



PUC

DEPARTAMENTO DE DIREITO

**MANICÔMIOS JUDICIÁRIOS: IMPACTOS DA
LUTA ANTIMANICOMIAL NAS MEDIDAS DE
SEGURANÇA**

Por

LARA MONTEIRO BORGES

ORIENTADORA: VICTÓRIA SULOCKI

2024.1

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO DE JANEIRO
RUA MARQUÊS DE SÃO VICENTE, 225 - CEP 22451-900

RIO DE JANEIRO - BRASIL

MANICÔMIOS JUDICIÁRIOS: IMPACTOS DA LUTA ANTIMANICOMIAL NAS MEDIDAS DE SEGURANÇA

por

LARA MONTEIRO BORGES

Monografia apresentada ao
Departamento de Direito da
Pontifícia Universidade
Católica do Rio de Janeiro
(PUC-Rio) para a obtenção do
Título de Bacharel em Direito.

Orientadora: Victória Sulocki

2024.1

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer aos meus familiares e amigos. O apoio incondicional e incentivo contínuo de vocês foram fundamentais para minha jornada acadêmica. Aos meus pais, que me apoiaram e me proporcionaram todas as oportunidades possíveis, meu mais sincero obrigada. À minha irmã, que sempre acreditou em meu potencial, sou imensamente grata. Aos meus amigos e demais familiares, que estiveram ao meu lado, oferecendo palavras de encorajamento, muito obrigada. Sem o apoio e estímulo de cada um de vocês, eu não teria chegado tão longe. Muito obrigada por estarem sempre presentes e por acreditarem em mim!

RESUMO

Este artigo examina as inadequações históricas no tratamento de pessoas com transtornos mentais no sistema penal brasileiro, enfatizando a importância da Resolução nº 487 de 2023 do Conselho Nacional de Justiça (CNJ). Historicamente, o critério da periculosidade foi utilizado de maneira inconstitucional para justificar sanções penais indefinidas, resultando em tratamentos prolongados e punitivos que violavam o princípio da dignidade humana. Os manicômios judiciais funcionaram como instituições de exclusão e isolamento, contrastando com os avanços da Reforma Psiquiátrica, que promove cuidados em meio aberto e reintegração social. O Caso Ximenes Lopes vs Brasil, julgado pela Corte Interamericana de Direitos Humanos, foi um marco importante que destacou a necessidade de proteger os direitos das pessoas com transtornos mentais. A Resolução nº 487 do CNJ foi elaborada para alinhar o sistema de justiça brasileiro às diretrizes internacionais de direitos humanos e às reformas internas promovidas pela Lei Antimanicomial. Esta resolução objetiva garantir que as pessoas com transtornos mentais recebam tratamento adequado, respeitoso e digno, evitando práticas punitivas e discriminatórias, promovendo a desconstitucionalização.

Palavras-chave: Medida de segurança; Manicômios Judiciais; Luta Antimanicomial.

SUMÁRIO

1.	Introdução.....	6
2.	Inimputabilidade e medidas de segurança.....	8
2.1.	Os inimputáveis	8
2.3.	As medidas de segurança	10
2.4.	O exame de periculosidade	12
2.5.	Aplicação das medidas de segurança	13
3.	Panorama histórico e a origem dos manicômios judiciários.....	14
3.1.	O louco infrator	14
3.2.	A origem dos manicômios	14
3.3.	Os manicômios judiciários no contexto brasileiro	17
4.	Origem da luta antimanicomial e mudanças nos paradigmas da psiquiatria tradicional.....	21
4.1.	Histórico da reforma psiquiátrica	21
4.2.	A Desinstitucionalização dos Serviços de Saúde Mental	22
4.3.	O movimento antimanicomial brasileiro	23
5.	O advento da Lei antimanicomial.....	27
5.1.	Impactos da Lei nº 10.216 de 2001	27
5.2.	A luta antimanicomial após a Lei nº 10.216 de 2001	29
5.3.	As medidas de segurança após a promulgação do estatuto da pessoa com deficiência	31
6.	O caso Ximenes Lopes versus Brasil: um marco na luta antimanicomial.....	34
6.1.	O Caso Ximenes Lopes e as violações de direitos das pessoas com transtornos mentais em instituições asilares	34
6.2.	Impactos no panorama internacional	36
7.	Conjuntura atual: Resolução 487/23 CNJ.....	41
7.1.	A resolução nº 487 de 2023 e a reafirmação da Lei antimanicomial	41
7.2.	Críticas à Resolução do CNJ	46
8.	Considerações finais.....	50
9.	Referências bibliográficas.....	53

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ART.	Artigo
CNJ	Conselho Nacional de Justiça
CF	Constituição Federal
CP	Código penal
HCTP	Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico
LEP	Lei de Execução Penal
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SUS	Sistema único de Saúde
PTS	Projetos Terapêuticos Singulares
CIDH	Comissão Interamericana de Direitos Humanos
IDH	Interamericana de Direitos Humanos
LBHM	Liga Brasileira de Higiene Mental

1. Introdução

O ordenamento jurídico brasileiro traz a previsão das medidas de segurança, formas de tratamento compulsório para pessoas que cometeram uma conduta típica ilícita, mas que não podem sofrer a pena cabível, por serem entendidos como inimputáveis. Dessa maneira, há duas medidas que podem ser aplicadas, sendo estas o tratamento ambulatorial ou internação nos chamados “manicômios judiciários”.

A história dos manicômios judiciários no Brasil se inicia com o Decreto no 14.831 de 25 de maio de 1921, que aprovou o regulamento das referidas instituições. Nesse mesmo ano, o primeiro manicômio judiciário do Brasil abre as portas no Rio de Janeiro, conhecido como Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Heitor Carrilho.

Desde a sua concepção, os manicômios judiciários carregaram a relação entre crime e loucura, caracterizada por uma dupla exclusão das pessoas com transtornos mentais e autoras de crimes. Mesmo após décadas, a lógica psiquiátrica permaneceu seguindo modelos retrógrados de séculos atrás, com práticas que afirmam um tratamento legitimador de segregação. Nesse sentido, a cultura psiquiátrica no país carregou durante anos esse modelo asilar para pessoas com transtornos mentais, pautada na exclusão, gerando a perda de identidade e negação dos direitos fundamentais e da dignidade da pessoa humana.

O grande nome responsável pelo início da reforma do sistema de saúde mental foi Franco Basaglia, psiquiatra que na década de 1960 passou a perceber a problemática da psiquiatria italiana. O médico desempenhou importante papel na reforma psiquiátrica ao dedicar sua vida à luta antimanicomial. No Brasil, o movimento se iniciou a partir dos anos 70, quando foram percebidas diversas violações de direitos nessas instituições asilares, o que gerou movimentos sociais de profissionais da saúde que buscavam reformar o sistema de saúde mental no país. Com isso, em 2001 foi promulgada a Lei 10.216/2001, mostrando-se como um grande progresso para a reforma psiquiátrica no Brasil. A referida Lei busca resguardar o direito fundamental à saúde, proteger os direitos das pessoas com transtornos mentais e redirecionar o modelo assistencial de saúde mental no país.

