




A RESOLUÇÃO 487 DO CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA E A POLÊMICA EXTINÇÃO DOS MANICÔMIOS JUDICIAIS

RESOLUTION 487 OF THE NATIONAL COUNCIL OF JUSTICE AND THE CONTROVERSIAL EXTINCTION OF JUDICIAL ASYLUM


1. Camila Paula de Barros Gomes; 2. Pedro Luís Piedade Novaes

 1. <https://orcid.org/0000-0002-8711-1488> Advogada graduada pela Universidade de São Paulo (1998). Especialista em direito administrativo e processo, Mestre em Direito pelo Centro Universitário UNITOLEDO de Araçatuba. Professora do Centro Universitário Toledo Wyden e da Fundação Educacional Araçatuba. Tem experiência na área de Direito, com ênfase em Direito Administrativo e Constitucional.

Recepção: 22/11/2024
Aprovação: 26/01/2025

RESUMO

Em 2023, O Conselho Nacional de Justiça (CNJ) editou a resolução 487 que, entre outras medidas, prevê a extinção dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátricos, onde cumprem medida de segurança os criminosos imputáveis. A medida gerou grande repercussão, tanto no campo jurídico como entre os profissionais da saúde, vez que o fechamento desses estabelecimentos transferirá para o sistema único de saúde uma série de indivíduos com elevado grau de periculosidade. O objeto desse artigo é analisar a constitucionalidade da resolução 487 e a necessidade de encerramento das atividades dos denominados manicômios judiciais. A metodologia aplicada é bibliográfica e documental, sendo abordados aspectos históricos e a delicada questão da invasão de competência do Poder Legislativo pelo CNJ.

 2. <https://orcid.org/0000-0002-4220-0487> Doutor em Comunicação Social pela UNESP-Bauru. Mestre em Direito pelo Centro Universitário Toledo de Araçatuba-SP (2011). Possui graduação em Jornalismo pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (1996) e em Direito pela Faculdade de Direito de Bauru pelo Instituto Toledo de Ensino (1995). Especialista em Direito Processual Civil (PUC/COGEAE - 2000), em Direito Tributário (IBET - 2007) e em Direito Constitucional (ESDC - 2002). Atualmente é Juiz Federal - Tribunal Regional Federal da 3a. Região e Professor Universitário do Unitoledo Wyden.

DOI: 10.5281/zenodo.14841570





ARTIGO

Palavras-chave: resolução 487 CNJ; Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico; medida de segurança; separação de poderes.

ABSTRACT

In 2023, The National Council of Justice (CNJ) issued resolution 487 which, among other measures, provides for the extinction of Psychiatric Custody and Treatment Hospitals, where unaccountable criminals comply with security measures. The measure generated great repercussion, both in the legal field and among health

professionals, as the closure of these establishments will transfer a series of individuals with a high degree of danger to the single health system. The purpose of this article is to analyze the constitutionality of resolution 487 and the need to close the activities of so-called judicial asylums. The methodology applied is bibliographic and documentary, covering historical aspects and the delicate issue of the invasion of the Legislative Power's competence by the CNJ.

Keywords: resolution 487 CNJ; Psychiatric Custody and Treatment Hospitals; security measure; separation of powers

INTRODUÇÃO

A dignidade da pessoa humana está prevista, no texto constitucional, como fundamento da República. No entanto, as pessoas com deficiência sempre encontraram barreiras, oriundas de discriminação, desconhecimento e desrespeito, que dificultavam a efetivação de seus direitos fundamentais. Em 2006, um importante marco jurídico é elaborado com o objetivo de reverter essa realidade. Trata-se da Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência, ratificada com status de emenda constitucional, pelo Brasil, em 2008.

Apesar dos avanços legislativos, muitos desafios ainda se apresentam, em especial para as pessoas com transtornos mentais ou deficiência psicossocial. Tais indivíduos, historicamente, foram alijados do convívio social, escondidos em manicômios, submetidos a tratamento degradante e, até mesmo, a tortura. Como consequência, em 2001, o então presidente Fernando Henrique Cardoso sancionou a Lei 10.216, que impôs a obrigatoriedade de um tratamento digno às pessoas acometidas de transtornos mentais e conduziu ao





fechamento de uma série de instituições que praticavam maus tratos e mantinham pessoas internadas por longos períodos, sendo submetidas a procedimentos desumanos.

A Lei antimanicomial foi responsável por modificar a política de tratamento de transtornos mentais no Brasil e trouxe resultados extremamente positivos em termos de garantia dos direitos humanos. O advento dessa lei, somado à Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência e à proibição constitucional de tratamento desumano ou degradante fez com que o Conselho Nacional de Justiça, em 2023, editasse a Resolução 487, que instituiu a Política Antimanicomial do Poder Judiciário. Entre as medidas previstas está a interdição total e fechamento dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. Essa previsão levantou discussões sobre a viabilidade de liberação de custodiados considerados perigosos, como matadores em série, por exemplo.

A política de saúde e tratamento dos transtornos mentais deve ser executada com respeito à dignidade, porém, o fechamento dos Hospitais Judiciais de Custódia pode trazer problemas para a segurança pública. Esse é o debate que se estabeleceu a partir da resolução do Conselho Nacional de Justiça (CNJ). A relevância da discussão é tamanha que o Partido União Brasil promoveu a Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental 1076, tendo sido apoiado por uma série de instituições como o Conselho Federal de Medicina. Do mesmo modo, foram promovidas três Ações Diretas de Inconstitucionalidade questionando o referido ato normativo do Conselho Nacional de Justiça. As ações receberam os números 7389, 7454 e 7566, tendo sido ajuizadas pelo Podemos, pela Associação Brasileira de Psiquiatria e pela Associação Nacional dos Membros do Ministério Público.

O objetivo desse artigo é analisar as razões que fundamentam a extinção dos manicômios no Brasil e avaliar os impactos de uma extensão dessa decisão para abranger os manicômios judiciais. Para tanto, utiliza de método de pesquisa bibliográfico e documental.

1. A ORIGEM DOS MANICÔMIOS





ARTIGO

A maneira de se compreender a loucura varia ao longo do tempo. Por um grande período histórico, transtornos mentais não eram entendidos como doenças ou características negativas do indivíduo. Lia Carneiro Silveira e Violante Augusta Batista Braga (2005) assinalam que, na Grécia Antiga, a loucura era considerada quase um privilégio, vez que se acreditava que o delírio poderia permitir acesso às verdades divinas.

