CNJ 487/2023 e a adequação das medidas de segurança à legalidade e à dignidade humana.** *Boletim IBCCRIM*,31(367).

JACOBINA, P. V. **Direito Penal da Loucura: Medida de Segurança e Reforma Psiquiátrica.** 2003

JACOBINA, Ronaldo Ribeiro. **O Asilo e a constituição da psiquiatria na Bahia.** Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária)-DMP, FAMED, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1982.

NUCCI, Guilherme de Souza. **Manual de direito penal. Parte Geral. Parte Especial.** 4. ed. São Paulo. Revista dos Tribunais: 2008.

PALOMBA, Guido Arturo. **Tratado de psiquiatria forense: civil e penal.** 2003.

PELBART, Peter Pál. **Da clausura do fora ao fora da clausura -loucura e desrazão.** São Paulo: Brasiliense, 1989.

PERES, Maria Fernanda Tourinho. **Doença e Delito:** relação entre prática psiquiátrica e poder judiciário no Hospital de Custódia e Tratamento de Salvador, Bahia. 295 f. Dissertação apresentada ao curso de Mestrado em Saúde Comunitária do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1997.

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

SILVA, Marcus Vinicius de Oliveira (Org.). **A instituição sinistra:** mortes violentas em hospitais psiquiátricos no Brasil. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2001.