Vale ressaltar que o dia 4 de julho de 2006 data o proferimento da sentença no Caso Ximenes Lopes versus Brasil, importante marco para a luta de proteção da saúde mental. Damião Ximenes Lopes sofreu maus tratos e foi morto enquanto estava submetido a medidas terapêuticas numa instituição médica asilar, demonstrando, mais uma vez, a violência a que os pacientes podem ser submetidos. Nesse sentido, a Corte Interamericana de Direitos Humanos condenou o Brasil a continuar desenvolvendo programas de capacitação médica, a partir dos princípios que devem reger o trato das pessoas portadoras de transtorno mental.

Assim, quase dezessete anos após a sentença da CIDH, em maio de 2023 entrou em vigência Resolução 487/23 do Conselho Nacional de Justiça, que rege sobre os procedimentos a serem adotados para que a luta antimanicomial seja, de fato, efetivada no Judiciário brasileiro. Por conseguinte, durante os últimos anos, o CNJ vem cumprindo seu papel como figura mediadora da execução das políticas públicas de saúde mental do país e buscando esforços para assimilar as diretrizes da Lei 10.216/01 e das obrigações internacionais.

Apesar de não trazer novidades, a referida Resolução do CNJ reforça a necessidade do encerramento das atividades dos chamados manicômios judiciários, de maneira que a internação seja utilizada em casos excepcionais e justificados, sendo sempre priorizado o tratamento ambulatorial. Questiona-se, todavia, a recepção dessas pessoas no sistema de saúde e a existência de locais com capacitação para o tratamento de saúde exigido.

O presente trabalho de conclusão tem como intuito, portanto, analisar a recepção das medidas a serem adotadas pelo Judiciário. Além disso, seus impactos sociais e a busca da proteção dos direitos das pessoas com transtornos mentais, a partir de uma construção histórica do crime e da loucura.

2. Inimputabilidade e medidas de segurança

2.1. Os inimputáveis

De acordo com a psicóloga Elza Ibrahim, o inimputável surge com o casamento entre o Direito e a psiquiatria quando aponta que:

Vê-se, por conseguinte, a produção de um discurso criminológico sobre a figura do louco criminoso que, desconhecida pelos juristas, passam estes a contar com a intervenção da psiquiatria para assessorá-los, resultando, assim, no profícuo casamento entre o direito e a medicina que, agora, funcionam juntos como a principal plataforma de defesa da sociedade contra essa figura estranha e obscura do louco-criminoso (Ibrahim, 2014, p. 49).

Para que uma sanção seja aplicada de acordo com o Direito Penal, é crucial que o agente que realizou a conduta possa considerar essa ação como seu centro motivacional e que essa conduta seja resultado de decisões logicamente motivadas. Isso porque a capacidade do autor do comportamento em compreender a finalidade que busca ao agir é determinante. Portanto, o agente deve ter consciência de que está agindo e que suas ações terão consequências que reverberarão na sociedade e dentro do âmbito jurídico (Rodrigues, 2022, p. 27).

É possível afirmar que quando um sujeito pratica alguma infração penal, estaremos diante de um fato típico, ilícito e culpável. Com isso, é papel dos Estados e órgãos jurisdicionais utilizarem-se do *ius puniendi*, podendo ser aplicada uma pena de acordo com a conduta praticada (Greco, 2015, p.755).

Todavia, tratando-se de pessoa considerada inimputável, com base no artigo 26 do Código Penal (Brasil, 1940), a condenação não se torna possível, uma vez que carece do requisito da culpabilidade. Assim, estaríamos diante de um fato típico e antijurídico, porém em virtude de determinada doença mental, a pessoa demonstrou-se incapaz de compreender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento. Portanto, para que possa haver responsabilização pelo injusto penal é necessário que o agente seja imputável.

Desse modo, cabe ao Direito Penal destinar uma especial atenção ao tratamento submetido a essas pessoas. Vale ressaltar a previsão do instituto da inimputabilidade, vide artigo 26 do Código Penal:

Art. 26 - É isento de pena o agente que, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento (Brasil, 1940).

A inimputabilidade, portanto, consiste na exclusão de culpabilidade daqueles indivíduos que cometeram uma conduta típica ilícita, mas que não podem sofrer a pena cabível.

Nesse mesmo sentido, o parágrafo único do art. 26 do Código Penal apresenta o semi imputável e traz a possibilidade da redução da pena, nos seguintes termos:

Art.26 Parágrafo único - A pena pode ser reduzida de um a dois terços, se o agente, em virtude de perturbação de saúde mental ou por desenvolvimento mental incompleto ou retardado não era inteiramente capaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento (Brasil, 1940).

Desse modo, diferente do caput do mesmo artigo, o ato típico e ilícito cometido também é culpável, não cabendo a absolvição, mas sim a redução da pena.

2.2. Os sistemas da inimputabilidade

Existem diferentes tipos de sistemas que caracterizam a inimputabilidade ou a culpabilidade diminuída, sendo estes sistemas baseados em critérios biológicos, psicológicos e biopsicológico.

O Sistema Biológico condiciona a responsabilidade à saúde mental, de forma que aquele autor que possui qualquer anomalia psíquica será sempre considerado inimputável. Todavia, aqui não há uma necessidade em analisar se a referida anomalia causou alguma perturbação capaz de retirar da pessoa a consciência e a vontade quando ocorreu o fato (Bittencourt, 2020, p.493).

Já o Sistema Psicológico, possui um diferente foco, é pautado na personalidade do agente, analisando a capacidade do infrator em compreender a ilicitude da ação no momento do fato, não analisando a existência ou não de perturbação mental mórbida. Com isso, o critério psicológico leva em consideração apenas o momento intelectual e volitivo, sendo esses momentos compreendidos como a da inteligência em compreender o caráter criminoso do ato e o de se determinar de acordo com esse entendimento, respectivamente (Bittencourt, 2020, p.493).

Por fim, o critério biopsicológico é uma junção entre os dois primeiros sistemas anteriormente citados. Assim, para configuração da inimputabilidade seria necessário que o infrator possuísse algum tipo de enfermidade ou retardamento mental no momento da ação, de maneira a torná-lo incapaz de compreender as aplicabilidades éticas e jurídicas do fato (Bittencourt, 2020, p.493).

