



**UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA  
DEPARTAMENTO DE TECNOLOGIA E CIÊNCIAS SOCIAIS-DTCS-III  
CURSO BACHARELADO EM DIREITO**

**ARIANA SEIXAS DE ALMEIDA**

**A REFORMA PSIQUIÁTRICA NA EXECUÇÃO DA PENA: AS  
IMPLICAÇÕES DO FECHAMENTO DOS HOSPITAIS DE CUSTÓDIA  
EM PERNAMBUCO**

**JUAZEIRO  
2024**

**ARIANA SEIXAS DE ALMEIDA**

**A REFORMA PSIQUIÁTRICA NA EXECUÇÃO DA PENA: AS  
IMPLICAÇÕES DO FECHAMENTO DOS HOSPITAIS DE CUSTÓDIA  
EM PERNAMBUCO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à  
Universidade do Estado da Bahia, como  
requisito para a obtenção do título de Bacharel  
em Direito.

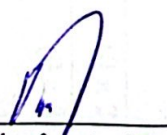
Orientador: Prof. Tilemon Gonçalves dos Santos

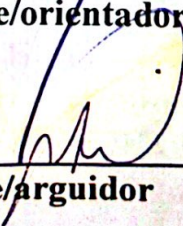
**JUAZEIRO  
2024**

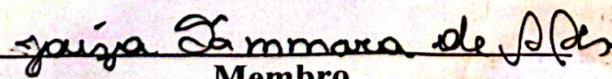


### **ATA DE DEFESA PÚBLICA DE MONOGRAFIA**

Aos oito dias do mês de julho do ano de dois mil e vinte e quatro no Campus III, do DTCS, da UNEB, Juazeiro - BA, reuniram-se sobre a Presidência do(a) Professor(a), orientador(a) Tilemon Gonçalves dos Santos os professores, Cícero Everaldo Ferreira Silva, Jaiza Sammara de Araújo Alves e o(a) Bacharelado(a) **ARIANA SEIXAS DE ALMEIDA**, que procedeu, em sessão pública, a apresentação de monografia para conclusão de curso, cujo tema versou sobre REFORMA PSIQUIÁTRICA NA EXECUÇÃO DA PENA: AS IMPLICAÇÕES DO FECHAMENTO DOS HOSPITAIS DE CUSTÓDIA EM PERNAMBUCO, sendo a audiência iniciada às 15h (quinze horas), durando a explanação 30 (trinta) minutos, seguindo-se de perguntas elaboradas pelos examinadores, que ao final atribuíram as seguintes notas, respectivamente: 9,5 (nove inteiro e cinco décimos), 9,5 (nove inteiro e cinco décimos) e 9,5 (nove inteiro e cinco décimos), sendo, assim, obtida a média final 9,5 (nove inteiro e cinco décimos). Nada mais havendo foi encerrada a presente Ata, que vai devidamente assinada.

  
\_\_\_\_\_  
**Presidente/orientador**

  
\_\_\_\_\_  
**Docente/arguidor**

  
\_\_\_\_\_  
**Membro**

## RESUMO

Este trabalho aborda sobre a execução da medida de segurança após a Reforma Psiquiátrica no Brasil, de forma a analisar o contexto fático do Estado de Pernambuco. Em razão da história trágica decorrente dos manicômios e da legislação pertinente ao tema, vê-se que a Política Antimanicomial ainda está em processo de transição no Poder Judiciário, apesar da Lei 10.216 de 2001 ter determinado o fechamento desses estabelecimentos há mais de 20 anos. No que concerne à metodologia empregada, essa consiste em pesquisa descritiva, logo, bibliográfica e documental; partindo-se do método dedutivo. Quanto ao procedimento, a pesquisa foi feita através da análise de artigos científicos que se encontram no Periódicos CAPES, SciELO, além de publicações de revistas universitárias, encontradas através da ferramenta google acadêmico. Ademais, analisou-se a legislação referente ao tema, a nível nacional e estadual; jurisprudência do Supremo Tribunal Federal e informações do site do governo, gov.br; e do governo estadual de Pernambuco, como a Secretaria Estadual de Saúde. Em relação à conclusão sobre o assunto, observa-se que a implementação da Política Antimanicomial é urgente e deve ser feita. No entanto, necessita-se de investimento no sistema de implementação da política antimanicomial e prorrogação do prazo para que haja a efetivação dos direitos das pessoas em sofrimento psíquico em conflito com a lei, que foram, historicamente, violentadas.

**Palavras-chave:** Medida de Segurança; Reforma Psiquiátrica; Hospitais de Custódia; Pernambuco.

## ABSTRACT

This study addresses the execution of security measures following the Psychiatric Reform in Brazil, aiming to analyze the factual context of the State of Pernambuco. Due to the tragic history stemming from asylums and relevant legislation on the subject, it is evident that the Anti-Asylum Policy is still in transition within the Judiciary, despite Law 10.216 of 2001 having mandated the closure of these establishments over 20 years ago. Regarding the methodology employed, it consists of descriptive research, thus bibliographical and documentary, employing a deductive approach. As for the procedure, the research was conducted through the analysis of scientific articles available in CAPES Periodicals, SciELO, as well as publications from university journals found using the Google Scholar tool. Furthermore, legislation pertaining to the subject at both national and state levels was analyzed, along with jurisprudence from the Federal Supreme Court and information from government websites such as gov.br and from the state government of Pernambuco, including the State Department of Health. Regarding the conclusion on the matter, it is observed that the implementation of the Anti-Asylum Policy is urgent and must proceed. However, there is a need for investment in the implementation system of the anti-asylum policy and an extension of the deadline to effectively ensure the rights of individuals suffering from mental distress in conflict with the law, who have historically been subjected to violence.

**Key words:** Security Measure; Psychiatric Reform; Custodial Hospitals; Pernambuco.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

**ART-** Artigo

**CAPS-** Centro de Atenção Psicossocial

**CE-** Ceará

**CFM-** Conselho Federal de Medicina

**CIB-** Comissão Intergestora Bipartite

**CIDH-** Corte Interamericana de Direitos Humanos

**CIR-** Comissões Intergestoras Regionais

**CNJ-** Conselho Nacional de Justiça

**CRAS-** Centros de Referência de Assistência Social

**CREMEPE-** Conselho Regional de Medicina do Estado de Pernambuco

**CSP-** Centro de Saúde Penitenciário

**DINSAM-** Divisão Nacional de Saúde Mental

**EAP-** Equipe de Avaliação e Acompanhamento das medidas terapêuticas aplicáveis à Pessoa com transtorno mental em conflito com a lei

**ET. AL-** *et alia* (e outros ou outras)

**GMF-** Grupos de Monitoramento e Fiscalização do Sistema Carcerário

**HCTP-** Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico

**INC-** Inciso

**MTSM-** Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental

**P.-** Página

**PAT-PE-** Programa Estadual de Atenção à Pessoa com Transtorno Mental em conflito com a lei

**PTS-** Projeto Terapêutico Singular

**RAPS-** Rede de Atenção Psicossocial

**SERES-** Secretaria Executiva de Ressocialização

**SES-PE-** Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco

**SRT-** Serviços Residenciais Terapêuticos

**STJ-** Supremo Tribunal Federal

**SUS-** Sistema Único de Saúde

**UA-** Unidade de Acolhimento

**UBS-** Unidade Básica de Saúde

**UFOP-** Universidade Federal de Ouro Preto

**UPA-** Unidade de Pronto Atendimento

# SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>8</b>
<b>1. A MEDIDA DE SEGURANÇA E O MOVIMENTO ANTIMANICOMIAL.....</b>	<b>10</b>
1.1. As medidas de segurança conforme o Direito Penal.....	10
1.2 A reforma psiquiátrica e a origem do movimento antimanicomial.....	13
1.3. A ineficácia dos hospitais de custódia e suas contradições.....	16
<b>2. A EXECUÇÃO DA MEDIDA DE SEGURANÇA E A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO JUDICIÁRIO.....</b>	<b>19</b>
2.1. A Lei de Execução Penal e o Código Penal: a execução da medida de segurança antes da Lei antimanicomial.....	19
2.2. A Lei 10.216/2001 e a Resolução n° 487 do CNJ.....	22
2.3. A execução da medida de segurança conforme a Lei Antimanicomial e a Resolução n° 487 do CNJ.....	25
<b>3. O FECHAMENTO DOS HOSPITAIS DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO E SUAS IMPLICAÇÕES NO ESTADO DE PERNAMBUCO.....</b>	<b>29</b>
3.1. O fechamento dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico.....	29
3.2. A realidade da execução das medidas de segurança de acordo com a Lei Antimanicomial, em Pernambuco.....	31
3.3. As complicações para a implementação da Política Antimanicomial, conforme a Lei 10.216 de 2001 e a Resolução n. 487 do CNJ.....	34
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>38</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>40</b>

## INTRODUÇÃO

O sofrimento psíquico é uma questão analisada, de forma que faz uma transição de uma visão trágica para uma visão crítica do que era chamado de “loucura”. No tocante à primeira, há a concepção de que o “louco” pertence a um universo de diferença simbólica. No entanto, uma visão crítica objetiva a “morte e exclusão para o louco” (Amarante, 1988, p. 57). Paulo Amarante afirma que o olhar científico para o “fenômeno da loucura”, com o objeto sendo a doença mental; surge apenas a partir do século XIX (1988, p. 57).

Assim sendo, o hospício surge como estabelecimento, não para tratamento, mas sim para colocar as pessoas que se encaixam nesse conceito de loucura. Ou seja, aqueles que, para a concepção da sociedade, eram uma ameaça a legislação e a ordem social (Amarante, 1988, p. 57). Dessa forma, vê-se que os manicômios são estabelecimentos que servem para depositar gente; logo, são locais de exclusão do indesejado e controle social, sem preocupação com o tratamento psíquico.

No Brasil, após acontecimentos trágicos em relação aos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, ou manicômios judiciários, surge a Lei 10.216 de 2001 que visa a Reforma Psiquiátrica no país. Apesar de alguns avanços, a efetivação dessa reforma permanece suspensa de forma que, em 2023, o Conselho Nacional de Justiça publica a Resolução nº 487/2023, na tentativa de fechar os manicômios judiciais e implementar o processo de desinstitucionalização (CNJ, 2023).

O objetivo geral do trabalho é analisar a execução da medida de segurança em conformidade com a Política Antimanicomial em Pernambuco. Especificamente, busca-se trabalhar a história da reforma psiquiátrica e como ela se decorreu no Brasil, mostrando-se como se dispõe a medida de segurança antes e depois da reforma. Além disso, analisa-se as legislações que determinam a implementação da Política Antimanicomial no Brasil. E, por fim, busca-se verificar a situação fática do Estado de Pernambuco e as complicações que se apresentam quanto ao fechamento dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico no Estado.

No que concerne à metodologia empregada, essa consiste em pesquisa descritiva, logo, bibliográfica e documental, partindo-se do método dedutivo. Quanto ao procedimento, a pesquisa foi feita através da análise de artigos científicos que se encontram no Periódicos CAPES, SciELO, além de publicações de revistas

universitárias, encontradas através da ferramenta google acadêmico. Ademais, analisou-se a legislação referente ao tema, a nível nacional e estadual; jurisprudência do Supremo Tribunal Federal e do Superior Tribunal de Justiça, além de informações do site do governo, gov.br, e do governo estadual de Pernambuco, como a Secretaria Estadual de Saúde.