O cenário se modifica conforme o tempo passa. Na Idade Média, a loucura passa a ser entendida como possessão diabólica (Figueirêdo, Delevati, Tavares, 2014). O tema não atraía a atenção dos poderes públicos e era tratado na esfera privada. Como ensina Heitor Resende (2001), as famílias com posses mantinham seus loucos em casa, enquanto os pobres vagavam pelos campos e cidades, buscando uma forma de sobrevivência. Os insanos gozavam de certo grau de liberdade, vez que nas sociedades pré-capitalistas, a aptidão para o trabalho não era considerada para definição do que seria normal ou anormal.

A situação se transforma com o fim do campesinato e o surgimento de políticas voltadas à repressão da mendicância, da vagabundagem e da ociosidade. Foucault (2003) entende que é esse contexto histórico que conduz a loucura a ser varrida da cena social. As medidas de repressão à vadiagem e à mendicância envolviam a criação de casas de correção e de hospitais gerais, cuja função não era curativa. “Destinavam-se a limpar as cidades de mendigos e anti-sociais em geral, a prover trabalho para os desocupados, punir a ociosidade e reeducar para a moralidade mediante instrução religiosa e moral” (Resende, 2001, p.24). Na análise de Michel Foucault (2003, p.63):

A loucura só terá hospitalidade doravante entre os muros do hospital, ao lado de todos os pobres. É lá que a encontraremos ainda no final do século XVIII. Com respeito a ela, nasceu uma nova sensibilidade: não mais religiosa, porém moral. Se o louco aparecia de modo familiar na paisagem humana da Idade Média, era como se vindo de um outro mundo. Agora, ele vai destacar-se sobre um fundo formado por um problema de “polícia”, referente à ordem dos indivíduos na cidade. Outrora ele era acolhido porque vinha de outro lugar; agora será excluído porque vem daqui mesmo, e porque seu lugar é entre os pobres, os miseráveis e os vagabundos.

A valorização do pensamento científico e o surgimento dos hospitais conduziu ao discurso de que os loucos seriam perigosos e inconvenientes, não tendo condições de





ARTIGO

convívio em sociedade (Silveira, Braga, 2005). A loucura, compreendida como o oposto da razão, passa a ser tratada como doença mental, sendo o hospital geral o local de exclusão desses indivíduos, que deveriam “aceitar a coação física e moral do internamento” (Foucault, 2003, p.65).

No final do século XVIII começam a surgir muitos questionamentos acerca da internação arbitrária de pessoas com transtornos mentais, bem como sobre a prática de tortura disfarçada de tratamento. Nomes como Pinel, passam a defender uma reforma do sistema, sustentando que os loucos deveriam receber cuidados psiquiátricos sistemáticos e humanizados. Surgem os manicômios, locais para “tratamento” da loucura, onde se usava o rigor científico e a insuspeição moral do médico para trazer o louco de volta à sanidade mental (Correia, 2009). Pinel (apud Pereira, 2004, p.114) sustentava que “os alienados, longe de serem culpados a quem se deve punir, são doentes cujo doloroso estado merece toda a consideração devida à humanidade que sofre, e para quem se deve buscar pelos meios mais simples de reestabelecer a razão desviada”. O movimento ficou conhecido como tratamento moral (Resende, 2001).

Destaque-se que o tratamento proposto por Pinel não é imune a críticas, vez que muitos entendem tratar-se de uma forma de domínio e exclusão. Isso porque “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” (Correia, 2009). No entanto, o tratamento clínico se encerrava para os pacientes que não apresentassem evolução, tidos como possuidores de maus hábitos impossíveis de corrigir (Aguilar, Costa, 2022, p.80).

Apesar de ter obtido um certo sucesso inicial, o tratamento moral foi, aos poucos, abandonado. Resende (2001) credita o fato ao elevado número de internações psiquiátricas, que aniquilou o ambiente familiar e de troca interpessoal que favorecia a obtenção de resultados positivos. Com o fracasso do tratamento moral, o manicômio volta a ser um instrumento de segregação social (Rammingier, 2002).



ARTIGO

Mariana L. R. Figueirêdo, Dalnei M. Delevati e Marcelo G. Tavares (2014, p. 125-126) assinalam que houve uma evolução na função dos manicômios. Inicialmente, recolhiam as minorias e mantinham-nas isoladas; posteriormente, passaram a oferecer tratamentos médicos, muitas vezes realizados por pessoas que não tinham tal formação. Já, a partir do século XIX, surgem os manicômios como locais voltados ao tratamento de pessoas consideradas loucas, perigosas, que precisavam de assistência. O objetivo dessas instituições era disciplinar comportamentos.

As condições dessas instituições manicomialmente eram precárias e a maioria dos pacientes não tinha diagnóstico de doença mental (loucura). Os pacientes eram, “[...] epiléticos, alcoolistas, homossexuais, prostitutas, gente que se rebelava, gente que se tornara incômoda para alguém com mais poder” (ARBEX, 2013, p. 14). Além disso, comiam ratos, bebiam esgoto ou urina, eram espancados, morriam de frio, de fome, de doença (ARBEX, 2013). Paradoxalmente, essas instituições justificavam suas práticas com o argumento da necessária limpeza social, livrando a sociedade de sujeitos considerados como parte de uma categoria social de desprezíveis e desajustados cujos comportamentos eram indesejáveis. As instituições manicomialmente, portanto, exerciam a função social de disciplinar corpos e comportamentos. Era uma tecnologia de poder que visava a atender aos padrões de civilidade produzidos na modernidade (Figueirêdo, Delevati, Tavares, 2014, p.126)

Pode-se afirmar que, nos manicômios, os indivíduos não eram tratados como cidadãos e, sim, internados, diagnosticados, classificados e submetidos ao controle e à disciplina impostos por médicos e funcionários (Correia, 2009).

O fenômeno da proliferação dos manicômios também pode ser identificado no Brasil, país em que o primeiro hospício, denominado D Pedro II, foi inaugurado em 1852 (Resende, 2001). Havia uma função a ser cumprida por meio dessas entidades, vez que elas excluía um elemento perturbador, promovendo uma espécie de higienização social.

Todos os estabelecimentos criados no país até o final do século XIX, com a finalidade de internar os *doentes mentais*, ofereciam um tratamento que tinha como objetivo maior "afastá-los da sociedade do que realmente tratá-los e minorar seu sofrimento" (RIBEIRO, 1999, p. 20). Mesmo com tais instituições, se verifica, como no período anterior aos manicômios, a existência de maus-tratos, espancamentos, falta de higiene, fome, resultante de má ou ausência de alimentação (RIBEIRO, 1999). Acerca da violência e dos maus-tratos perpetrados contra os pacientes, Figueiredo (1988, p. 125) cita as sessões de tortura com banhos de choque térmico





ARTIGO

e a malarioterapia, consideradas "práticas científicas" consagradas. Segundo ele, "o controle já era objeto implícito da instituição". Cabe salientar, ainda, que no final do século XIX no Brasil, ainda não existia uma lei específica de proteção às pessoas com transtorno mental. Assim, conforme afirma Corrêa (1999, p. 94), elas eram encaminhadas às casas de saúde, aos hospícios e às prisões "sem nenhum preceito legal que disciplinasse o referido ato de seqüestro, a conservação, o respeito ao patrimônio dos doentes, dentro dos princípios de direito e justiça". (Correa, 2009)

Essa situação perdurou por um longo período no Brasil, pois até a década de 1980, utilizava-se "modelos terapêuticos precários, com uso abusivo de psicofármacos e com isolamento dos doentes mentais em manicômios. As consequências foram inúmeras, como superlotação, erros médicos, índices de mortalidade e segregação dos usuários" (Figueirêdo, Delevati, Tavares, 2014, p.128).