Desse modo, no Direito Penal brasileiro, em regra, é adotado o sistema biopsicológico, sendo este o critério fixador para fins de inimputabilidade no ordenamento brasileiro, e o sistema biológico nos casos de infratores menores de dezoito anos, tendo como base o artigo 228 da Constituição Federal e o artigo 27 do Código Penal.

Dessa maneira, há a reunião do aspecto biológico, sendo este a doença ou distúrbio, junto com o aspecto psicológico, capacidade de entendimento e autodeterminação. Desse modo, demonstra-se que o infrator no momento do fato era incapaz de avaliar a sua ação devido às suas anormalidades psíquicas (Bittencourt, 2020, p.494).

2.3. As medidas de segurança

Como mencionado, os agentes que praticam condutas típicas e ilícitas que são portadores de doenças mentais e não são capazes de compreender a ilicitude do referido ato, não poderão ter uma pena aplicada, uma vez que não possuem discernimento para responder pelo ato praticado, sendo uma das causas de exclusão da culpabilidade. Todavia, mesmo que a ação do agente careça de culpabilidade, ao inimputável que praticou uma infração penal deverá ser aplicada medida de segurança, cuja imposição deverá proporcionar tratamento adequado, o tornando apto a voltar à sociedade sem que pratique condutas ilícitas novamente.

A medida de segurança possui uma natureza preventiva especial, uma vez que, além de tratar o paciente em razão de sua enfermidade, é esperado por parte do Estado e da sociedade que ele não retorne a delinquir e não pratique mais nenhum fato típico e ilícito. O tratamento em que o agente será submetido pode ocorrer de duas formas, nos moldes do artigo 96 e 97 do Código Penal, sendo estas a internação em hospital psiquiátrico e tratamento ambulatorial (Greco, 2015, p.755-756).

Nesse mesmo sentido, é possível classificar as duas hipóteses de imposição de medidas de segurança como detentivas, no que diz respeito a internação em psiquiatria e estabelecimento hospitalar ou restritivas, quanto ao tratamento ambulatorial. (Greco, 2015, p.755)

Na internação ocorre a privação da liberdade em hospital de custódia, popularmente chamados de manicômios judiciários, é a primeira hipótese de medida de segurança. Nesse sentido, segundo Cezar Bittencourt (2020, p.956), os agentes que são submetidos a essa medida possuem a necessidade de um especial tratamento curativo, sendo estes inimputáveis ou semi imputáveis.

O tratamento ambulatorial consiste em uma espécie de medida de segurança, no qual o paciente é submetido a cuidados médicos, sem que haja uma internação. Assim, o agente se compromete a comparecer periodicamente nos hospitais de custódia e, na ausência desses, em locais de dependência médica adequada, conforme o artigo 101 da Lei de Execução Penal (Lei nº 7.210 de 1984) para que participe de consultas com uma equipe multidisciplinar. A possibilidade dessa medida se sujeita aos crimes puníveis com detenção, embora não seja o único critério, mostra-se também necessária uma análise das condições pessoais do agente (Brasil, 1984).

A divergência entre pena e medidas de segurança apresenta-se no fator culpabilidade, já que este é um pressuposto para a aplicação da pena. Por outro lado, nas medidas de segurança o pressuposto é a periculosidade daquele agente, ou seja, na probabilidade de que ele voltará a cometer delitos (Greco, 2015, p.753-754).

Além disso, a medida de segurança difere-se também da pena também quanto ao seu fundamento, enquanto a pena possui um caráter retributivo e preventivo, as medidas de segurança, como mencionado anteriormente, possuem um caráter preventivo especial (Bittencourt, 2020, p.955).

2.4. O exame de periculosidade

Tendo em vista que a medida de segurança possui um cunho preventivo especial, cuja finalidade está ligada também ao tratamento do agente enfermo, sua finalidade preventiva baseia-se na periculosidade do agente.

A periculosidade é requisito indispensável para imposição das medidas de segurança. Com base na doutrina de Cezar Bittencourt:

Periculosidade pode ser definida como um estado subjetivo mais ou menos duradouro de antissociabilidade. É um juízo de probabilidade - tendo por base a conduta antissocial e a anomalia psíquica do agente de que este voltará a delinquir. O Código Penal prevê dois tipos de periculosidade: 1) periculosidade presumida - quando o sujeito for inimputável, nos termos do art. 26, caput; 2) periculosidade real - também dita judicial ou reconhecida pelo juiz, quando se tratar de agente semi-imputável (Bittencourt, 2020, p 956).

Diante do sistema biopsicológico adotado no Brasil, o exame pericial para análise da inimputabilidade do agente possui suma relevância, uma vez que apenas com a cessação da periculosidade do agente deixará de vigorar cada uma das espécies de medidas de segurança, posto que tanto a internação quanto o tratamento ambulatorial possuem prazo indeterminado, conforme o artigo 97 CP (Greco, 2015, p.757-758)

Dessa maneira, a cessação de periculosidade irá ocorrer conforme perícia médica que deverá ser verificada dentro de um prazo mínimo estipulado por lei, sendo este de 1 (um) a 3(três) anos. Assim, após esse marco, a realização do exame será anual. Entretanto, é possível que o juiz da execução, de ofício, determine pela repetição do exame de periculosidade a qualquer tempo, respeitando o prazo mínimo estipulado (Greco, 2015, p.757-758).

Portanto, com o caráter preventivo e fundada na periculosidade do agente, as medidas de segurança são aplicadas pelos juízes de direito na sentença por um tempo que não é determinado aos não imputáveis, com a finalidade de barrar a possibilidade de repetir tais condutas reprovadas perante a lei.

2.5. Aplicação das medidas de segurança

A medida de segurança poderá começar a ser aplicada assim que transitada em julgada a sentença que a determinou, sendo imprescindível a guia expedida de internação ou de tratamento ambulatorio, vide artigo 17 e seguintes da Lei de Execução Penal.

O agente inimputável que for submetido a internação e unidade psiquiátrica ou estabelecimento hospitalar poderá ter a internação, prevista no artigo 26 do Código Penal, substituída pelo tratamento ambulatorial, desde que o fato previsto como crime for punível com detenção, nos termos do artigo 97 do Código Penal. Entretanto, o parágrafo quarto deste mesmo artigo pressupõe a possibilidade de que o juiz possa, a qualquer momento, determinar a internação do agente, desde que se mostre necessário para fins curativos (Greco, 2015, p.448).