# 1. A MEDIDA DE SEGURANÇA E O MOVIMENTO ANTIMANICOMIAL

## 1.1 As medidas de segurança conforme o Direito Penal

A medida de segurança é uma sanção penal aplicada aos inimputáveis e aos semi-imputáveis que possuam periculosidade. Conforme o artigo 26, caput do Código Penal, os inimputáveis são aqueles que ao tempo da ação ou da omissão eram inteiramente incapazes, seja por doença mental, seja por desenvolvimento mental incompleto ou retardado, de entender o caráter ilícito do fato ou de se determinar conforme esse entendimento (Brasil, 1940). No que se refere aos semi-imputáveis que possuam periculosidade, são aqueles que em decorrência de perturbação mental ou desenvolvimento incompleto ou retardado não era capaz de entender a ilicitude do fato ou de se determinar conforme esse entendimento. É o que dispõe o parágrafo único do artigo penal mencionado (Brasil, 1940).

Verifica-se, então, que a medida de segurança é uma sanção que se baseia na periculosidade do agente, tendo um caráter preventivo, ou seja, a fim de evitar que essas pessoas voltem a delinquir; além de um caráter curativo, visando que esse agente tenha acesso ao tratamento adequado (Nucci, 2024, p. 477).

Insta salientar que, apesar da medida de segurança ter como fim a prevenção, observando a existência de seu caráter assistencial e curativo; ela é uma sanção penal e, conseqüentemente, se submete aos princípios do Direito Penal, como o princípio da vedação da pena perpétua (Lima, 2022, p. 495).

Para que seja aplicada uma medida de segurança, faz-se necessário que haja, basicamente, os seguintes pressupostos: a prática de fato típico, antijurídico e punível; além da presença da periculosidade do agente. No que concerne ao elemento do crime “punibilidade”, esta consiste na inexistência de causas excludentes da culpabilidade, com exceção, logicamente, da inimputabilidade (Estefam; Rios, 2024, p. 394).

Em relação à aplicação de medida de segurança, o artigo 386, parágrafo único, inciso III do Código de Processo Penal dispõe que:

Art. 386. O juiz absolverá o réu, mencionando a causa na parte dispositiva, desde que reconheça:  
[...]  
Parágrafo único. Na sentença absolutória, o juiz:  
[...]  
III - aplicará medida de segurança, se cabível (Brasil, 1941).

Dessa forma, contra os inimputáveis poderá ser proferida o que a doutrina chama de sentença absolutória imprópria, ou seja, apesar de não ser condenado a uma pena privativa de liberdade, por exemplo; aplica-se outra espécie de sanção penal: a medida de segurança (Greco, 2023, p. 139). O mesmo não acontece aos semi-imputáveis, os quais são condenados, mas poderá haver uma diminuição da pena de um a dois terços, segundo disposição do artigo 26, parágrafo único do Código Penal (Brasil, 1940).

Outrossim, verifica-se que, conforme o artigo 96 do Código Penal, as medidas de segurança são subdivididas em duas espécies, quais sejam: a detentiva e a restritiva. Em relação à detentiva, essa consiste na internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico, ou, caso não haja algum desses estabelecimentos, a internação em local adequado para tanto (Brasil, 1940).

No que se refere à medida de segurança restritiva é aquela em que o agente é submetido ao tratamento ambulatorial (Capez, 2024, p. 215). Assim, a pessoa que está cumprindo essa espécie de medida, apesar de não ser apenada a uma pena privativa de liberdade, por exemplo, é submetida a um tratamento médico, como comparecer a consultas com psiquiatra (Capez, 2024, p. 215).

Conforme disposição do artigo 97 Código Penal, a imposição da medida de segurança para o inimputável fica adstrita ao tipo de crime que o indivíduo cometeu (Brasil, 1940). Logo, aos crimes com pena de reclusão, a espécie de medida de segurança, segundo a lei, será a de internação. Mas, se o crime for apenado com detenção, o juiz tem a faculdade de submeter o agente ao tratamento ambulatorial (Andreucci, 2024, p. 101).

Apesar disso, é importante mencionar que no julgamento do EREsp 998.128/MG, a terceira Seção do Superior Tribunal de Justiça entendeu que o fator que determina a imposição da espécie de medida de segurança é o nível de periculosidade do agente. Dessa forma, seria possível a aplicação da medida de segurança restritiva, ainda que o fato seja punível com reclusão (STJ, 2019).

Com base no que foi exposto, pode-se observar que o legislador do código penal de 1940 optou por considerar o tratamento ambulatorial de forma subsidiária, uma vez que a lei faculta ao juiz a decisão de submeter o agente a esse tratamento.

Ainda quanto à aplicação da medida de segurança, faz-se necessária a instauração de incidente de insanidade mental. Conforme o Código de Processo Penal, no artigo 149:

Art. 149. Quando houver dúvida sobre a integridade mental do acusado, o juiz ordenará, de ofício ou a requerimento do Ministério Público, do defensor, do curador, do ascendente, descendente, irmão ou cônjuge do acusado, seja este submetido a exame médico-legal (Brasil, 1941).

Ainda, segundo o doutrinador Renato Brasileiro:

Convém destacar que o reconhecimento da inimputabilidade (CP, art. 26, caput) ou da semi-imputabilidade do acusado (CP, art. 26, parágrafo único) depende da prévia instauração de incidente de insanidade mental e do respectivo exame médico-legal nele previsto. É bem verdade que vigora, em sede processual penal, o princípio da persuasão racional, por meio do qual o juiz forma sua convicção pela livre apreciação da prova (CPP, art. 155). Logo, pelo menos em regra, não há falar em prova legal ou tarifada no processo penal brasileiro. Todavia, quanto à inimputabilidade e semi-imputabilidade, não há como se ignorar a importância do exame pericial, considerando que o Código Penal adotou expressamente o critério biopsicológico (2022, p.499).

Isto posto, compreende-se que o incidente de insanidade mental consiste em uma ferramenta que busca aferir, através de exame médico-legal, a saúde mental do agente. Esse exame é essencial tanto para que se verifique a possibilidade de aplicação de medida de segurança, quanto para analisar se esse indivíduo é inimputável ou semi-imputável.

Sobre a medida de segurança, segundo a legislação básica do Direito Penal, Alexis Couto de Brito observa que a teoria do delito e o sistema de penas mostram-se obsoletos, uma vez que o Código Penal de 1940 se preocupa mais com o isolamento do agente com sofrimento mental do que com o tratamento que essa pessoa precisa (2023, p. 184).

Com isso, pode-se aferir que, em virtude da antiguidade do Código Penal, o qual entrou em vigor em 1940, além de tragédias que ocorreram no decorrer da história do Brasil, os juristas e os profissionais da área da saúde passaram a questionar a estrutura da medida de segurança.

## 1.2. A reforma psiquiátrica e a origem do movimento antimanicomial

A Psiquiatria Democrática Italiana é um dos movimentos precursores no rompimento com a epistemologia entre o conhecimento e a execução na psiquiatria. Um dos principais expoentes desse movimento, Franco Basaglia, findava a desestruturação das instituições manicomiais e a reinserção social das pessoas com sofrimento psíquico, entre as décadas de 60 e 70 (UFOP, 2024).

Observa-se que muitos dos movimentos sociais no Brasil partem de um contexto de indignação na época da Ditadura Militar. E é justamente nesse período que emergem uma das primeiras manifestações sociais na área de saúde (Luchmann; Rodrigues, 2007, p. 402).

Pode-se afirmar que o início do movimento da reforma psiquiátrica, no Brasil, se deu com a Crise da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), a qual era composta pelo Centro Psiquiátrico Pedro II, Hospital Pinel, Colônia Juliano Moreira e Manicômio Judiciário Heitor Carrilho, todas do Rio de Janeiro-RJ. Os profissionais desse órgão do Ministério da Saúde deflagraram greve, em 1978, em razão de uma denúncia realizada por médicos bolsistas do Centro Psiquiátrico Pedro II, os quais registraram as irregularidades desse hospital, no livro de ocorrências do plantão do pronto-socorro (Amarante, 1988, p. 96).

Com base nas críticas às condições de trabalho, à falta de recurso das unidades, à instituição do manicômio, à utilização do eletrochoque e em busca da humanização dos serviços de saúde mental; surge o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM). Esse movimento era composto por trabalhadores em saúde e associação de classes de toda a sociedade. Além disso, o MTSM oportunizou a realização de congressos, como o I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições em 1978, trazendo ao Brasil uns dos principais expoentes do pensamento crítico em saúde mental, como Franco Basaglia e Erwing Goffman (Amarante, 1988, p. 96, 97 e 100).

Segundo Paulo Amarante:

Outra questão importante que surge – ou se solidifica neste congresso – é a crítica ao modelo asilar dos grandes hospitais psiquiátricos públicos, como reduto dos marginalizados. São discutidos, ainda, os limites dos suportes teóricos de racionalização dos serviços e as diretrizes legais para alterar-se a assistência psiquiátrica, num indício de que a solução política se faz necessária. Tais questões apontam para um direcionamento do MTSM, em

que passam a merecer maior destaque os aspectos relacionados ao modelo de atenção psiquiátrica e perdem importância os aspectos mais especificamente corporativos (Amarante, 1988, p. 101).

Isto posto, começou-se a observar o modelo asilar dos hospitais psiquiátricos públicos, ou manicômios, o qual era apenas um depósito de gente, de forma que, a partir disso, se fortalecem as críticas à ausência de cuidados e de políticas de atenção psiquiátrica a essas pessoas.

Em virtude dessas ausências, era comum, no início do século XX, a falta de critério para internações em manicômios, os quais abarcavam tanto pessoas com sofrimento psíquico quanto outras pessoas indesejadas na sociedade (Arbex, 2013, p. 25). Um exemplo dessa falta de critério para internações psiquiátricas foi a existência do corredor da loucura em Minas Gerais, protagonizado pelo Hospital Psiquiátrico de Barbacena, fundado em 1903. Daniela Arbex, em seu livro “Holocausto Brasileiro. Vida, Genocídio e 60 mil mortes no maior Hospício do Brasil”, retrata a realidade da época quanto aos hospitais psiquiátricos:

Dezenove dos vinte e cinco hospitais psiquiátricos existentes em Minas até a década de 1980 estavam localizados no famoso corredor da loucura formado por Barbacena, Juiz de Fora e Belo Horizonte. Nesse período, as três cidades concentravam 80% dos leitos da saúde mental no Estado. Parâmetros da Organização Mundial da Saúde estabeleciam como referência três internações para cada mil beneficiários no país. Mas estudos do setor psiquiátrico mineiro revelaram quase sete internações para cada grupo de mil, em 1979. Em 1981, o número era superior a cinco. A cada duas consultas e meia, uma pessoa era hospitalizada nas Gerais (2013, p. 31).

Em 1988, com o surgimento da nova Constituição Federal, evidencia-se uma maior preocupação com a saúde dos brasileiros, de modo a consagrar a saúde como direito de toda a população. A responsabilidade da efetivação desse direito é, principalmente, do Estado, cabendo a este assegurar políticas sociais e econômicas para essa concretização. O objetivo principal, na saúde, é “a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Brasil, 1988, art. 196).