Os problemas eram tantos que, em 2006, o Brasil foi condenado na Corte Interamericana de Direitos Humanos por violação ao direito à vida e à integridade física de Damião Ximenes Lopes, que foi internado em 1999, por questões de saúde mental, em uma casa de repouso do sistema único de saúde. Poucos dias após a internação, o paciente faleceu devido a maus-tratos. A condenação é um marco importante e influenciou, significativamente, as mudanças na maneira como o país lida com os transtornos mentais. Em trecho importante da decisão, assim estabeleceu a Corte Interamericana de Direitos Humanos (Conselho Nacional de Justiça, 2021);

130. A Corte considera que todo tratamento de saúde dirigido a pessoas portadoras de deficiência mental deve ter como finalidade principal o bem-estar do paciente e o respeito a sua dignidade como ser humano, que se traduz no dever de adotar como princípios orientadores do tratamento psiquiátrico o respeito à intimidade e à autonomia das pessoas. O Tribunal reconhece que este último princípio não é absoluto, já que a própria necessidade do paciente pode exigir algumas vezes a adoção de medidas sem seu consentimento. A deficiência mental, entretanto, não deve ser entendida como uma incapacidade para que a pessoa determine e deve ser aplicada a presunção de que as pessoas portadoras desse tipo de deficiências são capazes de expressar sua vontade, a qual deve ser respeitada pelo pessoal médico e pelas autoridades. Quando seja comprovada a impossibilidade do doente para consentir, caberá aos seus familiares, representantes legais ou à autoridade competente emitir seu consentimento quanto ao tratamento a ser empregado.



Tudo o que foi até aqui relatado demonstra que o tratamento dado às pessoas com transtornos mentais, por muito tempo, desrespeitou a dignidade humana. Com origem segregacionista, os manicômios serviam mais para retirar do convívio social pessoas com deficiência mental do que para, efetivamente, oferecer um tratamento digno. O problema afetou também os manicômios judiciais, atualmente conhecidos como Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, conforme será detalhado a seguir.

1.1 Os manicômios judiciais

O manicômio judicial é uma instituição ambígua: ao mesmo tempo uma prisão e um hospício. A ambiguidade se evidencia pois, como afirma Carrara (1998, p. 27), para a prisão enviamos culpados, enquanto o hospício recebe inocentes. Ressalte-se que, de acordo com o artigo 386, parágrafo único, III do Código de Processo Penal brasileiro, quando um inimputável comete um delito, a sentença é absolutória, com aplicação de medida de segurança. Mais uma vez evidencia-se a ambiguidade: absolve-se, mas aplica-se uma sanção penal. Como bem coloca Guilherme de Sousa Nucci (2024, p. 477), “sempre que se tira a liberdade do homem, por uma conduta por ele praticada, na verdade o que existe é uma sanção penal. Toda privação de liberdade, por mais terapêutica que seja, para quem a sofre não deixa de ter um conteúdo penoso”.

Segundo Correia (2009), a origem dos manicômios judiciais remonta à Inglaterra do século XVIII, quando um indivíduo tentou assassinar o Rei Jorge III e foi absolvido e internado no manicômio de Bedlem, primeira instituição que recebeu loucos criminosos. Posteriormente, foi promulgada a lei, conhecida como *Insane offender's bill*, que previa a absolvição e internação em manicômio de todos aqueles que tivessem cometido um delito em condições de alienação mental.

No Brasil, o surgimento dos manicômios judiciais se deu no Rio de Janeiro, em 1921, ante as alegações de que os estabelecimentos destinados aos loucos comuns não tinham pessoal e segurança suficientes para manter alienados criminosos e perigosos. Tais indivíduos



eram vistos, conforme afirma Carrara (1998, p.153) como “muito inocentes para ficarem nas prisões, mas muito perversos para ficarem no hospício”.

Como bem esclarece Luciana Correia (2009), o advento dos manicômios judiciais atendeu ao interesse público, dando uma resposta para a sociedade atingida pela prática do crime. Nas palavras da autora:

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. (Correia, 2009)

Carrara (1998) aponta dois fatores como fundamentais para o surgimento dos manicômios judiciais no Brasil: o assassinato de Clarice Índio do Brasil e a rebelião no Hospício Nacional.

Clarice era mulher de um senador e o crime teve grande repercussão, ante a possibilidade de o assassino vir a ser absolvido em razão de doença mental. A imprensa passou a pressionar pela criação de um manicômio judiciário, como se pode observar no seguinte trecho, publicado em O País, em 1919 (apud Carrara, 1998, p.192):

A campanha para proteger a sociedade de elementos anormais e desequilibrados que, com o concurso de intoxicantes, ou sob a influência exclusiva da própria degeneração, chegam aos extremos de violência assassina, deve ser apoiada por todos, porque ela é um movimento coletivo de defesa comum. Mas reeamos que o êxito desses esforços seja nulo se não cuidarmos de modificar nossa atitude sentimental em relação aos criminosos. É possível que eles sejam freqüentemente vítimas da própria fatalidade orgânica, em que se exprimem associações de múltiplos fatores pelos quais o indivíduo não pode ser moralmente responsável. Mas deixemos de parte esses problemas complicados. Contentemo-nos em lamentar as vítimas inocentes da degeneração alheia e cuidemos em colocar esses desequilibrados em lugar seguro e remoto.

Nesse cenário, que já pressionava pela criação de uma instituição própria para loucos criminosos, ocorre, em 1920, uma rebelião no Hospício Nacional. O médico Juliano Moreira à época afirmou que os criminosos loucos eram os responsáveis pela revolta e que o



lugar deles não era no hospício, e sim, em uma prisão especial, que reunisse as características de prisão e de manicômio (Carrara, 1998).

Assim, em 1921, surge o Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro. Ao longo do século XX, os manicômios se proliferaram pelo país, sendo os manicômios judiciais reservados para criminosos com transtornos mentais. Assim, os hospitais psiquiátricos passaram a atender os loucos não criminosos, enquanto os que praticavam delitos e eram considerados um risco para a sociedade eram encaminhados aos manicômios judiciais, posteriormente denominados Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico.