No que se diz respeito aos semi imputáveis, vale mencionar que a partir do artigo 26, parágrafo único, concomitantemente com o artigo 98 do Código Penal, é prevista a redução da pena para os atos típicos ilícitos e culpáveis, com a alternativa de substituir a pena privativa de liberdade pela medida de segurança, sendo ela a internação ou o tratamento ambulatorial, tendo como prazo mínimo 1 (um) a 3 (três) anos. Nota-se que devem ser aplicadas uma medida alternativa em relação a outra e, jamais, sujeição a ambas. Assim, em regra, será imposta a pena e, caso haja necessidade de especial tratamento curativo analisado pelo juiz, poderá ser determinada a medida de segurança (Freitas, 2014).

Por fim, no que se refere ao prazo médio de duração da medida de segurança, este seria até a cessação de periculosidade, que ocorre por meio da perícia médica. Todavia, tendo em vista o princípio constitucional de vedação à prisão perpétua (art. 5º, XLVII, b, CF), poderíamos afirmar que essa previsão legal de indeterminação do tempo da medida de segurança não foi recepcionada pela CF. Portanto, devemos limitar esse tempo ao tempo permitido ao infrator de privação de liberdade, conforme estipulado jurisprudencialmente. A medida de segurança precisa, portanto, estar dentro do limite máximo das penas estipulado no artigo 75 do Código Penal. Atualmente, esse tempo é de 40 anos, mudança feita por intermédio do Pacote Anticrime de 2019 (Bittencourt, 2020, p. 959).

3. Panorama histórico e a origem dos manicômios judiciários

3.1. O louco infrator

A definição de loucura é uma questão complexa, sujeita a variações de acordo com a cultura e o período histórico. As concepções sobre quem ou o que é considerado louco têm evoluído ao longo do tempo, resultando em uma diversidade de interpretações e análises. Mesmo diante de várias reflexões e estudos históricos, a loucura permanece algo elusivo, uma construção social que transcende fronteiras (Júnior & Medeiros, 2010).

A loucura criminosa apresenta um dilema: se é difícil de ser curada e, juridicamente, não pode ser punida da mesma forma que os crimes comuns, então indivíduos como os loucos morais, anômalos morais, degenerados, criminosos natos e personalidades psicopáticas acabam em uma situação ambígua que exige uma justificativa diferente para a restrição de sua liberdade (Jacobina, 2008, p.46-47). Nesse contexto, a psiquiatria se posiciona como a autoridade que entende essa zona cinzenta, e o conceito de periculosidade emerge como a justificativa ideal para a defesa social (Carrara, 2010).

A periculosidade é considerada uma resposta no contexto da defesa social: embora o louco criminoso não possa ser punido da mesma forma que outros criminosos, ele é visto como uma ameaça à sociedade e, portanto, deve ter sua liberdade limitada. Esse conceito é central na discussão atual sobre as medidas de segurança e o alojamento desses loucos infratores nas instituições asilares, conhecidas como manicômios judiciários.

3.2. A origem dos manicômios

A palavra "manicômio" tem sua origem do grego: "manía" traduzindo-se como loucura e "komêin" que quer dizer tratar. Dessa maneira, mesmo que em sua etimologia, a palavra manicômio induz ao entendimento de que se trata de um lugar de cuidado para as pessoas com algum tipo de sofrimento mental, o histórico dessas

instituições demonstraram-se, muitas vezes, como um lugar segregação e de violência. (Correia, 2009)

A partir do século XVII, a loucura, ao ser dissociada da razão, passou a ser confinada nos hospitais, ou seja, nos asilos. No entanto, inicialmente, não era a loucura o principal motivo das internações (e os hospitais psiquiátricos não eram seus espaços dedicados), mas sim uma variedade de outras categorias que, com o tempo, se aproximaram da noção de loucura e foram assimiladas por ela.

Conforme observado por Foucault (2010, p. 53-59), as medidas de internamento não se restringiam aos considerados loucos. Na segunda metade do século XVII, uma ampla gama de pessoas foi excluída e confinada para além de uma linha divisória, sendo reclusa nos asilos que, posteriormente, se tornariam os espaços fechados para a loucura: indivíduos com doenças, mendigos, libertinos e devassos.

Com isso, ao longo dos séculos, diversas sociedades encontraram diferentes soluções e abordagens para lidar com as pessoas consideradas loucas, muitas das quais envolviam abusos e exclusão social. A compreensão da loucura tem suas origens nas complexidades culturais, refletindo-se na variedade de comportamentos desviantes e nas explicações históricas fornecidas em cada contexto.

Assim, segundo Amarante:

Durante a época clássica, o hospício tem uma função eminentemente de 'hospedaria'. Os hospitais gerais e Santas Casas de Misericórdia representam um espaço de recolhimento de toda ordem de marginais: leprosos, prostitutas, ladrões, loucos, vagabundos, todos aqueles que simbolizam ameaça à lei e à ordem social. O enclausuramento não possui, durante esse período, uma conotação de medicalização, uma natureza patológica. O olhar sobre a loucura não é, portanto, diferenciador das outras categorias marginais, mas o critério que marca exclusão destas está referido à figura da desrazão (1998, p. 26).

No século XVIII, a partir de uma importante figura da psiquiatria, Philippe Pinel, as instituições asilares passaram a ser substituídas por um lugar exclusivamente para aqueles que eram considerados loucos. Com isso, por meio das experiências em tratamento nos hospitais La Bicêtre e Salpêtrière, que o médico francês Pinel desenvolveu a concepção dos manicômios (Lopes, 2001).

Se a idade clássica criou os pressupostos para a concepção hodierna de loucura, foi Pinel quem transformou a loucura em um assunto estritamente médico, por um lado, e seu tratamento em um assunto basicamente moral, por outro. O método pineliano de tratamento da loucura consistia em reforçar a autoridade moral do médico, retratado como um pedagogo firme, porém justo, que reorientaria a razão extraviada do paciente. Essas técnicas deveriam ser aplicadas "num ambiente controlado, longe das paixões corrompedoras e artificiais engendradas pela civilização onde os sprits aliénés retornariam ao seu estado natural Há, portanto, uma certa relação entre loucura e moral - uma vez que o tratamento moral preconizado consistia exatamente em usar do rigor científico e da insuspeição moral do médico para convencer o louco a voltar à sanidade mental. (Jacobina, 2008, p. 47).

A partir do método de Pinel, os considerados 'loucos' seriam tratados no sistema de isolamento. Os hospitais psiquiátricos passaram a serem vistos como um meio para tratar a loucura e, a partir da exclusão, constituiu-se um lugar para os 'loucos'. Assim, Pinel deu início a esse lugar conhecido como manicômio, a partir da fundação da Medicina Mental ou Psiquiatria (Correia, 2009)

O método de Pinel baseava-se na reeducação do paciente, de maneira que o isolamento era um alicerce necessário e eficaz para que esse indivíduo fosse retirado daquele meio considerado confuso com a finalidade de o inserir em uma instituição disciplinar pautada em regras, caracterizando uma função disciplinadora dos manicômios (Correia, 2009).