Em atenção a esse dispositivo constitucional, em 1990 é instituído e organizado o funcionamento dos serviços de saúde descritos na Constituição Federal, na forma do Sistema Único de Saúde (SUS), através da Lei 8.080/1990 (Brasil, 1990).

Apesar dos esforços do legislador constituinte em assegurar direitos básicos para todas as pessoas, além das críticas veementes de parte dos profissionais de

saúde mental às instituições manicomiais; em 2006, o Estado brasileiro foi condenado pela primeira vez, à nível internacional, por violação aos direitos humanos, consagrados na Convenção Americana de Direitos Humanos. O caso julgado foi o do paciente psiquiátrico Damião Ximenes Lopes, que faleceu em outubro de 1999, na Casa de Repouso Guararapes, em Sobral/CE; instituição psiquiátrica privada contratada pelo Estado para prestar serviços de saúde mental pelo Sistema Único de Saúde (Branco, 2023).

O caso Damião Ximenes Lopes foi submetido à julgamento através da Comissão Interamericana de Direitos Humanos contra a República Federativa do Brasil em outubro de 2004 (CIDH, 2006, p. 2), de forma que a Corte Interamericana de Direitos Humanos (CIDH) decidiu, por unanimidade, reconhecer, parcialmente, a responsabilidade do Estado brasileiro quanto à violação dos direitos à vida e à integridade pessoal do senhor Damião Ximenes Lopes (CIDH, 2006, p. 83).

Na sentença que condenou o Estado brasileiro, foram traçado alguns pontos resolutivos a serem cumpridos pelo Brasil, como os pontos resolutivos 8 e 12:

8. O Estado deve continuar a desenvolver um programa de formação e capacitação para o pessoal médico, de psiquiatria e psicologia, de enfermagem e auxiliares de enfermagem e para todas as pessoas vinculadas ao atendimento de saúde mental, em especial sobre os princípios que devem reger o trato das pessoas portadoras de deficiência mental, conforme os padrões internacionais sobre a matéria e aqueles dispostos nesta Sentença, nos termos do parágrafo 250 da presente Sentença.

[...]

12. Supervisionará o cumprimento íntegro desta Sentença e dará por concluído este caso uma vez que o Estado tenha dado cabal cumprimento ao disposto nesta Sentença. No prazo de um ano, contado a partir da notificação desta Sentença, o Estado deverá apresentar à Corte relatório sobre as medidas adotadas para o seu cumprimento (CIDH, 2006, p. 84).

Sendo assim, o Estado brasileiro deveria capacitar profissionais atrelados ao atendimento de saúde mental, de forma a respeitar os direitos humanos, e fiscalizar o cumprimento do que foi determinado na sentença.

Em consequência de toda essa base histórica, a Lei 10.216 de 2001 foi criada, dispondo a respeito da proteção e garantia dos direitos das pessoas com sofrimento psíquico e redirecionando o modelo assistencial em saúde mental (Brasil, 2001).

Apesar da disposição do código penal de 1940 a respeito das espécies de medida de segurança, observa-se que com o advento da Lei 10.216/2001, a internação passou a ter caráter subsidiário. Sobre isso, Renato Brasileiro afirma que:

A Lei n. 10.216/01, conhecida como Lei Antimanicomial, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, estabelece expressamente a subsidiariedade da internação, indicada apenas quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes (art. 40) (2022, p. 503).

Sendo assim, a internação, em regra, só deveria ser aplicada após análise do contexto fático, avaliando se os recursos para tratamento ambulatorial são suficientes para o tratamento do agente ou se é necessária a sua internação.

No que concerne à Lei da Reforma Psiquiátrica e suas disposições, esta será analisada no próximo capítulo.

### **1.3. A ineficácia dos hospitais de custódia e as suas contradições no ordenamento jurídico brasileiro**

A medida de segurança possui como finalidade a prevenção do retorno do agente à prática delitiva, ao mesmo tempo que possui um caráter assistencial e curativo (Lima, 2022, p. 495). Sendo assim, observa-se que essa espécie de sanção penal se fundamenta no tratamento e ressocialização das pessoas, cuja inimputabilidade gerou a absolvição imprópria, além de procurar cessar a periculosidade desses agentes (Mendonça; Conte; Sacchetin, 2021, p. 183).

No entanto, apesar desse discurso que ampara a medida de segurança, a efetivação deste se mostra ineficaz, ou seja, há uma falência do Estado quanto à aplicação desse instituto (Mendonça; Conte; Sacchetin, 2021, p. 187).

Preliminarmente, pode se afirmar que existe um conflito entre o Código Penal e a Lei 10.216/2001 quanto à execução da medida de segurança. Essa incompatibilidade decorre do fato do Direito Penal trabalhar a medida de segurança, quando na internação, de modo que o foco esteja tanto no tratamento do agente quanto na retribuição de condutas ilícitas. Por outro lado, a Lei da Reforma Psiquiátrica finda a desinternação do indivíduo de forma a perseguir a sua reabilitação e garantir a cidadania da pessoa com sofrimento psíquico (Prado; Schindler, 2017, p. 636).

Insta salientar que a incompetência do Estado, quanto à efetivação das medidas de segurança é demonstrada, principalmente, em relação ao descumprimento dos deveres estatais determinados na Lei da Reforma Psiquiátrica

(Lei nº 10.216/2001). Verifica-se, então, que há uma negligência do Estado quanto aos seus deveres relacionados a esse grupo de pessoas, como garantia do direito à dignidade e ao tratamento médico e psicológico, além do impedimento de tratamento cruel quando da internação desses agentes (Mendonça; Conte; Sacchetin, 2021, p. 191).

Outro ponto controverso a respeito da execução da medida de segurança nos hospitais de custódia é o conceito de periculosidade, o qual é um dos pressupostos da aplicação da medida de segurança (Estefam; Rios, 2024, p. 394). Conforme o Código Penal, no artigo 97, todo ano ou a qualquer tempo, sob determinação judicial, deverá ser realizado o exame pericial a respeito da persistência ou não da periculosidade do agente. Dessa forma, caso seja constatada a cessação da periculosidade, o juízo poderá decidir pela desinternação do agente ou pela liberação do tratamento ambulatorial (Brasil, 1940).

Apesar da disposição do código e da doutrina jurídica no que concerne à periculosidade, observa-se que há um cunho, evidentemente, subjetivo na decisão do fim do cumprimento do tratamento ou internação. Segundo Mendonça, Conte e Sacchetin (2021, p. 192):

Não existe qualquer tipo de método científico capaz de prever o comportamento humano e, por esse motivo, a fundamentação da medida de segurança jamais poderia ser em supostos comportamentos futuros do paciente. Afinal, a periculosidade é uma mera suposição de que o paciente apresenta probabilidade de delinquir novamente.

A partir disso, vê-se que o tempo de duração da medida de segurança, seja ela na modalidade de internação ou de tratamento ambulatorial, fica adstrita a uma decisão fundamentada em um conceito incerto.

Ademais, o crime não é um fato praticado de forma exclusiva por pessoas com sofrimento psíquico, tampouco o crime praticado está, necessariamente, relacionado com a patologia dessas pessoas. Ainda assim, nota-se um consenso a respeito da ligação direta entre a patologia do agente e a prática do ilícito. Assim, o argumento da periculosidade acaba por demonstrar que a execução da medida de segurança está mais relacionada com o papel principal do sistema penal, ou seja, o controle social do indesejado, do que com o tratamento e assistência ao agente (Lebre, 2013, p. 217).

Outra questão que pode ser apontada como causadora da ineficácia dos hospitais de custódia é a lentidão exacerbada para a realização dos exames e laudos psicossociais e psiquiátricos (Mendonça; Conte; Sacchetin, 2021, p. 201).

Consequentemente, em que pese a súmula 527 do STJ (2015) firmar o entendimento de que o princípio constitucional da vedação da pena perpétua, também, se aplica às medidas de segurança; na prática, nota-se que a demora na realização dos exames de cessação da periculosidade faz com que essas pessoas sancionadas possam cumprir um tempo, de execução da medida de segurança, superior ao que lhe é devido.

Portanto, constata-se que, em virtude do desvio da finalidade dos hospitais de custódia, do conflito entre a Lei da Reforma Antimanicomial e o ordenamento jurídico penal, a imprecisão do conceito de periculosidade e a lentidão da realização dos exames de cessação de periculosidade; os hospitais de custódia se apresentam como estabelecimentos ineficazes quanto a proposta da medida de segurança.

## **2. A EXECUÇÃO DA MEDIDA DE SEGURANÇA E A REFORMA PSQUIÁTRICA NO JUDICIÁRIO**

### **2.1 A Lei de Execução Penal e o Código Penal: a execução das medidas de segurança antes da Lei Antimanicomial**

Segundo o artigo 171 da Lei de Execuções Penais, a execução das medidas de segurança está adstrita ao trânsito em julgado da sentença que determina a sua aplicação e à expedição de guia para a execução (Brasil, 1984). Sobre a guia, insta salientar que o artigo 172 da referida legislação dispõe que nenhum indivíduo poderá ser internado em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico sem que a guia de execução seja expedida pela autoridade judiciária (Brasil, 1984). Conforme o artigo 173 da Lei de Execução Penal, alguns elementos deverão constar nessa guia de execução, sendo eles:

Art. 173 (...)

I - a qualificação do agente e o número do registro geral do órgão oficial de identificação;

II - o inteiro teor da denúncia e da sentença que tiver aplicado a medida de segurança, bem como a certidão do trânsito em julgado;

III - a data em que terminará o prazo mínimo de internação, ou do tratamento ambulatorial;

IV - outras peças do processo reputadas indispensáveis ao adequado tratamento ou internamento (Brasil, 1984).

Ainda, o referido dispositivo, em seu §1º, determina a ciência ao Ministério Público quanto à guia de recolhimento e sujeição a tratamento (Brasil, 1984) e ressalta, no §2º, que há a possibilidade de retificação dessa guia sempre que houver modificações quanto ao tempo de execução da medida de segurança (Brasil, 1984). Além disso, conforme o artigo 174 da referida lei, o indivíduo deve ser submetido a exame criminológico, se sentenciado à internação; podendo também ser submetido a esse exame quando determinado o seu tratamento ambulatorial, logo, quanto a esse último, o exame é facultativo (Brasil, 1984).

Os artigos 175 e 176 da lei em questão dispõem que: haverá a realização de exame de cessação de periculosidade sempre que for atingido o prazo mínimo, de duração da medida de segurança. Ou, ainda, quando o Ministério Público, o interessado, seu procurador ou defensor, requererem de forma fundamentada a realização do referido exame, podendo o Juiz da Execução ordenar a sua realização

a qualquer momento, inclusive antes do prazo mínimo de duração de medida de segurança (Brasil, 1984)

No tocante ao tempo de duração da medida de segurança, o artigo 97, §1º do Código Penal determina um prazo mínimo de um a três anos, sendo que o período de internação ou tratamento ambulatorial será por tempo indeterminado (Brasil, 1940). É importante mencionar que, apesar da medida de segurança ter duração por período indeterminado, em respeito ao princípio constitucional da vedação das penas perpétuas contido no artigo 5º, inciso XLVII, alínea b da Constituição Federal (Brasil, 1988); o Superior Tribunal de Justiça sumulou o entendimento de que esse tempo de duração não deve ultrapassar o limite máximo da pena em abstrato referente ao delito praticado (STJ, 2015, súmula 527).