1.2 As medidas de segurança no Brasil

Para melhor entender a questão dos manicômios judiciais, antes faz-se necessária uma análise da legislação penal brasileira, em especial, as medidas de segurança.

Nesse sentido, ressalta-se que dentro dos estudos das Escolas do Direito Penal, no século XIX, a Positivista tinha como fundamento a ideia de que alguns seres humanos já nasciam predeterminados a serem criminosos, ao contrário da Escola Clássica, que defendia a ideia de livre arbítrio, ou seja, que as pessoas eram livres e deveriam ser punidas em seus excessos.

Dos autores que defendiam a Escola Positivista, o mais famoso é Cesare Lombroso que, em seu livro “O homem delinquente”, após analisar 383 crânios e checar a fisionomia e antropometria de 5.907 criminosos (Nucci, 2024, p. 43), traçou características morfológicas dos delinquentes, “criando uma espécie de atlas, ilustrando fotografias e descrições dos mais diversos tipos de criminosos” (Estefam & Gonçalves, 2024, p. 155).

Apesar das críticas aos estudos desenvolvidos por Lombroso, principalmente no que se refere a esse padrão morfológico de criminoso nato, tal teoria acertou na questão referente à existência de pessoas que apresentam alta periculosidade e, por isso, deveriam ser excluídas do convívio social, como forma de prevenção para a coletividade. Logo, nesse contexto, essa teoria é aproveitada até hoje nos ordenamentos jurídicos, inclusive no Brasil,



como forma de obter instrumentos jurídicos para prevenção da sociedade de pessoas perigosas.

E é exatamente o que estabelece a medida de segurança, prevista nos artigos 96 a 99 do Código Penal, que visa justamente criar uma sanção penal com caráter preventivo e curativo, excluindo o autor de um crime, que seja considerado perigoso, do convívio social, sem que seja atribuído a este uma pena de caráter prisional.

Nesse sentido, dispõe o art. 386, parágrafo único, III, do Código de Processo Penal que, na decisão absolutória, o juiz imporá medida de segurança. Fala-se, na verdade, em absolvição imprópria, pois, em tais casos, o agente que cometeu fato típico e antijurídico, diagnosticado por perícia judicial como uma pessoa perigosa, ficará sujeito a uma sanção diversa daquela prevista para criminosos imputáveis, qual seja, internação ou tratamento ambulatorial. Dentro do devido processo legal, será medido o grau de antissociabilidade que tais pessoas possam representar para a sociedade. Logo, “a despeito de considerar que o réu não cometeu delito, logo, não é criminoso, merece uma sanção penal (medida de segurança)” (Nucci, 2024, p. 750).

Portanto, ao contrário da função da pena, que é retributiva e preventiva, a medida de segurança tem o caráter de prevenção social, excluindo-se do convívio social pessoas que sejam considerados doentes mentais e que tenham um grau elevado de periculosidade, justamente para evitar que tais pessoas continuem delinquindo (Barros, 2011, p. 500)

No Brasil, conforme dispõe o artigo 26, do Código Penal, para que seja aplicada a medida de segurança, deve o agente ter cometido algum fato previsto como crime e ser diagnosticado, por perícia judicial, no processo criminal, como pessoal com grau de periculosidade decorrente de doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, ou de semi-imputabilidade decorrente de perturbação da saúde mental ou por desenvolvimento mental incompleto ou retardado.

O artigo 96, I e II, do Código Penal, prevê duas espécies de medida de segurança: a internação em hospitais de custódia, para crimes punidos com reclusão e o



ARTIGO

tratamento ambulatorial, para crimes punidos com detenção, sem que a pessoa fique reclusa. A doutrina critica essa regra legal, inclusive o artigo 97, do CP, que determina ser obrigatória a internação do inimputável que pratica crimes punidos com reclusão, o que levaria qualquer pessoa, dentro desse contexto, para uma internação compulsória em hospital de custódia, mesmo que o ato ilícito não tenha sido grave. Para Nucci, esse “preceito é nitidamente injusto, pois padroniza a aplicação da sanção penal e não resolve o drama de muitos doentes mentais que poderiam ter suas internações evitadas” (2024, p. 760).

A grande questão, portanto, envolvendo as medidas de segurança, é o local em que as pessoas receberão esse tratamento médico, ficando ou não isoladas da sociedade, dependendo do grau de periculosidade ou do crime praticado. Há na legislação brasileira algumas alternativas para evitar a internação obrigatória em hospital de custódia, como a lei de drogas (lei 11.343/2006) que prevê, em seu art. 45, que a internação somente será necessária quando o caso concreto o exigir, recomendando, como regra, o tratamento ambulatorial, desde que o laudo médico assim recomende.

Outra questão polêmica é o tempo de duração das medidas de segurança. O artigo 97, § 1º, do CP dispõe que “a internação, ou tratamento ambulatorial, será por tempo indeterminado, perdurando enquanto não for averiguada, mediante perícia médica, a cessação de periculosidade”. No entanto, justificando que não pode haver pena perpétua no Brasil (art. 5º, XLVII, “b”, CF), foi editada a súmula 527, do Superior Tribunal de Justiça, que prevê que “o tempo de duração da medida de segurança não deve ultrapassar o limite máximo da pena abstratamente cominada ao delito praticado”.

Hoje, pelo artigo 75, do CP, a pena privativa de liberdade não pode ser superior a 40 anos. Daí surge uma questão: e se a pessoa submetida a medida de segurança não ter cessado a sua periculosidade? Ela voltará a conviver com a sociedade após esse período de tempo?

Há um famoso precedente que resolveu tal questão, que é o caso “Chico Picadinho”. Este criminoso, após cumprir o tempo máximo exigido em lei (30 anos, em 1996), foi objeto de uma ação civil de interdição, pelo Ministério Público Estadual de São Paulo, e





está, desde então, sob a curatela estatal, internado compulsoriamente em hospital de custódia e tratamento. Não estaria, em vias transversais, descumprindo a súmula 527, do STJ e o artigo art. 5º, XLVII, “b”, CF? Por outro lado, deixar a pessoa submetida a medida de segurança internada em manicômios judiciais é medida eficaz?

2. A LUTA ANTIMANICOMIAL

Se já existem dúvidas e divergências acerca das medidas de segurança, no campo jurídico, a questão ganhou contornos ainda mais delicados a partir do momento em que se inicia uma luta pelo fim dos manicômios. O século XX, em especial após a Segunda Guerra Mundial, foi marcado pela valorização da dignidade da pessoa humana, dos direitos humanos e dos direitos fundamentais. Em tal contexto, surgem questionamentos e críticas aos tratamentos dados aos internados em manicômios. O caráter fechado e autoritário das instituições já não é aceito como antes e começam a surgir modelos alternativos na Inglaterra, na França e na Itália. Dentre essas propostas, destacamos aqui a de Franco Basaglia, desenvolvida a partir de seu trabalho humanitário no manicômio de Gorizia.