Pinel postula o isolamento como fundamental a fim de executar regulamentos de polícia interna e observar a sucessão de sintomas para descrevê-los. Organizando desta forma espaço asilar, a divisão objetiva a loucura e dá-lhe unidade, desmascarando-a ao avaliar suas dimensões médicas exatas, libertando as vítimas e denunciando suspeitos (Amarante, 1998, p. 28).

Portanto, conclui-se que o confinamento dos 'loucos' passa a ocorrer nesses asilos, separado dos demais considerados 'indesejáveis'. Assim, a partir do século XVIII, as pessoas com problemas relacionados à saúde mental não estariam mais sob o tratamento de hospitais gerais, mas sim dos manicômios. O louco passa a ser identificado como doente mental e o asilo, o espaço institucional sob o qual o mesmo realizaria sua internação. Nesse sentido, esses locais de internação tornaram-se ambientes restritos ao 'louco', nos quais não tinham um objetivo

evidente em tratá-los, mas mantendo-os sob um manto de exclusão (Ibrahim, 2014, p.37-39).

Portanto, a prática de excluir os indivíduos considerados loucos em asilos e hospícios surgiu com a concepção de que a loucura era uma doença tratável, especialmente a partir do século XVIII (Lopes, 2001).

Com o passar dos anos, o método desenvolvido por Pinel passou a ser deturpado e o tratamento moral por ele idealizado foi distorcido, de maneira que durante o século XIX as formas de tratamento aos portadores de doenças mentais passaram a se demonstrar violentos e invasivos, como a utilização de medidas físicas como banhos frios e chicotadas (Lopes, 2001).

Nesse sentido, a psiquiatria emergiu como a disciplina capaz de diagnosticar e tratar os distúrbios mentais, assumindo a autoridade sobre os alienados, que passaram a ser confinados em hospitais e instituições psiquiátricas. Isso resultou na proliferação de manicômios, vistos como uma forma de proteção da sociedade contra os desviantes (Ibrahim, 2014, p.38-39).

3.3. Os manicômios judiciários no contexto brasileiro

Em primeiro lugar, vale destacar que os manicômios judiciários podem ser compreendidos como hospitais que, a partir de um sistema de reclusão e sob o regime fechado, custodia os inimputáveis que cometeram atos ilícitos perante o Código Penal brasileiro (Ibrahim, 2014, p.50).

Com grande influência da psiquiatria francesa de Pinel, os manicômios passaram a ser implementados no Brasil a partir do século XIX. Assim, foi inaugurado o primeiro manicômio em solo brasileiro, o Asilo Pedro II, no Rio de Janeiro. Com isso, no dia 30 de novembro de 1852, o Imperador D. Pedro II esteve presente à benção do edifício e, alguns dias depois, foi inaugurado. Os internados nesses manicômios eram caracterizados por um grupo de pessoas marginalizadas e vulneráveis, que muitas vezes se encontravam em posição de abandono (Valadares, [s.d.]).

Contudo, muitas dessas pessoas que eram colocadas nas condições de asilo ao menos possuíam algum tipo de sofrimento mental, sendo apenas consideradas à margem da sociedade. Posto isto, no ano de 1856, foram emitidos relatórios do

Hospício Pedro II, acusando o estado de superlotação ocasionada por essa entrada indiscriminada de pacientes na instituição (CCMS, [s.d.]).

Outro importante marco no histórico desse manicômio ocorreu em 1890, ano no qual o Hospício de Pedro II mudou o nome para Hospício Nacional de Alienados e foi desanexado da Santa Casa da Misericórdia. Assim, alguns anos após, em 1903, ocorreu a criação da Lei de Assistência aos Alienados, primeira vez que o ordenamento brasileiro passou a reagir sobre saúde mental e os considerados ‘alienados’, por meio do Decreto nº 1.132 de 22 de dezembro de 1903 (CCMS, [s.d.]

Com isso, esse Decreto que visava reorganizar o sistema de assistência aos alienados dispunha em seu primeiro artigo 1º acerca da exclusão desses indivíduos nas instituições asilares “O indivíduo que, por moléstia mental, congênita ou adquirida, comprometer a ordem pública ou a segurança das pessoas, será recolhido a um estabelecimento de alienados” (Brasil, 1903).

Nesse mesmo sentido, com o passar do tempo, diversas legislações e demais regulamentações no ordenamento passaram a dispor dos saberes psiquiátricos na época, de forma que a união entre juízes e médicos determinavam cada vez mais a separação nesses ambientes segregadores. A título de exemplo, o referido decreto de 1903, que passou a regulamentar a reforma dos hospícios.

O Decreto, inclusive, incluiu a possibilidade de espaços especiais para os condenados de prisões federais que apresentavam algum tipo de sofrimento mental, conjuntamente com aqueles ‘delinquentes’ que apresentavam algum tipo de ameaça à segurança social e que tivessem uma internação compulsória determinada pelo juiz (Santos, 2024).

Embora a origem dos manicômios no Brasil seja datada do século XIX, os asilos de custódia dos ‘loucos infratores’ no país iniciaram-se no ano de 1921, por meio de Decreto 14.831 de 25 de maio de 1921 que aprovou a regulamentação dos manicômios judiciários (CCMS, [s.d.]).

Desse modo, o primeiro manicômio judiciário da América Latina foi inaugurado no Rio de Janeiro. Abrindo as portas desse instituto, o Brasil inicia a experiência manicomial a partir do instituto asilar chamado Manicômio do Rio de Janeiro. (Santos, 2024)

Assim, o referido Decreto passou a definir essas instituições como:

Art. 1º - O Manicômio Judiciário é uma dependência da Assistência a Alienados no Distrito Federal, destinada a internação:

I. Dos condenados que se achando recolhidos às prisões federais, apresentam sintomas de loucura;

II. Dos acusados que pela mesma razão devam ser submetidos à observação especial ou tratamento;

III. Dos delinquentes isentos de responsabilidades por motivo de afecção mental (código penal, art. 29) quando a critério do juiz assim o exija a segurança pública (Brasil, 1921).

Criado pelo Decreto de 1921, o Manicômio do Rio de Janeiro rememora a extinta Seção dos Alienados Delinquentes do Hospício Nacional de Alienados, o primeiro hospício do Rio de Janeiro. Posteriormente, esse primeiro manicômio judiciário brasileiro passou a ser conhecido como Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Heitor Carrilho, após o falecimento do diretor da instituição. Assim, o asilo psiquiátrico passou a carregar seu nome em 1954. Tornou-se, além de um hospital para cumprimento de medidas de segurança, também um local de estudos da psiquiatria forense. (Santos, 2024)

Havia, no entanto, uma linha tênue entre loucura e aqueles indivíduos considerados indesejáveis. Assim, na busca de uma sociedade “limpa” e livre de perigos, a solução era a exclusão, pautado numa lógica higienista, buscava-se limpar tudo que fugia da racionalidade, do que era estabelecido pela loucura, pelos vícios, deficiência e pobreza, no qual aquele ser que era, de certa forma, desajustado, deveria ser ocultado. Além de uma instituição pública, nascia conjuntamente a emergência de uma nova forma de intervenção social, sob uma perspectiva mais autoritária (Jacobina, 2008, p. 66).