Em relação ao laudo pericial que trata da persistência ou não da periculosidade do agente, este deverá ser realizado a cada ano ou a qualquer tempo, sob determinação judicial do Juízo da Execução, conforme o artigo 97, §2º do Código Penal (Brasil, 1940). Insta salientar que a desinternação é condicional, uma vez que se o indivíduo que foi desinternado praticar algum fato, mesmo que não seja um crime, que indique periculosidade, deverá ser restabelecida a situação anterior dessa pessoa (Capez, 2024, p. 215).

O doutrinador Renato Brasileiro (2022, p. 512) também afirma que:

Tanto a desinternação quanto a liberação são condicionadas, cabendo ao juiz da execução impor ao agente as mesmas condições do livramento condicional, as quais, como visto anteriormente, subdividem-se em 2 (duas) espécies: a. obrigatórias: a.1. obter ocupação lícita, dentro de prazo razoável se for apto para o trabalho; a.2. comunicar periodicamente ao juiz sua ocupação; a.3. não mudar do território da comarca do Juízo da Execução, sem prévia autorização deste; b. facultativas: b.1. não mudar de residência sem comunicação ao juiz e à autoridade incumbida da observação cautelar e de proteção; b.2. recolher-se à habitação em hora fixada; b.3. não frequentar determinados lugares.

Dessa forma, tanto a desinternação quanto a liberação do tratamento ambulatorial são condicionadas a determinados requisitos, como por exemplo não mudar de endereço sem comunicar o juízo da execução. Além disso, observa-se que o Código Penal, além de condicionar a desinternação e a liberação a determinados requisitos, também enfatiza, em seu artigo 97, §3º, que se o agente praticar um fato indicativo de persistência de sua periculosidade dentro do prazo de um ano, o juízo poderá restabelecer a situação anterior do agente (Brasil, 1940).

Outrossim, conforme o §4º do dispositivo mencionado, o indivíduo que for submetido à tratamento ambulatorial, poderá ser internado em qualquer momento de seu tratamento, mediante determinação judicial, se isso for necessário para fins curativos (Brasil, 1940).

No que se refere aos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, o artigo 99 da Lei de Execuções Penais dispõe que esse é o estabelecimento para a execução da medida de segurança, ou seja, é o local onde os inimputáveis e semi-imputáveis poderão cumprir a sua sanção (Brasil, 1984). De acordo com a doutrina de Renato Brasileiro (2022, p. 257):

Trata-se, portanto, o Hospital de Custódia, de um verdadeiro hospital-presídio, enfim, um estabelecimento penal que visa assegurar a custódia do indivíduo submetido à internação. Por mais que a medida de segurança em questão vise ao tratamento, não de ser adotadas medidas de segurança para a restrição da liberdade de locomoção do internado, até mesmo diante da sua presumida periculosidade. Na hipótese de ausência de Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico ou de falta de vagas nesse estabelecimento, o Código Penal autoriza a execução da internação em outro estabelecimento adequado (art. 96, I), desde que, obviamente, o Estado possa assegurar a custódia do indivíduo naquele local.

Sendo assim, o hospital de custódia consiste em um estabelecimento híbrido, no qual se observa características de hospital e de presídio. Isso ocorre em virtude da medida de segurança ser uma sanção penal, sujeitando-se aos princípios do Direito Penal; e possuir caráter assistencial e curativo, além do fim de prevenção, como afirmado anteriormente.

A medida de segurança foi alterada drasticamente pela Lei 10.216/2001. No entanto, como essa lei não foi suficientemente eficaz para a extinção das instituições manicomiais no Judiciário, o Conselho Nacional de Justiça criou a Resolução de nº 487 em 2023. Essa resolução institui a Política Antimanicomial no âmbito do Judiciário, de forma a estabelecer procedimentos e diretrizes para implementar a Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência e a Lei 10.216/2001 na esfera do processo penal e da execução das medidas de segurança (CNJ, 2023).

## **2.2. A Lei 10.216 de 2001 e a Resolução nº 487 do CNJ**

A medida de segurança foi alterada, profundamente, pela Lei 10.216 de 2001, uma vez que essa sanção penal é direcionada, justamente, aos sujeitos de que trata a Lei Antimanicomial, como ficou conhecida. Essa lei foi concebida com o fim de proteger os direitos das pessoas com sofrimento psíquico, redirecionando o modelo assistencial em saúde mental (Brasil, 2001).

À vista disso, a Lei Antimanicomial, no artigo 2º, parágrafo único, incisos I, II, III e VII, por exemplo, estabelece alguns direitos básicos que devem ser assegurados às pessoas com sofrimento psíquico, como o acesso ao seu tratamento no sistema de saúde em conformidade com as suas necessidades, o direito ao tratamento respeitoso e humanitário, além da proteção contra o abuso e exploração. Ainda, a referida lei dispõe que as pessoas com sofrimento psíquico devem ser tratadas em ambientes terapêuticos, através de meios que, na medida do possível, sejam os menos invasivos (Brasil, 2001).

Uma das grandes modificações que a Lei 10.216 de 2001 trouxe foi a proibição da internação de pacientes com sofrimentos psíquicos em instituições com características asilares e o fato de considerar a internação como medida subsidiária (Brasil, 2001).

O artigo 3º da Lei Antimanicomial dispõe que, ainda que seja devida a participação da sociedade e da família, o Estado é o responsável pela construção de uma política de saúde mental. No que concerne a efetivação desse direito, a prestação deve ocorrer em estabelecimento de saúde mental (Brasil, 2001).

Interessante lembrar que os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico são estabelecimentos híbridos, possuindo características de hospital, mas também de presídio. É o local onde se cumpre a medida de segurança, ou seja, onde se cumpre uma sanção penal que foi aplicada à pessoa com sofrimento psíquico em conflito com a lei. Dessa forma, mesmo que haja, supostamente, a finalidade de tratamento do agente, há uma preocupação com o emprego de medidas de segurança, com restrição de liberdade, àquele que foi internado (Lima, 2022, p. 257).

Em relação à internação, a Lei Antimanicomial, no caput de seu artigo 4º determina que essa só será possível, caso os recursos extra-hospitalares forem

insuficientes para o tratamento da pessoa com sofrimento psíquico (Brasil, 2001). Ainda, no §3º desse dispositivo, há a expressa proibição de que essa internação ocorra em instituições com características asilares (Brasil, 2001). Em outras palavras, em instituições que não possuam assistência integral a esse indivíduo, como atendimento médico, psicológico, ocupacional; e acompanhamento pela assistência social, etc., dispostos no §2º (Brasil, 2001).

Conforme Haroldo Caetano e Silvia Tedesco:

A internação psiquiátrica ainda é uma possibilidade terapêutica, mas que somente será utilizada em caráter excepcional. Está terminantemente proibida, contudo, a internação em condições asilares, de maneira que a porta de entrada dos manicômios judiciais está (ou pelo menos deveria estar) fechada ao ingresso de novos ocupantes desde 2001 (2021, p. 200).

Dessa forma, pode-se observar que, na lei em questão, define-se que o cuidado em saúde mental tem como essência a assistência integral aos indivíduos com sofrimento psíquico, além de colocar como um dos pontos principais a emergência da desinstitucionalização (Pereira; Mattos; Gomes, 2023, p. 202)”.

Assim, a lei não proíbe a internação psiquiátrica, o legislador apenas determina que a internação só será considerada excepcionalmente, de forma a priorizar o cuidado à saúde mental do indivíduo com sofrimento psíquico (Caetano; Tedesco, 2021, p. 200).

No entanto, mesmo com todas essas alterações determinadas pela Lei nº 10.216/2001, a sua ineficácia prática pode ser observada, vez que foi necessário o Conselho Nacional de Justiça criar a Resolução nº 487 em 2023, a fim de instituir a Política Antimanicomial no Poder Judiciário (CNJ, 2023). Nota-se que o artigo 1º da referida resolução dispõe esse objetivo:

Art. 1º 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 (CNJ, 2023).

O artigo 3º da Resolução nº 487 do Conselho Nacional de Justiça corrobora a disposição da Lei Antimanicomial, vez que aplica essa política na execução de medida de segurança (CNJ, 2023). Isso decorre do fato dessa resolução estabelecer os

princípios e diretrizes reguladores do tratamento das pessoas com sofrimento psíquico em conflito com a lei (CNJ, 2023), conforme os direitos estabelecidos no parágrafo único do artigo 2º da Lei nº 10.216 de 2001.

A reforma psiquiátrica na esfera da jurisdição penal está intrinsecamente vinculada, por exemplo, ao respeito pela dignidade humana, autonomia pessoal, conforme o artigo 3º, inciso I (CNJ, 2023); e à repressão de práticas de tortura ou qualquer tratamento desumano ou degradante, segundo o inciso IV do mesmo dispositivo (CNJ, 2023).

Ademais, observa-se que a resolução, em seu artigo 3º, inciso V, preza pelo interesse do tratamento em benefício à saúde do indivíduo, cuja finalidade é, basicamente, o suporte e a reabilitação psicossocial (CNJ, 2023). Sendo assim, emerge-se o intuito principal da medida de segurança, qual seja o tratamento da saúde da pessoa em sofrimento psíquico, que está em conflito com a lei.

Assim como dispõe o artigo 4º da Lei 10.216 de 2001, o artigo 3º, inciso VIII da Resolução nº 487 do CNJ trata a internação como medida excepcional. Conforme a regulamentação:

Art. 3º (...)

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

Dessa forma, observa-se que o dispositivo citado é uma releitura do artigo 4º da Lei 10.216 de 2001, de forma a estabelecer a internação como medida remanescente.

Portanto, nota-se que a Resolução nº 487 do CNJ foi instituída para aplicar e regulamentar a política antimanicomial na esfera da jurisdição penal, justamente porque essa política deveria ser cumprida pelo Poder Judiciário, no âmbito penal, desde 2001.

### **2.3. A execução da medida de segurança conforme a Lei antimanicomial e a Resolução nº 487 do CNJ**

A respeito da execução da medida de segurança conforme a Resolução nº 487 do CNJ, é inevitável abordar alguns pontos introdutórios. A referida resolução, em seu artigo 2º, inciso I, considera que a pessoa com sofrimento psíquico é, basicamente, o indivíduo que tem alguma espécie de comprometimento ou dificuldade psíquica, intelectual ou mental. Além disso, o conceito se estende à ideia de que esse sujeito é uma pessoa que precisa de tratamento de saúde mental, pouco importando a fase do ciclo penal em que se encontra, “o exame médico-legal ou medida de segurança em curso” (CNJ, 2023).

Isto posto, por se tratar de uma pessoa com sofrimento psíquico em conflito com a lei, o principal interesse da medida de segurança é o tratamento em benefício à saúde mental. Consequentemente, a medida pretende a reabilitação desse indivíduo através da inclusão social, logo, a reconstrução dos laços familiares e comunitários; além da valorização das habilidades pessoais e acesso à proteção social, à renda e ao trabalho, conforme o artigo 3º, inciso VI da resolução (CNJ, 2023). Portanto, é de se notar que esse dispositivo contempla os “modos da política antimanicomial vigente no Brasil, visto que privilegia a inserção do indivíduo na sociedade e a participação desta na reabilitação da pessoa com sofrimento mental em conflito com a lei” (Furtado, 2023, p. 103 e 104).