Como relata Paulo Amarante (1996), Basaglia entendia que a exclusão dos enfermos mentais era uma escolha deliberada, sendo necessário modernizar o saber psiquiátrico, mas, também, construir na sociedade as condições para a solução da questão. Seria preciso mudar as práticas, alterar o saber psiquiátrico e mobilizar os atores sociais. “Em outras palavras, a institucionalização passa a ser percebida como novo problema, como algo a impor novos sofrimentos e alienação, e não como solução terapêutica para a enfermidade mental” (Amarante, 1996, p.83).

A importância de Franco Basaglia no movimento pela reforma psiquiátrica italiana foi tamanha que, em 1978, foi publicada a Lei 180, conhecida como Lei Basaglia, que remodelou o modelo italiano ao inviabilizar o sequestro e internação compulsórios de doentes mentais (Goulart, 2008) e contribuiu para a extinção paulatina dos antigos manicômios.



ARTIGO

No Brasil, a luta antimanicomial também se estabeleceu a partir da percepção dos horrores e abusos que ocorriam, a portas fechadas, dentro de instituições invisíveis aos olhos da sociedade. Um dos maiores exemplos das atrocidades ocorridas em tais estabelecimentos foi o Hospital Colônia de Barbacena, onde “tratamentos de choque e o uso de medicações nem sempre tinham finalidades terapêuticas, mas de contenção e intimidação” (Arbex, 2013, p.31). Estima-se que cerca de 60 mil pessoas perderam a vida nesse Hospital, ao longo de quase um século de grave desrespeito aos direitos humanos (Castro, 2015). Em 1979, o próprio Franco Basaglia, um dos pioneiros da luta antimanicomial, esteve no Brasil, visitou o Hospital Colônia de Barbacena e declarou: “Estive hoje num campo de concentração nazista. Em lugar nenhum do mundo, presenciei uma tragédia como esta” (Basaglia apud Arbex, 2013, p.187). Tal declaração dimensiona o tamanho dos abusos e excessos que ocorriam, impunemente, nos manicômios brasileiros.

A partir do final da década de 1980, a discussão sobre a necessidade de reformulação da assistência psiquiátrica ganha força no Brasil. Começam a se ampliar as vozes dos defensores da ideia de que a pessoa com transtorno mental deve ser vista como titular de direitos e não apenas um objeto de estudo de médicos e especialistas. Como destacam Ellayne K. B. Silva e Lúcia C. S. Rosa (2014), a proposta de reforma brasileira busca substituir o modelo hospitalocêntrico, focado em internação e medicalização, pela priorização do indivíduo em sua totalidade, inserido no seu contexto social. Desse modo, fatores sociais, culturais, econômicos, além dos de saúde, precisam ser considerados na busca por uma solução que propicie atenção integrada e intersetorial.

Em 2001, é aprovada a Lei 10.216, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais. A legislação traz uma série de inovações como a vedação da internação de pacientes com transtornos mentais em instituições com características asilares, incapazes de fornecer assistência integral em termos de serviços médicos, psicológicos, ocupacionais entre outros. Assim, surgem os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), unidades especializadas em saúde mental para tratamento e reinserção de pessoas com transtornos mentais, que oferecem atendimento interdisciplinar.





De acordo com a lei antimanicomial, Lei 10.216/2001, a internação psiquiátrica passa a ser medida excepcional, só indicada quando os recursos extra-hospitalares não se mostrarem suficientes. Além disso, a medida passa a depender de laudo médico circunstanciado, sendo assegurado o tratamento com humanidade e respeito, visando a reinserção social do paciente.

O art. 6º da Lei 10.216/2001 admite três formas de internação: a voluntária (ocorre com o consentimento do usuário); a involuntária (se dá sem o consentimento do usuário, a pedido de terceiro) e a compulsória (determinada pela Justiça), sendo que todas elas dependem de laudo médico circunstanciado que indique seus motivos. O texto é complementado pelo art. 9º: “A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários”.

Muito se questionou se a desinstitucionalização prevista pela reforma seria um risco para a sociedade. O sucesso na reinserção social depende de vários fatores, sendo a família um dos mais relevantes. Além de toda a política de assistência multidisciplinar à pessoa com transtorno mental, é necessário o suporte às famílias. Uma desinstitucionalização adequada não se limita a retirar o indivíduo do manicômio. É preciso modificar as práticas de atendimento à saúde mental, reforçar os elos com os familiares e a sociedade, de modo a viabilizar uma reinserção efetiva. Desde que a Reforma Psiquiátrica Brasileira foi implementada, muito se avançou no modelo de assistência extra-hospitalar, em especial por meio dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Como bem assinalam Mariá Lanzotti Sampaio e José Patrício Bispo Júnior (2021), a partir de 2006 “houve expressiva redução de leitos psiquiátricos, ao tempo que aumentaram as ofertas de novas tecnologias de cuidado em meio aberto, que reivindicavam a autonomia e a cidadania dos sujeitos em sofrimento”. No entanto, ainda há muito que avançar, em especial no que tange ao combate à estigmatização.

Percebe-se que há desafios na implementação de uma política eficiente para tratamento adequado de pessoas com transtornos mentais. O quadro ganha uma complexidade



muito mais acentuada quando as pessoas que necessitam de atendimento praticaram crimes e cumprem medidas de segurança, conforme analisado a seguir.

2.1 A resolução 487 do Conselho Nacional de Justiça

Em fevereiro de 2023, mais de 20 anos após a publicação da Lei antimanicomial, o Conselho Nacional de Justiça editou a Resolução 487, que institui a política antimanicomial do Poder Judiciário. Tendo por fundamentos a dignidade da pessoa humana, o devido processo legal, a individualização da pena, o direito fundamental à saúde, a vedação à tortura, a proteção dos direitos das pessoas com deficiência, entre outros, a norma prevê a adoção de política antimanicomial na execução de medida de segurança e estabelece prazo de 15 meses para interdição total dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, onde estão internados indivíduos que receberam medida de segurança como sanção.

De acordo com o artigo 13 da Resolução, a medida de segurança de internação ocorrerá em hipóteses absolutamente excepcionais, quando não se mostrarem suficientes os recursos terapêuticos e desde que prescrita por equipe de saúde da Rede de Atenção Psicossocial (RAPs). Nesses casos, a internação será cumprida em leito de saúde mental em Hospital Geral, sendo que nenhuma pessoa com transtorno mental deve ser mantida em unidade prisional ou ser internada em instituições com características asilares, sem condições de proporcionar assistência integral à saúde, como os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico.