Vale apontar que, durante a República Velha, surgiu em 1923 a chamada Liga Brasileira de Higiene Mental. Mesmo que a Liga tivesse o intuito de melhorar a assistência psiquiátrica, os ideais da época influenciaram essa busca de um certo aperfeiçoamento, na medida em que reforçava um ideal eugenista. O forte crescimento dos centros urbanos influenciou diretamente a proliferação desse pensamento que apontava a necessidade de controle, devido à alta mortalidade e surtos de epidemias. Assim, muito além da limpeza física, buscava-se o progresso das capitais a partir do afastamento das mentes não consideradas sadias (Figueira, 2014).

Nesse contexto, a LBHM passa a atuar num processo de ocultar tudo aquilo que era considerado uma ameaça social. Dessa maneira, os indivíduos ‘degenerados’ sofriam uma forte tentativa de serem invisibilizados, uma vez que a sociedade da época fortemente influenciados pelos ideais europeus, buscava a partir de um conceito eugênico ‘normalizar’ a população, inibindo os portadores de transtorno mental (Seixas et al., 2009).

A partir de então, o século XX foi marcado pelo crescimento de instituições psiquiátricas, como por exemplo o Manicômio Judiciário de Franco da Rocha, inaugurado em 1933. Franco da Rocha foi um importante impulsionador dos manicômios judiciais no Brasil. Essa trajetória iniciou-se em São Paulo, quando começou a apontar para a sociedade paulista a importância de tratar de forma científica os loucos infratores, denunciando a forma cruel que os considerados desajustados seriam tratados na civilização (Jacobina, 2008, p.66-67).

Vale ressaltar que, com a Reforma Penal de 1984, houve diversas inovações na legislação com diversos preceitos. As mudanças provenientes dessa reforma estavam de acordo com os novos princípios que viriam a ser adotados com a nova Constituição Federal promulgada alguns anos depois, em 1988. Ocorreram alterações tanto no Código Penal Brasileiro, quanto na Lei de Execução Penal, que passaram a adotar a denominação Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) no lugar de “Manicômios Judiciais”, nos termos dos artigos 96 e 97 do CP e artigo 99 da LEP (Santos, 2014).

Com a reflexão da efetividade do método utilizado nessas referidas instituições manicomial, a partir das décadas de 1970 iniciou-se um movimento que visava questionar esse modelo asilar, entre diversos avanços, como a promulgação da Lei nº 10.216 de 2001. Assim, o chamado movimento antimanicomial deu origem a uma luta em favor de condições dignas e tratamento adequado para pessoas com transtornos mentais, em encontro com a proteção da dignidade humana, inclusive no que diz respeito aos inimputáveis sujeitos a medidas de segurança, como será exposto a seguir.

4. Origem da luta antimanicomial e mudanças nos paradigmas da psiquiatria tradicional.

4.1. Histórico da reforma psiquiátrica

No século XX, as condições precárias encontradas nos manicômios passaram a ser criticadas e denunciadas, e correntes da psiquiatria tradicional começaram a se opor ao modelo existente. É importante notar que tanto o surgimento quanto os primeiros sinais de declínio dos manicômios ocorreram de maneiras específicas e contraditórias em diferentes países, apesar de um padrão geral ser comum a todos os processos.

As críticas à eficácia dos asilos surgiram logo após a Segunda Guerra Mundial, em um contexto de reconstrução social, crescimento e fortalecimento dos movimentos civis, além de uma maior tolerância e sensibilidade em relação às diferenças e minorias. Foi nesse período que a comunidade profissional e cultural, por diversos caminhos, chegou à conclusão de que os hospitais psiquiátricos precisavam ser transformados ou abolidos (Desviat & Ribeiro, 1999, p. 27-28).

Nesse contexto, durante a década de 1960, começou-se a indagar sobre essa psiquiatria opressora de maus tratos aos considerados loucos, buscando, portanto, a reivindicação do tratamento por eles recebido. Com isso, na Itália, deu-se origem ao movimento que pretendia a abolição dos manicômios. O maior responsável pelo início da reforma e abolição dos manicômios foi Franco Basaglia, o psiquiatra foi o principal precursor do movimento da Psiquiatria Democrática da Itália (Nader, 2016).

O discurso de Franco Basaglia girava em torno da necessidade de mudar completamente o modelo psiquiátrico existente e, segundo Andre Nader:

Basaglia fazia uma breve fala...sobre o controle que a psiquiatria exercia sobre a população, em especial às classes miseráveis; e expunha o uso perverso do discurso científico dessa disciplina que, utilizando-se da instituição manicômio, fazia a gestão das massas de indesejáveis do ponto de vista econômico (na figura daqueles que não produzem), social (na figura daqueles que não seguem a ordem moral) e político (na figura daqueles que não obedecem ao regime vigente) (Nader, 2016).

A luta antimanicomial italiana, em especial a partir da Lei da Reforma Italiana, serviu como inspiração para que esse movimento crescesse cada vez mais no Brasil. Também chamada como Lei 180, o ordenamento italiano visava deter a construção de novos manicômios juntamente com a desativação dos manicômios já existentes (Júnior, 2020).

Vale dizer que tanto nos movimentos pioneiros de reforma desenvolvidos, quanto nos casos posteriores, onde os problemas de décadas de experiências anteriores são bem conhecidos, observam-se condições semelhantes de desenvolvimento: um clima social que permite ou exige a conscientização e denúncia da situação manicomial, a abertura de um processo de consenso técnico, político e social que viabiliza a formulação de objetivos alternativos, um momento de legitimidade administrativa, a presença de um grupo de técnicos qualificados e determinados a impulsionar o processo de reforma (Desviat & Ribeiro, 1999, p.28).

Os termos reforma e psiquiatria assumem uma nova perspectiva no que hoje é conhecido como reforma psiquiátrica: uma crítica ao modelo asilar que vai além de sua humanização, questionando os próprios fundamentos da psiquiatria.

De acordo com Desviat e Ribeiro (1999, p. 26), as características sociopolíticas de cada país, as especificidades do sistema de saúde e o papel atribuído ao manicômio influenciam os movimentos de reforma psiquiátrica. Dessa maneira, o tipo de sistema de saúde, sua organização e extensão de cobertura determinam o modelo de assistência à saúde adotado e, conseqüentemente, os serviços de saúde mental.