No curso da execução da medida de segurança, segundo o artigo 3º, inciso VII da resolução, o direito à saúde integral deve ser efetivado através dos meios menos invasivos possíveis, de forma que há a expressa proibição de:

[...] métodos de contenção física, mecânica ou farmacológica desproporcional ou prolongada, excessiva medicalização, impedimento de acesso a tratamento ou medicação, isolamento compulsório, alojamento em ambiente impróprio e eletroconvulsoterapia em desacordo com os protocolos médicos e as normativas de direitos humanos (CNJ, 2023).

Outrossim, conforme o artigo 3º, incisos IX e XI da referida resolução, a execução da medida de segurança será articulada com as redes de atenção à saúde e socioassistenciais, em todas as fases do procedimento penal; além de respeitar a territorialidade dos serviços e tratamento, ou seja, a execução da medida de

segurança deve ocorrer no local onde a pessoa com sofrimento mental em conflito com a lei vive (CNJ, 2023).

Conforme a disposição do artigo 11 da Resolução n° 487 do CNJ:

Art. 11. 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 (CNJ, 2023).

Desse modo, infere-se que a espécie de medida de segurança, ou seja, internação ou tratamento ambulatorial, será determinada a partir da análise do caso concreto e da situação de saúde da pessoa com sofrimento psíquico em conflito com a lei. Além disso, a sentença criminal que impõe a medida de segurança determinará as condições que devem ser cumpridas em meio aberto e será subsidiada por laudos médicos, psicológicos e sociais (CNJ, 2023).

Outrossim, segundo o parágrafo único do dispositivo citado, a autoridade judicial deve levar em consideração “os pareceres das equipes multiprofissionais que atendem o paciente na Raps, da EAP ou outra equipe conectora” (CNJ, 2023). Isto posto, segundo o artigo 2°, inciso II da Resolução n° 487/2023, entende-se por Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) o conjunto de serviços relacionados à atenção à saúde mental, por exemplo: os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), as Unidades de Acolhimento (UAs) e os leitos de atenção integral, localizados nos Hospitais Gerais, nos CAPS III (CNJ, 2023).

No que se refere à Equipe de Avaliação e Acompanhamento das Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP), conforme o inciso III do artigo 2° dessa resolução, esta consiste em um grupo profissional multidisciplinar que acompanha o tratamento, apoia ações e serviços e viabiliza o acesso à Rede de Atenção Psicossocial em relação à pessoa com sofrimento psíquico em conflito com a lei (CNJ, 2023).

No que concerne ao tratamento ambulatorial, o acompanhamento dessa medida está adstrito ao desenvolvimento de Projeto Terapêutico Singular (PTS), o qual corresponde a uma proposta de condutas terapêuticas criadas para um indivíduo, uma família ou uma comunidade, de acordo com o artigo 2°, inciso VI dessa resolução do CNJ (2023). Ademais, as informações das equipes de atenção psicossocial, a acessibilidade ao serviço e a atuação das equipes de saúde serão consideradas no

acompanhamento desse indivíduo, conforme o artigo 12, §1º da Resolução nº 487/2023 do CNJ (2023).

Ainda em relação ao tratamento ambulatorial, é importante destacar que o §3º do artigo 12 da resolução determina que o fato da pessoa com sofrimento psíquico não ter suporte de sua família não interfere na decisão de determinar, manter ou cessar o tratamento ambulatorial (CNJ, 2023).

A resolução ainda ressalta que:

Art. 12 [...]

§ 4º Eventual prescrição de outros recursos terapêuticos a serem adotados por equipe de saúde por necessidade da pessoa e enquanto parte de seu PTS, incluindo a internação, não deve ter caráter punitivo, tampouco deve ensejar a conversão da medida de tratamento ambulatorial em medida de internação (CNJ, 2023).

Como já foi falado anteriormente, a Lei 10.216 de 2001 determina que a conversão de tratamento ambulatorial em internação é decisão excepcional, além de só ser possível quando os recursos extra-hospitalares não forem suficientes para o tratamento da pessoa com sofrimento psíquico em conflito com a lei (Caetano; Tedesco, 2021, p. 200).

No que diz respeito à execução da medida de segurança na modalidade de internação, segundo o artigo 13, §1º da Resolução nº 487/2023 do CNJ, esta deve ocorrer em leito de saúde mental em Hospital Geral ou outro estabelecimento de saúde indicado pelo CAPS. Conseqüentemente, o Poder Judiciário deve fiscalizar a execução, de modo que nenhuma pessoa com sofrimento psíquico seja colocada ou mantida em unidade prisional, ainda que em enfermaria; ou internada em instituições com características asilares (CNJ, 2023).

Ainda, verifica-se que, de acordo com Isabela Tonon:

Com vistas a que seja efetivado o planejamento da alta das pessoas em medida de segurança, a resolução impõe que o PTS seja elaborado para todas as pessoas internadas em cumprimento de medida de segurança. Esta é mais uma medida urgente e essencial para que se evite que mais pessoas venham a estar em condição asilar [...], pois efetiva o planejamento de sua saída antes mesmo de a pessoa obter o levantamento da medida de segurança. Assim, quando a desinternação for determinada pelo juízo, o caminho que possibilita a sua liberdade já terá sido traçado, não havendo necessidade de se aguardar tal planejamento em situação de asilo [...], que é o que ocorre muitas vezes (2023, p. 107).

Trazendo essa afirmação para um contexto geral, observa-se que o Projeto Terapêutico Singular (PTS) tem como principal objetivo evitar que uma pessoa com sofrimento psíquico, em conflito com a lei, permaneça internada por tempo indeterminado ou sem necessidade para fins terapêuticos (Furtado, 2023, p. 107).

Quanto ao fim da internação, o artigo 13, § 2º da resolução discutida dispõe que esta deve estar vinculada à necessidade enquanto tratamento da pessoa com sofrimento psíquico, de forma que quando essa medida atingir seu propósito, deve-se comunicar a alta hospitalar à autoridade judicial. Evidentemente, o tratamento pode ser continuado através dos dispositivos ofertados pela RAPS (CNJ, 2023).

É válido ressaltar que, de acordo com o artigo 14 da Resolução nº 487/2023 do CNJ, ainda que a pessoa com sofrimento psíquico esteja internada, deve ser assegurado o reencontro com sua comunidade, família e círculo social, se possível; além de atividades em meio aberto (CNJ, 2023).

No que se refere à fiscalização das medidas de segurança, o artigo 20, inciso I da resolução em questão dispõe que os Grupos de Monitoramento e Fiscalização do Sistema Carcerário (GMFs) dos tribunais, junto às autoridades judiciais da execução penal, poderão inspecionar os estabelecimentos em que as pessoas, a quem se aplicam medida de segurança de internação, estão (CNJ, 2023).

Com o que foi exposto, observa-se que:

[...] as previsões da Resolução no 487, do CNJ são estruturadas de forma a evitar a entrada das pessoas com sofrimento mental em instituições de internação, e sempre pensando na sua saída. Observa-se que o fio condutor desde o momento da prisão, no decorrer da ação penal, ou na imposição da medida de segurança, leva à autonomia dessas pessoas, à sua manutenção na comunidade, sempre pensando no seu melhor interesse e na sua saúde, de modo que seja evitada a longa permanência em instituição psiquiátrica e a perda dos laços familiares e comunitários. (Furtado, 2023, p. 108).

Dessa forma, nota-se que o que a Resolução nº 487 do CNJ tem como finalidade é, justamente, a desinstitucionalização e a atenção à saúde mental da pessoa com sofrimento psíquico em conflito com a lei.

### **3. O FECHAMENTO DOS HOSPITAIS DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSQUIÁTRICO E SUAS IMPLICAÇÕES NO ESTADO DE PERNAMBUCO**

#### **3.1. O fechamento dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico**

A desinstitucionalização psiquiátrica pode ser conceituada como uma série de ações, as quais buscam desmontar as convenções a respeito da pessoa em sofrimento psíquico, de forma a questionar a instituição física do manicômio, além da forma como foi construído o conhecimento sobre esse assunto nas áreas de saúde, no direito e na sociedade (Nascimento; Silva, 2020, p. 34).

Com o fim de proteger os direitos das pessoas com sofrimento psíquico e redirecionar o modelo assistencial em saúde mental, a Lei 10.216 de 2001 dispõe que:

Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

[...]

§ 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º (2001).

Dessa forma, a referida lei, em seu artigo 4º, §3º, proibiu a internação de pessoas com sofrimento psíquico em estabelecimentos que não garantam a efetividade dos direitos elencados no inciso IX do parágrafo único do artigo 2º, como ser tratada em serviços comunitários de saúde mental, preferencialmente (Brasil, 2001).

Em razão desse dispositivo, a Resolução n° 487 do CNJ resolveu, no artigo 3º, inciso VIII, como um dos objetivos desta; pela desinstitucionalização, ou seja, o fechamento dos hospitais de custódia, uma vez que esses estabelecimentos possuem características asilares (CNJ, 2023).

No artigo 16, da resolução em questão, é disposto que a autoridade judicial competente deve analisar os processos para verificar se há a possibilidade de extinção da medida de segurança em curso, ou se é possível o tratamento ambulatorial em meio aberto. No caso de não ser possível nenhuma dessas alternativas, a pessoa em sofrimento psíquico em conflito com a lei deve ser transferida para o estabelecimento de saúde adequado (CNJ, 2023).

Além disso, a fim da efetivação das altas planejadas e da reabilitação psicossocial assistida em meio aberto, conforme o artigo 17 da Resolução nº 487/2023 do CNJ, faz-se necessário a elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS) para todas as pessoas que estejam internadas em Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico ou estabelecimentos idênticos (CNJ, 2023). Com isso, poderá ser analisada qual a melhor medida de segurança a ser aplicada para o internado, ou se há a possibilidade de extinção da medida.

De acordo com Isabela Tunon, o Projeto Terapêutico Singular (PTS) funciona como uma espécie de planejamento de alta da pessoa que se encontra institucionalizada, evitando-se que pessoas que poderiam estar em meio aberto permaneçam em Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico sem necessidade (2023, p. 106 e 107).

No que concerne ao prazo para fechamento dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, a resolução resolve no seu artigo 18 que:

Art. 18. No prazo de 6 (seis) meses contados da publicação desta Resolução, a autoridade judicial competente determinará a interdição parcial de estabelecimentos, alas ou instituições congêneres de custódia e tratamento psiquiátrico no Brasil, com proibição de novas internações em suas dependências e, em até 12 (doze) meses a partir da entrada em vigor desta Resolução, a interdição total e o fechamento dessas instituições (CNJ, 2023).

Uma vez que a resolução em questão foi publicada no dia 15 de fevereiro de 2023, nota-se que o prazo para interdição total e fechamento dessas instituições deveria ocorrer no mês de fevereiro de 2024. No entanto, em razão do cenário de atraso que se apresentava nos estados, o Conselho Nacional de Justiça resolveu, de forma unânime, prorrogar o prazo para o dia 28 de agosto de 2024, no julgamento do Ato Normativo 0007026-10.2022.2.00.0000 (CNJ, 2024).