A resolução tem gerado acirradas discussões, tanto na seara médica como no campo jurídico. A intenção de proteger os interesses de pessoas extremamente vulneráveis é indiscutível, mas o exíguo prazo de implementação das medidas e a falta de debate com outros setores da sociedade, fez com que a norma não fosse bem recepcionada por parcela da população. O Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo emitiu uma nota pública



questionando a implementação de uma política antimanicomial no Poder Judiciário sem qualquer participação de entidades médicas especializadas. Destaca-se aqui um trecho da nota:

O Estado de São Paulo conta, atualmente, com 3 (três) Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, responsáveis pela execução de medidas de segurança impostas a mais de 1000 (mil) pacientes.

Este Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo dedicou-se a apurar o número de leitos psiquiátricos de longa permanência atualmente existentes no território bandeirante, bem como a quantidade de novos leitos criados nos últimos anos e o respectivo custo. No entanto, obtivemos a informação de que tais dados não estão disponíveis.

De todo modo, é notório e evidente para qualquer profissional a laborar nessa seara que os equipamentos de saúde mental da Rede de Atenção Psicossocial (RAPs), em especial os leitos psiquiátricos nos hospitais gerais ou especializados – seja queles destinados a tratar crises agudas, seja os dedicados a internações de longa permanência – são flagrantemente insuficientes.

No mais, existe um considerável número de pacientes alocados dentro do sistema penitenciário paulista a aguardar a remoção aos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, ante a insuficiência de vagas. Nesta esteira, a Rede de Atenção Psicossocial haveria de ostentar condições para incorporar também esses pacientes que hoje se encontram em centros de detenção provisória e presídios. (CREMESP, 2023)

Em outra manifestação, assinada pela Associação Brasileira de Psiquiatria, Associação Médica Brasileira, Federação Nacional dos Médicos, Federação Médica Brasileira e apoiada pelo Conselho Federal de Medicina é feito um alerta de que o sistema público de saúde e o sistema prisional comum não estão preparados para receber os pacientes que cumprem medida de segurança em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. As entidades entendem que há risco de abandono do tratamento médico, aumento da violência e da reincidência (CFM, 2023).

Em contrapartida, a resolução 487 CNJ também tem apoiadores. A Associação Nacional das Defensoras e Defensores Públicos (ANADEP, 2023) assinala que a norma é um importante instrumento de concretização de direitos, cumprindo o papel de combate às práticas que produzem sofrimento e violação de direitos humanos em instituições de tratamento de saúde mental, como os manicômios judiciais. Nesse mesmo sentido é o posicionamento do Conselho Federal e dos Conselhos Regionais (2023) de Psicologia. Em 2015, os Conselhos se uniram à Ordem dos Advogados do Brasil e à Associação Nacional do



ARTIGO

Ministério Público em Defesa da Saúde para a realização de inspeções nos Hospitais de Custódia, assim narradas pelos Conselhos:

As inspeções foram realizadas por 18 Conselhos Regionais em 17 estados do país e no Distrito Federal, em instituições onde havia cumprimento/execução de Medida de Segurança de pacientes judiciários ou portadores de sofrimento mental em conflito com a lei. Ficaram evidenciados diversos impasses nas instituições: o desrespeito aos Direitos Humanos, péssimas condições físicas e infraestruturais, técnicas e de trabalho, a ineficácia do dispositivo hospitalar/manicomial (um híbrido do “pior da prisão com o pior do hospital”), o instituto da Medida de Segurança enquanto pena perpetua, o mito da periculosidade presumida (nos exames de cessação de periculosidade, ainda que a presunção de periculosidade tenha sido abolida legalmente desde 1984) e, sobretudo, o descompasso entre as novas formas de abordagem, tratamento e responsabilização do louco infrator, amparadas nos pressupostos da Reforma Psiquiátrica, da Luta Antimanicomial, entre outras normativas afins. (Conselho Federal de Psicologia, 2023)

O Conselho Federal de Psicologia se posiciona claramente favorável ao fechamento dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, considerados locais de graves violações aos direitos humanos, e entende necessário o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPs), a fim de viabilizar o atendimento de pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei.

É inegável que os métodos utilizados nos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico são ultrapassados. Paulo Amarante (2023) assinala que a extinção desse tipo de instituição já se deu em outros países, como na Itália. O autor destaca que resistência similar à vivenciada atualmente foi sentida em 2001, quando muitas entidades alegavam não ser possível tratar pessoas com transtorno mental em liberdade. Os bons resultados da Rede de Atenção Psicossocial demonstram o contrário.

Parece evidente a necessidade de tratamento humanizado dentro de todas as instituições de saúde mental. No entanto, diante da escassez de vagas de internação psiquiátrica nos Hospitais Gerais, surge o questionamento: o fechamento dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico é a melhor solução? Não seria mais adequado reestruturar essas instituições, remodelando-as de modo a atuarem em conformidade com a Lei Antimanicomial? As equipes multidisciplinares da Rede de Atenção Psicossocial não



poderiam atuar junto a esses Hospitais? Tais questionamentos precisam ser analisados e debatidos com a sociedade, de forma a encontrar a solução que melhor atenda o resguardo dos direitos das pessoas com transtornos mentais que praticaram crimes, sem trazer prejuízo ao tratamento efetivo e riscos à sociedade.

Tamanha é a polêmica em torno do tema, que foram promovidas três Ações Diretas de Inconstitucionalidade e uma Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental, questionando o teor da resolução 487 do Conselho Nacional de Justiça. Os fundamentos dessas demandas serão melhor abordados no tópico seguinte.

3. O QUESTIONAMENTO JUDICIAL DA RESOLUÇÃO 487 CNJ

Por mais que existam inúmeros argumentos favoráveis à extinção dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico e a resolução do Conselho Nacional de Justiça esteja muito bem fundamentada, a principal crítica feita à Resolução 487 não diz respeito ao mérito e sim, a uma questão formal: a ausência de competência do Conselho Nacional de Justiça.

O tema é levantado nas quatro ações que tramitam no Supremo Tribunal Federal. Isso porque trata-se de uma resolução de órgão do Poder Judiciário que trata de tema afeto à saúde pública, que seria de competência dos poderes Legislativo e Executivo. A violação da separação de poderes é evidente, vez que a resolução, ao estabelecer a política antimanicomial do Poder Judiciário, dispôs sobre o funcionamento de serviços públicos de saúde, que não são de competência do Judiciário, e sim, dos Poderes Executivos Estaduais e Municipais.