4.2. A Desinstitucionalização dos Serviços de Saúde Mental

Como demonstrado, no século XX, surgiram movimentos e experiências de reforma psiquiátrica se espalhando pelo mundo, inicialmente na Europa, com destaque para a experiência italiana. Nesse mesmo sentido, popularizou-se o termo 'desinstitucionalização' no campo da saúde mental, embora de maneira não uniforme e não sem críticas da psiquiatria convencional e de outras correntes conservadoras. No entanto, geralmente, o termo indica a superação das formas de exclusão e segregação dos indivíduos com transtornos mentais, enfatizando a busca por sua autonomia e reinserção social, não sendo limitada à desospitalização (Venturini, 2010).

Assim, a desinstitucionalização tornou-se uma categoria importante no contexto da saúde mental e é frequentemente associada ao processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil, sendo considerada um de seus princípios ou objetivos.

O conceito de desinstitucionalização abrange múltiplas definições e aplicações, variando entre diferentes autores e países, refletindo os distintos modelos de organização psiquiátrica ao redor do mundo. Esses modelos são influenciados por diversos fatores, como contextos sociais, políticos, econômicos, geográficos e históricos. No entanto, mesmo diante dessas particularidades e suas consequências específicas, algumas questões estruturais transcendem fronteiras, resultando em um intenso intercâmbio internacional entre pesquisadores do campo.

Para além das meras formalidades, legislações e procedimentos administrativos da política de saúde mental, a desinstitucionalização é uma categoria que, como princípio, transcende as estruturas estabelecidas e impulsiona o próprio processo de Reforma Psiquiátrica, questionando não apenas a existência do manicômio, mas também os conhecimentos e concepções sobre a loucura (Venturini, 2010).

O alvo a ser negado não era apenas o manicômio, mas sim todo o conjunto de dispositivos científicos, legislativos, administrativos, códigos culturais de referência e relações de poder estruturadas em torno de um conceito definido como doença. Portanto, o verdadeiro objetivo do projeto de desinstitucionalização é romper com a relação mecânica de causa e efeito na compreensão da constituição da loucura, devolvendo-lhe sua complexidade (Venturini, 2010).

4.3. O movimento antimanicomial brasileiro

No Brasil, a partir da obra “Holocausto brasileiro” de Arbex (2013, p. 26), é possível compreender a conjuntura através da história do Hospital Colônia de Barbacena, símbolo sombrio da atenção à saúde mental no país. Estima-se que entre as décadas de 1960 e 1970, aproximadamente 60 mil pessoas tenham sido admitidas nesse hospital psiquiátrico em Minas Gerais. O estabelecimento ficou infame por ser um depósito de indivíduos considerados "indesejáveis".

Ainda segundo Arbex (2013, p. 25), é plausível que muitos dos pacientes realmente sofressem de algum tipo de doença mental ou algo que dificilmente pode ser confirmado atualmente. Contudo, o tratamento oferecido dentro do hospital era

baseado principalmente em métodos coercitivos e punitivos, visando principalmente à disciplina, e podendo até resultar em morte, como era comum com a aplicação indiscriminada e intensiva de eletrochoque. Pouca ou nenhuma atenção era dada à "recuperação" ou à ressocialização dos pacientes.

As condições desumanas enfrentadas por eles lembravam um campo de concentração: os cabelos eram raspados, havia escassez de camas e banheiros, mães eram separadas de seus filhos, muitos sofriam com frio e fome, seus pertences eram confiscados e suas identidades individuais eram anuladas em nome da ordem disciplinar (Arbext, 2013, p. 25).

Os casos de abuso eram frequentemente expostos, impulsionando os movimentos sociais que questionavam o paradigma psiquiátrico predominante. No Brasil, esses movimentos se alinhavam com iniciativas internacionais, se inspirando principalmente nas reformas lideradas por Franco Basaglia na Itália.

Nesse contexto, o Brasil passou a ser influenciado por essa lógica antimanicomial, entusiasmados com os discursos reformadores da saúde mental promovidos no âmbito internacional, começou-se a enxergar uma possibilidade de ruptura com os antigos paradigmas brasileiros que envolviam um cuidado com a saúde mental extremamente precário.

Com isso, durante a década de 70, surge o movimento da Reforma Sanitária, que questiona a privatização dos serviços de saúde e, especificamente na área da saúde mental, critica os asilos e hospitais visando a humanização e a melhoria das condições dos serviços. O movimento da Reforma Psiquiátrica surge como um processo historicamente distinto, porém análogo e contextualizado com o movimento da Reforma Sanitária (Seixas et al., 2009).

A reforma psiquiátrica brasileira emerge de maneira mais concreta, sobretudo a partir do período de redemocratização no final dos anos 70. Ela se baseia não apenas na crítica pontual ao subsistema nacional de saúde mental, comum ao movimento sanitário, mas principalmente na crítica estrutural aos conhecimentos e às instituições psiquiátricas convencionais. Este movimento ocorre dentro do contexto mais amplo de mobilização política e social característico do período de redemocratização (Amarante, 1995, p. 491-494).

Em 1987, ocorre a I Conferência Nacional de Saúde Mental e, a partir disso foi marcado o fim de uma fase focada apenas na transformação do sistema de saúde, dando lugar a uma abordagem mais audaciosa, que busca dismantlar as formas

estabelecidas de lidar com a loucura no cotidiano das instituições e da sociedade, ou seja, promover a desinstitucionalização (Carrara, 2010).

Dito isto, a I Conferência Nacional de Saúde Mental culmina com uma proposta arrojada de projeto de lei que incluía a abolição dos manicômios e sua substituição por outras formas de assistência (Carrara, 2010). Assim, as denúncias de maus tratos e das condições precárias dos hospitais psiquiátricos ganham destaque nos meios de comunicação e no debate civil, profissional e político, tornando-se uma questão de ordem política.

Desse modo, diversos movimentos contando com profissionais da área da saúde e familiares de pacientes passaram a surgir, em especial o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). O movimento possuía a finalidade de questionar abusos e tratamentos utilizados em pacientes resistentes de manicômios, assim como questionar a estrutura psiquiátrica brasileira da época e buscar um novo modelo de assistência a essas pessoas com problemas relacionados à saúde mental. (Amarante, 1998, p.73)

O MTSM nasceu a partir da crise da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM). Foram feitas diversas denúncias em hospitais no Rio de Janeiro pelos maus tratos que os pacientes com transtornos mentais eram sujeitos e referentes às condições trabalhistas. Assim, ocorreram demissões e greves de trabalhadores do DINSAM, dando origem à referida crise (Amarante, 1998, p.74).