Segundo as informações do Conselho Nacional de Justiça, até o mês de fevereiro de 2024, cerca de 16 estados, sendo oito do Nordeste; haviam interditado de forma total ou parcial, os estabelecimentos ou alas de custódia e tratamento psiquiátrico (CNJ, 2024).

Em um contexto geral, infere-se que a resolução n. 487 do CNJ tem como medida urgente a desinstitucionalização, de forma que as pessoas com sofrimento psíquico em conflito com a lei sejam tratadas e acompanhadas pela Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e não em instituições com característica asilar. Dessa forma, a

execução das medidas de segurança estaria de acordo com a Lei nº 10.216 de 2001 (Furtado, 2023, p. 104 e 105).

### **3.2. A realidade da execução da medida de segurança, em conformidade com a Lei Antimanicomial, no Estado de Pernambuco**

O Tribunal de Justiça do Estado de Pernambuco, em união com a Defensoria Pública, o ministério Público, as Secretarias Estaduais de Saúde, Justiça e Direitos Humanos; Executiva de Ressocialização, de Defesa Social, de Desenvolvimento Social Criança e Juventude; instituiu um grupo interdisciplinar de trabalho em 2021. Esse grupo tem como objetivo a criação e a fiscalização do Programa Estadual de Atenção à Pessoa com Transtorno Mental em conflito com a Lei, o PAT-PE (Pernambuco, 2023, p. 6 e 7).

Em 2023, o referido grupo publicou uma espécie de cartilha a fim de explicitar os parâmetros mínimos necessários para a efetivação da Política Antimanicomial em Pernambuco, além de evidenciar os serviços necessários para a implementação dessa política (Pernambuco, 2023, p. 7).

Observa-se que a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é um dos principais elementos para a efetivação da Política Antimanicomial no Judiciário. Essa rede foi instituída pela Portaria nº 3.088 de 2011 e, segundo essa norma, no artigo 5º, é constituída, por exemplo, por Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Unidades Básicas de Saúde (UBS), UPA 24 horas, leitos especializados em Hospitais Gerais, entre outros (Brasil, 2011).

Insta salientar que a assistência fornecida pela Rede de Atenção Psicossocial à pessoa com sofrimento psíquico em conflito com a lei, se dá da mesma forma que para as demais pessoas (Pernambuco, 2023, p. 13)

Em Pernambuco, a Política de Saúde Mental foi normatizada pela Resolução nº 747 de 2018, cujo conteúdo aborda os pontos de cuidado da RAPS e os seus fluxos. Além disso, o referido documento instaura como objetivos a ampliação e efetivação da RAPS e a substituição do modelo hospitalocêntrico, de forma que os recursos que eram destinados aos hospitais psiquiátricos sejam revertidos para a Rede de Atenção Psicossocial (Pernambuco, 2018, p. 13 e 16).

Ademais, até o ano de 2023, o Estado de Pernambuco possuía 150 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e 106 Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) distribuídos pelo Estado. Estes consistem em moradias assistidas, de responsabilidade do respectivo CAPS, voltado a egressos de internações prolongadas (Pernambuco, 2023, p. 14).

No que concerne a RAPS, a sua distribuição se dá de forma regionalizada, de modo que as pessoas que residem em municípios que não possuam o serviço do CAPS possam ter acesso ao serviço através dos convênios pactuados pelas Comissões Intergestoras Regionais (CIR) e na Comissão Intergestora Bipartite (CIB) Pernambuco, 2023, p. 14).

No tocante ao Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Pernambuco, este passou a ser chamado de Centro de Saúde Penitenciário desde o ano de 2021. É localizado no município de Abreu e Lima e gerido pela Secretaria Executiva de Ressocialização (SERES) (Pernambuco, 2023, p. 24 e 25).

Apesar da mudança de nome, esta unidade é vinculada ao Sistema Penitenciário, prova disso é o artigo 23, inciso VII do Código Penitenciário do Estado de Pernambuco, o qual dispõe que: “são estabelecimentos penais, vinculados ao Sistema Penitenciário do Estado de Pernambuco: (...) VII- o Centro de Saúde Penitenciário (Pernambuco, 2016)”.

Portanto, é importante destacar que os HCTPs não são unidades de saúde, tampouco serviço de atendimento com urgência e emergência para eventuais crises psiquiátricas. São unidades prisionais e funcionam de acordo com as suas diretrizes (Pernambuco, 2023, p. 19).

Dessa forma, observa-se que o Centro de Saúde Penitenciário do Estado de Pernambuco, por não ser uma unidade de saúde, não cumpre com o requisito estabelecido no artigo 3º, caput da Lei 10.216 de 2001, o qual determina que esse direito deverá ser efetivado em estabelecimento de saúde mental (Brasil, 2001).

Em relação aos egressos do Centro de Saúde Penitenciário (CSP) de Pernambuco, a Resolução CIB/PE nº 5.305 de 2020; promete que será garantida aos pacientes em situação de abandono nessa unidade prisional, uma vaga a cada novo Serviço Residencial Terapêutico construído (Pernambuco, art. 1º, 2020).

Além disso, no tocante aos Serviços Residenciais Terapêuticos já implantados e em funcionamento, o artigo 2º da referida resolução determina que estes deverão

se adequar, de forma a incluir as “pessoas egressas do HCTP conforme indicação do Projeto Terapêutico Singular que prevê acolhimento em SRT, mediante construção de processos de desinstitucionalização” (Pernambuco, 2020).

Conforme a cartilha do Programa Integrado de Atenção à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei no Estado de Pernambuco (PAT-PE), até o ano de 2023, no Estado de Pernambuco existiam 150 Centros de Atenção Psiquiátrica (CAPS) e 164 leitos integrais em saúde mental (Pernambuco, 2023, p. 15).

É válido ressaltar que esses leitos integrais em saúde mental são uma enfermaria especializada, localizados em Hospitais Gerais, que dão suporte hospitalar em situações de crise decorrentes do consumo ou abstinência de álcool e drogas ilícitas. Além disso, essas enfermarias também assistem as pessoas em sofrimento psíquico com sintomas agudizados (Pernambuco, 2023, p. 21).

Segundo o artigo 2º, inciso III da Resolução nº 487/2023 do CNJ, a equipe que acompanha o tratamento da pessoa com sofrimento psíquico em conflito com a lei, durante todo o procedimento criminal, é multidisciplinar e é nomeada de “EAP: Equipe de Avaliação e Acompanhamento das Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei” (CNJ, 2023).

Essa equipe é responsável pela articulação do Sistema de Justiça Criminal, Sistema Prisional e o Sistema de Saúde, de forma a encaminhar e fiscalizar as decisões judiciais que determinem alternativas penais diversas da prisão às pessoas com sofrimento psíquico em conflito com a lei (Pernambuco, 2023, p. 23). No que concerne ao Estado de Pernambuco, esse ente da federação possui apenas uma EAP, dentro da Diretoria Geral de Assistência Prisional da Secretaria Estadual de Saúde (Pernambuco, 2023, p. 23).

Os serviços de saúde não são os únicos serviços prestados, uma vez que as pessoas com sofrimento psíquico carecem de amparo da Assistência Social. Em razão disso, têm-se os Centros de Referência da Assistência Social (CRAS), os quais fazem parte do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e são situados em áreas de vulnerabilidade social (Pernambuco, 2023, p. 31).

O CRAS atua com famílias e indivíduos em seu contexto comunitário, visando a orientação e o convívio sociofamiliar e comunitário. Neste sentido, é responsável pela oferta do Programa de Atenção Integral às Famílias (Pernambuco, 2023, p. 32).

Dessa forma, no contexto das pessoas em sofrimento psíquico em conflito com a lei que estão internadas, pode se afirmar que o CRAS é essencial à ressocialização dessas pessoas, quando possível o seu retorno ao convívio familiar. No Estado de Pernambuco, verifica-se que há 342 CRAS, distribuídos em todos os municípios e no Distrito Estadual de Fernando de Noronha (Pernambuco, 2023, p. 32).

No que se refere aos polos que oferecem como serviços os Leitos Integrais em Saúde Mental e Leito Integral, nota-se que, em Pernambuco, os Leitos Integrais em Saúde Mental se concentram, basicamente, no Hospital Geral Jaboatão Prazeres, em Jaboatão dos Guararapes; Hospital Tricentenário de Olinda, em Olinda; Hospital Regional de Silvio, em Palmares; Hospital de Clínicas do Carpina (HCC), em Limoeiro; e Hospital Coronel Álvaro Ferraz, em Floresta (Pernambuco, 2023, p. 47 e 48).

Quanto aos hospitais com leitos integrais, observa-se o Hospital Municipal Dr. Manoel Afonso, em Caruaru; Hospital Ruy de Barros, em Arcoverde, que também atende o polo de Pesqueira; Hospital Dom Moura, em Garanhuns; Hospital Emília Câmara, em Afogados da Ingazeira; HOSPAM, em Serra Talhada; e Hospital Inácio de Sá, em Salgueiro, o qual também atende os polos de Petrolina, Santa Maria da Boa Vista e Ouricuri (Pernambuco, 2023, p. 48 e 49).

Ainda, há o Hospital Ulysses Pernambucano, localizado em Recife-PE, o qual também atende os polos de Santa Cruz do Capibaribe, Vitória de Santo Antão e Nazaré da Mata (Pernambuco, 2023, p. 47 a 49). Esse hospital é a única emergência psiquiátrica 24h no Estado de Pernambuco e há 15 leitos de internação de curta permanência, para adultos, em grave sofrimento mental. Dessa forma, quando se dá alta a um paciente, este é encaminhado para os Centros de Atenção Psicossocial do município que reside, para dar continuidade ao tratamento (SES-PE, 2023).

### **3.3. As complicações para a implementação da Política Antimanicomial, conforme a Lei 10.216 de 2001 e a Resolução n. 487 do CNJ**

Em 2021, o Departamento de Fiscalização do Conselho Regional de Medicina do Estado de Pernambuco (CREMEPE) realizou a vistoria do Centro de Saúde Penitenciário, localizado em Abreu e Lima/PE. Essa vistoria suscitou o Relatório de Vistoria 149/2021/PE (CREMEPE, 2021, p. 1).

Após a análise do estabelecimento, constatou-se que no Centro de Saúde Penitenciário, até a data da vistoria, havia 220 pacientes, sendo 15 mulheres e 205 homens (CREMEPE, 2021, p. 9).

Além disso, o corpo médico desta unidade penitenciária era composto por um clínico, um médico perito forense e cinco psiquiatras, dentre os quais havia apenas três médicos plantonistas e nenhum deles sobreaviso (CREMEPE, 2021, p. 9). É válido ressaltar que a escala médica de plantão estava incompleta (CREMEPE, 2021, p. 9), uma vez que o artigo 11, inciso IV da Resolução CFM n° 2.057 de 2013 dispõe que:

Art. 11. Um estabelecimento que realize assistência psiquiátrica sob regime de internação (turno, dia ou integral) deve oferecer as seguintes condições específicas para o exercício da Medicina:  
[...]  
IV. Assistência médica permanente (durante todo o período em que estiver aberto à assistência); (CFM, 2013).