Entre outros pontos, alega-se que a extinção dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, via resolução do CNJ, por exemplo, provoca a revogação do artigo 96, I do Código Penal, que assim estabelece: “As medidas de segurança são: internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou, à falta, em outro estabelecimento adequado”. Na mesma linha, o disposto no artigo 12, §4º da resolução 487 CNJ prevê que eventual prescrição de outros recursos enquanto parte de seu Projeto Terapêutico Singular, não deve



ARTIGO

ter caráter punitivo, tampouco deve ensejar a conversão da medida de tratamento ambulatorial em medida de internação, o que afronta o disposto no art. 97, §4º do Código Penal, que assim estabelece: “Em qualquer fase do tratamento ambulatorial, poderá o juiz determinar a internação do agente, se essa providência for necessária para fins curativos.”.

De acordo com o parágrafo único do artigo 11 da Resolução 487 CNJ, “A autoridade judicial levará em conta, nas decisões que envolvam imposição ou alteração do cumprimento de medida de segurança, os pareceres das equipes multiprofissionais que atendem o paciente na Raps, da EAP ou outra equipe conectora”. Mais uma vez, percebe-se a relativização do disposto no Código Penal, vez que o artigo 97, §1º estabelece que a internação, nos casos de medida de segurança, perdurará enquanto não for verificada, mediante perícia médica, a cessação da periculosidade.

Esse parece ser o principal problema da resolução: a quebra da separação de poderes ao invadir competências alheias ao Poder Judiciário. É preciso lembrar que a separação de poderes é cláusula pétrea constitucional e prevê que os Poderes Legislativo, Executivo e Judiciário atuem de forma independente e harmônica (artigo 2º da Constituição Federal).

A questão da periculosidade, base de construção dos dispositivos referentes à medida de segurança no Código Penal, não recebe destaque na resolução do CNJ, o que gera desconexões entre a lei e a política que o Judiciário busca implementar. Por mais que as razões da edição da resolução estejam pautadas na proteção dos direitos humanos de indivíduos extremamente vulneráveis, o poder regulamentar do Conselho Nacional de Justiça não é capaz de revogar dispositivos legais. Como explica José dos Santos Carvalho Filho (2013, p. 60), “ao poder regulamentar não cabe contrariar a lei (*contra legem*), sob pena de sofrer invalidação”. Dessa maneira, o exercício do poder normativo por órgãos administrativos não é apto a criar direitos ou obrigações, vez que essa é uma prerrogativa da lei.

A extinção dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico parece ser uma medida excessiva. Em respeito aos dispositivos da legislação penal e, buscando adequar aos





ARTIGO

propósitos humanísticos que fundamentam a legislação antimanicomial, deveria ser proposta uma readequação do formato de atendimento dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, com a participação de equipes multidisciplinares, e respeito à dignidade daqueles que ali cumprem suas medidas de segurança. Um eventual fechamento dessas instituições, com a transferência dos criminosos com transtornos mentais para a Rede de Atenção Psicossocial dependeria de lei e da previsão de recursos do Poder Executivo, que viabilizassem a ampliação do sistema, especialmente dos leitos de internação psiquiátrica.

Não é proporcional a extinção, em prazo exíguo, de todos os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. Afinal, de acordo com o princípio da proporcionalidade, a decisão deve ser adequada, necessária e proporcional em sentido estrito. Hartmut Maurer (apud Oliveira, 2006, p.50) sintetiza, com precisão, o sentido dos elementos da proporcionalidade:

- 1) A medida em causa somente é apropriada quando ela é apta, certamente, à obtenção do resultado perseguido; 2) a medida apropriada somente é necessária quando outras medidas apropriadas menos prejudiciais à pessoa afetada e à coletividade não estão à disposição da autoridade no caso em apreço; 3) a medida necessária somente apresenta um caráter de proporcionalidade no sentido estrito quando ela não está em desproporção com o resultado perseguido.

A extinção sem que existam vagas suficientes para dar prosseguimento ao tratamento daqueles que necessitam do regime de internação não é uma medida necessária, logo, não se revela proporcional. Parece mais razoável continuar ofertando o tratamento para aqueles que necessitam da internação, com uma total adequação do funcionamento dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, que devem abandonar a utilização de técnicas inadequadas e adequar o ambiente aos ditames da legislação em vigor, que proíbe qualquer forma de tortura e garante um tratamento humanizado, voltado para a ressocialização.

Todas essas questões precisam ser ponderadas. Se, por um lado, não se pode mais admitir tratamentos degradantes a pessoas com transtornos mentais; por outro lado, não cabe ao Conselho Nacional de Justiça assumir a função de legislador.





CONSIDERAÇÕES FINAIS

É inegável que o fechamento dos manicômios e oferecimento de tratamento para as pessoas com deficiência mental na rede de atenção básica à saúde é um grande avanço. Efetiva a dignidade humana e interrompe um ciclo que perdurou por séculos, caracterizado pelo tratamento cruel e degradante a doentes mentais. Sob esse prisma, há de se reconhecer que a resolução 487 do Conselho Nacional de Justiça tem seus méritos e uma fundamentação sólida.

A intenção de fechar os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico está diretamente conectada com importantes princípios jurídicos como o direito fundamental à saúde, a vedação à tortura, a proteção dos direitos das pessoas com deficiência, a dignidade humana e o devido processo legal. Em outras palavras, existem fundadas razões jurídicas que justificam a edição da resolução 487, que visa a proteção de direitos humanos e fundamentais.

Ocorre que o meio utilizado para a concretização dessas medidas não foi adequado. Isso porque uma resolução não tem poder de revogar uma lei, o que acaba acontecendo indiretamente com o Código Penal. Afinal, se encerrarmos a atividade dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico fica inviabilizado cumprimento das medidas de segurança em regime de internação, conforme previsto na legislação criminal brasileira. Além disso, ao determinar o atendimento de criminosos inimputáveis pela rede de atenção da saúde, a resolução de um órgão do Judiciário acaba por impor obrigações ao sistema único de saúde, regido pelo Poder Executivo, em flagrante quebra da separação de poderes.

A eventual extinção dos manicômios judiciais deve provir de lei, e não de resolução interna de um órgão do Judiciário. É necessária uma lei que discipline todos os aspectos daí decorrentes, ajustando dispositivos do Código Penal e ampliando a estrutura de



internação psiquiátrica do sistema único de saúde. Enquanto essa legislação não é elaborada, parece-nos mais adequado remodelar os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, de modo que ali os internos sejam atendidos por equipes multidisciplinares, que atuem em conjunto com os Centros de Atenção Psicossocial, de modo a desenvolver um trabalho que viabilize a reinserção desses indivíduos. Com a humanização do tratamento e readequação dos espaços, havendo laudo médico favorável e demonstrada a reduzida periculosidade, as pessoas devem ser liberadas e ressocializadas. Não é preciso fechar os estabelecimentos, mas é necessário reinventá-los, como instituições de amparo, acolhimento e ressocialização.