Ademais, o referido relatório constatou que haviam apenas dois psiquiatras assistentes para atender uma capacidade de 250 pacientes, sendo que, conforme as disposições específicas do dispositivo citado, deveria haver um psiquiatra para cada 40 leitos (CREMEPE, 2021, p. 10). Ainda, verificou-se que, na ausência de médico, o paciente era transferido para a emergência do Hospital Ulisses Pernambucano (CREMEPE, 2021, p. 10).

Outrossim, à época da vistoria havia 22 pacientes com alvará de desinternação, mas com dificuldade de cumprimento do mesmo, vez que havia dificuldade de inserção no núcleo familiar (CREMEPE, 2021, p. 10).

A partir desse relatório pode se observar que algumas das dificuldades que se apresentam quanto à implementação da Política Antimanicomial são: a quantidade insuficiente de profissionais capacitados, a situação de vulnerabilidade de algumas das pessoas em sofrimento psíquico em conflito com a lei e a ausência, desconhecimento ou dificuldade quanto ao vínculo familiar e comunitário.

Também, observa-se que, além das dificuldades que podem ser extraídas do Relatório de Vistoria 149/2021/PE; os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) podem ser insuficientes em relação à quantidade de pessoas em condição asilar e com dificuldade ou ausência de vínculo familiar e comunitário (Furtado, 2023, p. 109).

Além disso, há também a demora de planejamento do Projeto Terapêutico Singular, o que impede que o acolhimento dessas pessoas seja efetivado (Furtado, 2023, p. 109).

Essas pessoas cuja desinstitucionalização é mais demorada não possuem residência para onde possam ir após a saída da instituição, ou não possuem mais contato com seus familiares, seja pelo preconceito destes com o cometimento do crime, seja pelo cometimento ter se dado contra familiares, ou seja, simplesmente pela perda desses laços no período de permanência no HCTP. Essas pessoas acabam permanecendo na instituição até que o Poder Público possibilite a sua saída através do seu acolhimento em serviços especializados mantidos ou custeados pelo próprio Poder (Furtado, 2023, p. 95).

Dessa forma, nota-se que a complexidade social em que vivem algumas pessoas em sofrimento psíquico em conflito com a lei, além da morosidade do sistema e a ausência de estrutura dificultam a efetivação da Política Antimanicomial. Conforme conclusão de Silva, et al., as pessoas com sofrimento psíquico em conflito com a lei, com a desinstitucionalização, podem sofrer com a ausência de cuidados e intervenções terapêuticas necessárias, uma vez que os dispositivos que vão receber essas pessoas estão despreparados para efetuar um serviço satisfatório (2024, p. 4).

Um ponto controverso que é interessante mencionar, é que a Associação Brasileira de Psiquiatria propôs a Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 7.454/DF contra a Resolução 487/2023 do Conselho Nacional de Justiça (STF, 2023). A ação foi protocolada em 13 de setembro de 2023 e, além de alegar usurpação de competência legislativa privativa do Congresso Nacional, a Associação defende que:

[...] a desinstitucionalização de diversas pessoas em tratamento representaria um perigo não apenas para a sociedade mas também para essas mesmas pessoas. Isso porque não haveria CAPS suficientes para atendê-las, nem há condições nos hospitais gerais para fazê-lo (STF, 2023, p. 1).

Insta salientar que, apesar da ação estar pronta para ser julgada, ainda não foi marcada a data de julgamento (STF, 2023, p. 1).

No que concerne à alegação de ausência de estrutura para efetivar a Política Antimanicomial, é um ponto a ser considerado, vez que o fechamento dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico está previsto para 28 de agosto de 2024, como dito anteriormente (CNJ, 2024).

Em relação à suposta usurpação de competência legislativa, cumpre salientar que, apesar das resoluções do Conselho Nacional de Justiça não terem força de lei federal, essas normas têm o poder de controlar e direcionar o Poder Judiciário

(Furtado, 2023, p. 102). O artigo 103-B, §4º, inciso I da Constituição Federal de 1988 dispõe, propriamente, que é competência do Conselho Nacional de Justiça o controle do Poder Judiciário no que concerne à atuação administrativa e financeira, o cumprimento dos deveres funcionais do juiz; além de proteger a autonomia do Judiciário e o cumprimento do Estatuto da Magistratura. Em razão disso, o Conselho Nacional de Justiça pode “expedir atos regulamentares, no âmbito de sua competência, ou recomendar providências” (Brasil, 1988).

De acordo com Isabela Tonon:

No caso da Resolução no 487, o CNJ apenas guia o Poder Judiciário na aplicação de lei já existente, atualmente ignorada no âmbito penal e no de execução penal. Dessa forma, entende-se que não há novidade normativa na resolução, apenas a formalização de procedimentos que permitem a aplicação da Lei no 10.216, de 2001. (2023, p. 102 e 103).

A Lei 10. 216 de 2001 é clara ao vedar a internação de pessoas em sofrimento psíquico em instituições com características asilares e determinar que a internação, caso seja necessária, será concretizada em estabelecimentos de saúde mental (Brasil, 2001).

Em relação ao Estado de Pernambuco, uma vez que o Centro de Saúde Penitenciário de Pernambuco é uma instituição vinculada ao Sistema Penitenciário, conforme o artigo 26, inciso VII do Código Penal Estadual (Pernambuco, 2016), não é uma unidade de saúde, mas uma unidade prisional, de forma que funciona conforme as diretrizes do sistema penal (Pernambuco, 2023, p. 19).

Dessa forma, depreende-se que a proibição da existência dessa instituição existe desde 2001 e não da Resolução 487/2023 do CNJ.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o que foi exposto, pode se observar que, no Brasil, há uma história de violação de direitos humanos, ocasionando a segregação de pessoas em sofrimento psíquico, a tortura e até mesmo a morte desses indivíduos, como ocorreu com Damião Ximenes em 1.999 e com milhares de pessoas no “holocausto de Barbacena”.

Verifica-se que as pessoas em sofrimento psíquico, em um contexto geral, já são violentadas pela estrutura social e negligenciadas pelo Estado em diversas situações. Quando se trata de pessoas em sofrimento psíquico em conflito com a lei, a estigmatização é maior ainda, uma vez que há o preconceito contra essas pessoas, principalmente no que concerne a sua vinculação ao conceito inexato da periculosidade.

Em razão da ignorância da sociedade quanto à saúde mental e as doenças psiquiátricas, muitas vezes as pessoas em sofrimento psíquico em conflito com a lei são marginalizadas e esquecidas, além de não terem acesso ao tratamento de saúde, o que é o principal objetivo da medida de segurança.

Dessa forma, violam-se diversas disposições de tratados internacionais assinados pelo país, além de transgredir os direitos assegurados pela própria Constituição Federal de 1988.

A Lei nº 10.216 de 2001 veio para tentar assegurar direitos mínimos para pessoas em sofrimento psíquico, proibindo instituições de características asilares. No entanto, nota-se que, apesar da lei e do fechamento dos manicômios, as instituições dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico se protraíram no tempo, de forma que mais de 20 anos após a promulgação desta lei, ainda existem manicômios judiciários.

Embora seja necessária a implementação efetiva da Política Antimanicomial, fechando as instituições psiquiátricas de caráter asilar e extinguindo as contradições fáticas entre o que é prometido na lei e o que é concretizado; observa-se que ainda não há estrutura suficiente para receber as pessoas com sofrimento psíquico em conflito com a lei.

Conseqüentemente, compreende-se que, em razão do prazo iminente para o fechamento completo dessas instituições, 28 de agosto de 2024, é imprudente liberar

essas pessoas na sociedade sem amparo social, acesso a tratamento de saúde e planejamento através de Projeto Terapêutico Singular. Isso não decorre da ausência de políticas públicas e direcionamento do Poder Judiciário, uma vez que a Lei 10.216 de 2001 e a Resolução n° 487 do CNJ são bons exemplos disso; mas da escassez de profissionais qualificados, de recursos estruturais da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Verifica-se, então que, mesmo após mais de 20 anos da determinação do fechamento das instituições com características asilares, estas permanecem no âmbito penal. Assim, observa-se que mesmo com uma nova prorrogação do prazo para fechamento dessas instituições, há o risco de ainda não haver a estrutura idealizada pelas leis que buscam implementar a Política Antimanicomial.

Outrossim, nota-se que tanto a Lei 10.216 de 2001, quanto a Resolução n° 487 do CNJ, colocam como objetivo principal o tratamento da pessoa em sofrimento psíquico em conflito com a lei. No entanto, os sofrimentos psíquicos são tratados por essas legislações de forma geral, ignorando as particularidades que determinadas doenças psíquicas possuem. Por exemplo, há determinados sofrimentos psíquicos que são crônicos, ou seja, não possuem cura, como o Transtorno de Personalidade Antissocial (HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN, [2010-?]). Dessa forma, o tratamento e ressocialização de pessoas com essa condição são mais complexas, de forma que não se vê na política antimanicomial uma solução para esses casos.

Em relação à Pernambuco, com base no relatório de vistoria do Departamento de Fiscalização do CREMEPE em relação à visita ao Centro de Saúde Penitenciário, vê-se que, apesar da presença de esforços para a implementação da política antimanicomial, ainda não há preparo suficiente para o recebimento das pessoas com sofrimento psíquico em conflito com a lei.

Dessa forma, pode se afirmar que a implementação da Política Antimanicomial é urgente e deve ser feita. No entanto, a implementação da política antimanicomial vem sendo prorrogada desde 2001 e, mesmo com a Resolução n° 487 de 2023 definindo e prorrogando o prazo para a implementação completa da Política Antimanicomial, a estrutura necessária para sua efetivação está longe de ser alcançada.

Sendo assim, ao invés de fechar os hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico, pode ser mais viável mantê-los e adequá-los conforme a Lei da Reforma Psiquiátrica de 2001. Conseqüentemente, aproveitar-se-ia a estrutura física desses estabelecimentos, mas vincularia a sua direção ao sistema de saúde, por exemplo. Além disso, deve haver a qualificação dos profissionais que atuam nessa área, além de incentivos para a formação de novos profissionais.

Assim, há a possibilidade de efetivação dos direitos das pessoas em sofrimento psíquico em conflito com a lei, garantindo a segurança dessas pessoas e da sociedade como um todo.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDREUCCI, R. **Manual de direito penal**. 16ª Edição. São Paulo-SP.. Editora Saraiva. 2024. *E-book*. ISBN 9788553620142. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788553620142/>. Acesso em: 18.06.2024.

AMARANTE, P. coord. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2nd ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1998.

ARBEX, D; **Holocausto Brasileiro. Vida, Genocídio e 60 mil mortes no maior Hospício do Brasil**. São Paulo-SP. Geração Editorial. 2013.

BRANCO, G. **O caso Damião Ximenes Lopes e o direito humano à Saúde Mental**. Publicado em: 27 de fevereiro de 2023, DESINSTITUTE. Disponível em: <https://desinstitute.org.br/noticias/o-caso-damiao-ximenes-lobes-e-o-direito-humano-a-saude-mental/>. Acesso em: 22.03.2024

BRASIL. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº. 2.057/2013**. 2017. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2013/2057>. Acesso em: 01.06.2024.

\_\_\_\_\_. CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Resolução nº 487 de 15 de fevereiro de 2023**. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/4960>. Acesso em: 05.02.2024.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de Dezembro de 2011**. 2011. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html). Acesso em: 01.05.2024.

\_\_\_\_\_. Superior Tribunal de Justiça. **Informativo n. 662**. 2020. Eresp 998.128-MG. Disponível em: <https://processo.stj.jus.br/SCON/IndexPdf?username=j0Z79hu9fyxMrfSfVDpypJGkahSjCveRbVPjYnjQ&thesaurus=JURIDICO&p=true&o=tmt&b=INFJ&livre=%40cnot%3D%22017402%22&critérioDePesquisa=%28%220662%22.COD.%29>. Acesso em: 03.05.2024.

\_\_\_\_\_. Supremo Tribunal Federal. **Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 7.454/DF**. 2023. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=6740815>. Acesso em: 03.06.2024.

\_\_\_\_\_. Supremo Tribunal Federal. **Súmula 527**. 2015. Disponível em: <https://scon.stj.jus.br/SCON/sumstj/toc.jsp?sumula=527>. Acesso em: 05.04.2024.

\_\_\_\_\_. **Constituição da República Federativa do Brasil**. 1988. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm). Acesso em 01.05.2024.

\_\_\_\_\_. Decreto-Lei nº 2.848 de 7 de dezembro de 1940. **Código Penal**. 1940. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/del2848compilado.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm). Acesso em 01.04.2024.

\_\_\_\_\_. Decreto-Lei nº 3.689 de 3 de outubro de 1941. **Código de Processo Penal**. 1941. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/del3689.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del3689.htm). Acesso em: 06.03.2024.

\_\_\_\_\_. Lei nº 10.216 de 6 de abril de 2001. **Lei da Reforma Psiquiátrica**. 2001. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/l10216.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm). Acesso em: 01.05.2024.

\_\_\_\_\_. Lei nº 7.210 de 11 de julho. **Lei de Execução Penal**. 1984. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l7210.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7210.htm). Acesso em: 05.04.2024.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990**. 1990. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm). Acesso em: 01.05.2024

BRITO, A. C. de. **Execução penal**. 8ª Edição. São Paulo-SP. Editora Saraiva. 2023. *E-book*. ISBN 9786553624573. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786553624573/>. Acesso em: 16.05.2024.

CAETANO, H.; TEDESCO, S. **Loucura e direito penal: pistas para a extinção dos manicômios judiciais**. Saúde Debate. Rio de Janeiro-RJ. v. 45. n. 128, p. 191-202; 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/LxBKzNq8wvSwmfSjdb6rq5G/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 04.05.2024

CAPEZ, F. **Curso de direito penal: parte geral: arts. 1º a 120**. 28ª edição. São Paulo-SP. Editora Saraiva. 2024. *E-book*. ISBN 9788553622696. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788553622696/>. Acesso em: 03.05.2024.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Política antimanicomial: estados e municípios terão mais prazo para implementação**. Agência CNJ de Notícias. 2024. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/politica-antimanicomial-estados-e-municipios-terao-mais-prazo-para-implementacao/>. Acesso em: 07.04.2024.

CORTE INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS (CIDH). **Caso Ximenes Lopes versus Brasil**. Sentença. 2006. Disponível em: [https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec\\_149\\_por.pdf](https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_149_por.pdf). Acesso em: 22.03.2024.

ESTEFAM, A.; GONCALVES, V. E. R. **Direito Penal: Parte Geral. (Coleção Esquematizado®)**. Editora Saraiva, 2023. *E-book*. ISBN 9786553627208. Disponível

em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786553627208/>. Acesso em: 22.03.2024.

FURTADO, I. T. **A Resolução nº 487 do Conselho Nacional de Justiça e a situação das pessoas em condição asilar no Complexo Médico Penal de Pinhais (PR)**. IUS GENTIUM, [S. l.], v. 14, n. 2, p. 92–112, 2023. Disponível em: <https://revistasuninter.com/iusgentium/index.php/iusgentium/article/view/721>. Acesso em: 02.05.2024.

GRECO, R. **Direito Penal Estruturado**. Rio de Janeiro-RJ. Editora Forense. Grupo GEN. 2023. *E-book*. ISBN 9786559647651; Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786559647651/>. Acesso em: 01.02.2024.

HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN; **Transtorno de Personalidade Antissocial**. Guia de Doenças e Sintomas. [2010-?]. Disponível em: <https://www.einstein.br/doencas-sintomas/transtorno-de-personalidade-antissocial>. Acesso em 27.06.2024.

LEBRE, M. **Medidas de segurança e periculosidade criminal: medo de quem?**. Responsabilidades. Belo Horizonte/MG, v. 2, n. 2. 2013. p. 273-282. Disponível em: [https://app.uff.br/slab/uploads/Medidas\\_de\\_seguran%C3%A7a\\_e\\_periculosidade\\_criminal\\_medo\\_de\\_quem.pdf](https://app.uff.br/slab/uploads/Medidas_de_seguran%C3%A7a_e_periculosidade_criminal_medo_de_quem.pdf). Acesso em: 05.04.2024.

LIMA, R. B. de. **Manual de Execução Penal**. São Paulo-SP. Editora JusPodivm. 2022. Volume único.

LUCHMANN, L. H. H. e RODIRGUES, J. **O movimento antimanicomial no Brasil**. Revista Ciência e Saúde Coletiva. Edição 12, v. 2, p. 399-407. 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/tx6gNG9GDzdh8wLcj3DW9px/>. Acesso em: 01.03.2024

MENDONÇA, S.; CONTE, C. P.; SACCHETIN, B. F. **Medida de segurança no Direito Penal brasileiro: estudo sobre violência e (in)eficácia dos hospitais de custódia**. Espaço Jurídico Journal of law (EJL). Editora Unoesc. Joaçaba-SC, v.. 22, n. 1, p. 181-208. 2021; Disponível em: <https://doi.org/10.18593/ejil.20422>. Acesso em 01.04.2024.

MINAS GERAIS. UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO. **História da reforma psiquiátrica e Políticas públicas de saúde mental**. Saúde Mental. 2024. Disponível em: <https://saudemental.ufop.br/reforma-psi-quiatrica-e-politicas-publicas>. Acesso em: 01.05.2024.

NASCIMENTO, M. S. e SILVA, M. B. B e. **Desinstitucionalização em debate: uma etnografia em eventos de saúde mental**. Revista Saúde Debate. v. 44, n. especial 3. p. 33-44. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sdeb/2020.v44nspe3/33-44/pt>. Acesso em: 01.06.2024.

NUCCI, G. de S. **Manual de Direito Penal**. Rio de Janeiro-RJ. Editora Forense. Grupo GEN. 2024. *E-book*. ISBN 9786559649303. Disponível em:

<https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786559649303/>. Acesso em: 03.05.2024.

OLIVEIRA, A. S.; OLIVEIRA, H. N. de; BARRROS, H. L. de; DIAS, F. M. V. **Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico no sistema prisional: a morte social decretada?**. Ciênc. Saúde Colet. (Impr.). v., 27, n.12. p.4553-4558, Dec. 2022; Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/kyWZSZ8ytjv4xJTgCnJDRLn/?lang=pt>. Acesso em: 30.11.2023.

PEREIRA, B. M.; MATTOS, M. P.; GOMES, D. R. **Saúde mental na atenção básica: Metassíntese da produção do cuidado no território brasileiro**; Revista Baiana de Saúde Pública. v. 47, n. 2, p. 199-229. 2023. Disponível em: <https://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/3917/3231>. Acesso em: 04.05.2024.

PERNAMBUCO. Conselho Estadual de Saúde de Pernambuco. **Resolução nº 747 de julho de 2018**. Disponível em: [https://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/livreto\\_politica\\_sm\\_fin\\_al.pdf](https://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/livreto_politica_sm_fin_al.pdf). Acesso em: 01.06.2024.

\_\_\_\_\_. CREMEPE. **Relatório de Vistoria 149/2021/PE**. Departamento de Fiscalização do Conselho Regional de Medicina do Estado de Pernambuco. 2021. Disponível em: [https://www.cremepe.org.br/wp-content/uploads/2021/07/Fisc.Centro.Saude\\_Penitenciaria.Abreu-e-Lima.05.07.21.pdf](https://www.cremepe.org.br/wp-content/uploads/2021/07/Fisc.Centro.Saude_Penitenciaria.Abreu-e-Lima.05.07.21.pdf). Acesso em: 01.06.2024.

\_\_\_\_\_. Lei nº 15. 755 de 4 de abril de 2016. **Código Penitenciário do Estado de Pernambuco**. 2016. Disponível em: <https://legis.alepe.pe.gov.br/texto.aspx?tiponorma=1&numero=15755&complemento=0&ano=2016&tipo=&url=>. Acesso em: 01.06.2024.

\_\_\_\_\_. Poder Judiciário. **PAT-PE: Programa Integrado de Atenção à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei no Estado de Pernambuco**. Recife-PE. 2023. Disponível em: [https://portal.tjpe.jus.br/documents/1252286/3277520/CARTILHA\\_PAT\\_PE.pdf/5f2c64ee-aadf-1dc6-f620-c3bec18c20e5](https://portal.tjpe.jus.br/documents/1252286/3277520/CARTILHA_PAT_PE.pdf/5f2c64ee-aadf-1dc6-f620-c3bec18c20e5). Acesso em: 01.04.2024.

\_\_\_\_\_. Secretaria Estadual de Saúde. **Hospital Psiquiátrico Ulysses Pernambucano**. 2023. Disponível em: <https://portal.saude.pe.gov.br/unidades-de-saude-e-servicos/secretaria-executiva-de-atencao-saude/hospital-psi-quiatrico-ulysses>. Acesso em: 01.06.2024.

\_\_\_\_\_. Secretaria Estadual de Saúde. **Resolução CIB/PE nº 5.305 de 09 de junho de 2020**. 2020. Disponível em: [https://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/resol\\_5305\\_hospital\\_de\\_custodia\\_e\\_tratamento\\_psi-quiatrico\\_de\\_pernambuco\\_hctp\\_-\\_raps.pdf](https://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/resol_5305_hospital_de_custodia_e_tratamento_psi-quiatrico_de_pernambuco_hctp_-_raps.pdf). Acesso em: 01.06.2024.

PRADO, A. M.; SCHINDLER, D. **A medida de segurança na contramão da Lei de Reforma Psiquiátrica: sobre a dificuldade de garantia do direito à liberdade a**

**pacientes judiciários.** Revista Direito GV. São Paulo, v. 13, n. 2, p. 628-652, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rdgv/a/KGgqPYqS3hJqswcJK6PgzvD/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20.05.2024.

SILVA, A. G. da; TELLES, L. E. de B.; ALEXANDRE, M. F. de França; RIGONATTI, L. F.; TEODORO, M. D. A.; DOURADO JÚNIOR, J. B.; VALENÇA, A. M. **O futuro dos pacientes de transtornos mentais em conflito com a lei após a publicação da Resolução 487/23 pelo Conselho Nacional de Justiça.** Debates em Psiquiatria, Rio de Janeiro, v. 14, p. 1–8, 2024. DOI: 10.25118/2763-9037.2024.v14.1180. Disponível em: <https://revistardp.org.br/revista/article/view/1180>. Acesso em: 05.04.2024.