Até o momento de elaboração desse artigo, o Supremo Tribunal Federal ainda não se manifestou sobre o tema. A questão é delicada, mas não se pode ignorar que o Conselho Nacional de Justiça exorbitou de suas atribuições. O tema é complexo e merece um amplo debate democrático, sendo o parlamento o palco ideal para esse enfrentamento.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, N A.; COSTA, R. A. Os caminhos da loucura: recortes sobre o papel do louco e os cuidados em saúde mental na história. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 14, n. 38, 2022. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/69521/48708>, Acesso em 20 set. 2024.

AMARANTE, P.D.C. Franco Basaglia: novas histórias para a desinstitucionalização. In: **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1996

AMARANTE, P. Hora de fechar os hospitais judiciários, 2023. Disponível em: <https://outraspalavras.net/outrasaude/por-que-e-preciso-fechar-os-hospitais-judiciarios/>, Acesso em 11 out. 2024.

ANADEP. Nota de apoio à política antimanicomial do Poder Judiciário, 2023. Disponível em: https://www.anadep.org.br/wtksite/cms/conteudo/54506/NOTA_P_BLICA_.pdf, Acesso em 11 out. 2024.

ARBEX, D. **Holocausto brasileiro**, São Paulo: Geração Editorial, 2013. Disponível em: https://app.uff.br/slab/uploads/Holocausto_brasileiro_vida_genoc%C3%ADdio_e_60_mil_mortes_no_maior_hosp%C3%ADcio_do_Brasil.pdf, Acesso em 01 out. 2024.





BARROS, Flávio Augusto Monteiro de. **Direito Penal**. v. 1, parte geral. 9ª. Ed. São Paulo: Saraiva, 2011.

CASTRO, M. **Mais de 60 mil pessoas morreram no maior manicômio do Brasil**, Agência Brasil, 2015. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/direitos-humanos/noticia/2015-08/mais-de-60-mil-pessoas-morreram-no-maior-manicomio-do-brasil>, Acesso em 01 out, 2024.

CARRARA, S. **Crime e loucura: o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século**. São Paulo:EdUSP, 1998.

CARVALHO FILHO, J. S. **Manual de Direito Administrativo**, 26 ed., São Paulo: Atlas, 2013.

CESARE, Lombroso, **L'homme criminel**, 10. ed., Roma, Turim, Florença: Bocca Frères Éditeurs, 1888.

CÉZAR, M. A; COELHO, M.P As experiências de reforma psiquiátrica e a consolidação do movimento brasileiro: uma revisão de literatura. **Mental**, v. 11, n. 20, Barbacena, jan-jun., 2017. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272017000100008, Acesso em 01 de out. 2024.

CFM. CFM apoia Manifestação contra fechamento de Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, 2023. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/noticias/cfm-apoia-manifestacao-contra-fechamento-de-hospitais-de-custodia-e-tratamentos-psiquiatricos>, Acesso em 7 de out. 2024.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Posicionamento do Sistema Conselhos de Psicologia sobre a Resolução CNJ 487/2023. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2023/05/Posicionamento-do-Sistema-Conselhos-de-Psicologia-sobre-a-Resolucao-CNJ-487.pdf>, Acesso em 11 out. 2024.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. Caso Ximenes Lopes x Brasil, Brasília, 2021. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2021/07/Sum%C3%A1rio-Executivo-Caso-Ximenes-Lopes-vs-Brasil-21.06.30.pdf>

CORREIA, L.C. Criação do Manicômio Judiciário no Brasil. **L'autro Diritto**, 2009. Disponível em: <https://www.adir.unifi.it/rivista/2009/cerqueira/cap1.htm>, Acesso em 27 set. 2024.

CREMESP. Nota Pública, 2023. Disponível em: <https://www.crmpr.org.br/uploadAddress/nota-publica%5B5755%5D.pdf>, Acesso em 07 out. 2024.





ARTIGO

ESTEFAM, André; GONÇALVES, Victor Eduardo Rios. **Direito Penal – Parte Geral**. Coleção Esquematizado. Coord. Pedro Pelnza. 13^a. Ed. São Paulo, Saraivajur, 2024.

FIGUEIRÊDO, M. L. R; DELEVATI, D. M.; TAVARES, M. G. Entre loucos e manicômios: história da loucura e reforma psiquiátrica no Brasil. **Cadernos de Graduação: Ciências Humanas e Sociais**, Maceió, v. 2, n.2, nov., 2014. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/fitshumanas/article/view/1797>, Acesso em 25 set. 2024.

FOUCAULT, M. **História da loucura: na idade clássica**, trad. José Teixeira Coelho Netto, São Paulo: Perspectiva, 2003.

GOULART, M.S. B. Os 30 anos da Lei Basaglia: aniversário de uma luta. **Mnemosine**, v. 4, n.1, 2008. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/mnemosine/article/view/41458>, Acesso em 04 out. 2024.

NUCCI, G. S. **Manual de Direito Penal**, 20 ed., Rio de Janeiro: Forense, 2024.

NUCCI, Guilherme de Souza. **Curso de direito penal : parte geral : arts. 1º a 120 do código penal / Guilherme de Souza Nucci**. - 8. ed., rev., atual. e ampl. - Rio de Janeiro : Forense, 2024.

OLIVEIRA, José Roberto Pimenta. **Os princípios da razoabilidade e da proporcionalidade no direito administrativo brasileiro**. São Paulo: Malheiros, 2006.

PEREIRA, M. E. C. Pínel: a mania, o tratamento moral e os inícios da psiquiatria contemporânea. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, ano VIII, n. 3, set., 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlpf/a/rXNVvsX6rzFsX3wpVYdB4Lj/?format=pdf&lang=pt>, Acesso em 26 set. 2024.

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

RESENDE, H. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS, S.; COSTA, N. R. **Cidadania e loucura: Políticas de Saúde Mental no Brasil**, Petrópolis: Editora Vozes, 2001.

SAMPAIO, M. L; BISPO JÚNIOR, J. P. Entre o enclausuramento e a desinstitucionalização: a trajetória da saúde mental no Brasil. **Trabalho, educação e saúde**, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/9ZyYcsQnkDzhZdTdHRtQttP/#>, Acesso em 10 out. 2024.

SILVEIRA, L. C.; BRAGA, V.A.B. Acerca do conceito de loucura e seus reflexos na assistência de saúde mental. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, 13, ago., 2005.





Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/6FzrspFvBfxKhdzztrqtLZk/#>, Acesso em set. 2024.