Dessa forma, em um período pós Segunda Guerra, a população civil passa a se preocupar mais com a violência praticada pelas instituições públicas, de maneira que a referida crise passou a ganhar grande espaço na mídia, espalhando-se por todo o país.

Com isso, em 1978, a partir do V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, constituiu-se o MTSM, responsável pela mobilização política em torno das práticas transformadoras de desinstitucionalização e abolição dos manicômios (Amarante, 1998, p.74).

Portanto, é possível concluir que a luta antimanicomial visava, desde seus primórdios, proteger os direitos das pessoas com transtornos mentais, a partir de uma lógica inclusiva e em encontrado com o respeito à dignidade da pessoa humana. Desse modo, com a participação e movimento de diferentes classes, o redirecionamento do modelo assistencial de saúde mental no país passou a entrar em pauta no campo forense, psiquiátrico e para a população civil.

Embora houvesse a necessidade de expandir e consolidar a reforma, foram realizados progressos notáveis em meio a conjuntura histórica, política e econômica da época. Desse modo, às reivindicações foram positivas para os indivíduos com problemas mentais, que agora são reconhecidos como sujeitos de direitos capazes de reivindicar e exercer sua cidadania.

5. O advento da Lei antimanicomial

5.1. Impactos da Lei nº 10.216 de 2001

A partir desse movimento antimanicomial, já se desprenderam diversas conquistas, entre elas a Lei nº 10.216, promulgada em 6 de abril de 2001, que é considerada um grande marco da luta.

A referida lei, também conhecida como Lei Antimanicomial, tem sua origem na aprovação do texto final do projeto de lei de Paulo Delgado, no dia 21 de janeiro de 1999. O PL 3657/1989 dispõe sobre a extinção dos manicômios e sua substituição por recursos mais adequados (Júnior, 2020).

O redirecionamento do modelo assistencial no país em substituição a lógica asilar possui forte influência da Constituição de 1988, uma vez que o PL de Paulo Delgado é apresentado em um contexto de abertura democrática e garantias fundamentais preconizadas pela recente Constituição. Desse modo, a Carta Constituição passou a proteger os direitos sociais, entre eles, o direito à saúde que deve ser assegurado a todos de forma igualitária (Júnior, 2020)

Após a promulgação da Constituição de 1988, que estabeleceu a saúde como um direito universal e uma responsabilidade do Estado, os anos 90 testemunharam uma reformulação do arcabouço normativo que rege a assistência psiquiátrica no Brasil. Nesse período, houve intensos debates no Legislativo para garantir a aprovação da Lei 10.216 em 2001.

A referida Lei Antimanicomial (Brasil, 2001) apresentou-se, através do novo ordenamento, novas diretrizes para o sistema de saúde mental até então presentes, representando novas conquistas e desafios. Nesse sentido, busca pela desconstrução do modelo manicomial, que vinha sendo questionado por anos desde o início da luta pela reforma psiquiátrica. Assim, em conjunto com a proteção ao direito fundamental da saúde, a lei prevê a substituição de maneira progressiva dos manicômios do país por outras medidas assistenciais mais inclusivas aos pacientes portadores de algum transtorno mental.

A nova política de saúde busca abandonar os modelos retrógrados promovendo uma completa rede multidisciplinar de cuidado em liberdade, visando a reinserção ao convívio social. Todavia, em casos que esses serviços terapêuticos

nas unidades de atendimento oferecidos pelo tratamento ambulatorial não se demonstrem suficientes, a internação do paciente deverá ocorrer de forma excepcional pautada no princípio constitucional da dignidade da pessoa humana (Brasil,2001)

Além disso, a medida de internação, quando excepcionalmente e justificadamente realizada, deverá ocorrer em hospitais gerais para que o agente não permaneça sendo isolado do convívio social. Assim, por meio do Sistema Único de Saúde, o tratamento terapêutico deverá ocorrer por meio de serviços médicos, psicológicos, de assistência social e ocupacionais.

Assim, vale destacar o artigo 4º, §2º, da Lei 10.216/2001 que preconiza “o tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros” (Brasil, 2001).

Quando houver internação, estas não deverão ter características asilares e, com isso, deverão respeitar os direitos da pessoa portadora de transtorno mental, a fim de garantir um tratamento mais humanizado. Nesse sentido, os referidos direitos estão em encontro com o direito constitucional de saúde e de dignidade da pessoa humana, conforme os direitos elencados no artigo 2º da Lei Antimanicomial (Brasil, 2001).

Vale dizer que, no que diz respeito aos agentes infratores portadores de doenças mentais sujeitos a internação, é imprescindível a atuação e fiscalização do Ministério Público em todo o processo (Júnior, 2020). Com isso, podemos destacar o artigo 68 da Lei de Execução Penal:

Art. 68. Incumbe, ainda, ao Ministério Público:

I - fiscalizar a regularidade formal das guias de recolhimento e de internamento;

II - requerer:

a) todas as providências necessárias ao desenvolvimento do processo executivo;

b) a instauração dos incidentes de excesso ou desvio de execução;

c) a aplicação de medida de segurança, bem como a substituição da pena por medida de segurança;

d) a revogação da medida de segurança;

e) a conversão de penas, a progressão ou regressão nos regimes e revogação da suspensão condicional da pena e do livramento condicional;

f) a internação, a desinternação e o restabelecimento da situação anterior. (Brasil, 1984)

Portanto, vale destacar que a importância da desinstitucionalização das pessoas com problemas relacionados à saúde mental que se encontravam internadas por longos períodos de permanência está na realidade segregadora que esse modelo retrógrado oferece. Assim, isolados da sociedade e sem perspectiva de reintegração à sociedade, essas instituições asilares demonstravam-se como um lugar facilitador de violações de direitos humanos.

Desse modo, mesmo com os desafios a serem enfrentados na efetivação de políticas públicas para aplicação da Lei Antimanicomial, a mesma demonstrou-se como um grande progresso no país e um marco na reforma no sistema de saúde brasileiro, conjuntamente com o aumento significativo no debate sobre saúde mental no país nas últimas décadas.

A lei visa mais do que apenas substituir o modelo centrado nos hospitais psiquiátricos, pois busca dismantlar estereótipos e preconceitos relacionados ao sofrimento mental. Ela reconhece a pessoa diagnosticada com transtorno psiquiátrico como um indivíduo igual aos demais, dotado de direitos e merecedor de cuidado que preserve sua dignidade. Com isso, não adianta simplesmente substituir os manicômios por outros tipos de serviços se estes seguirem as mesmas ideias e práticas dos anteriores.

5.2. A luta antimanicomial após a Lei nº 10.216 de 2001

A identificação de violações nos manicômios judiciários evidencia uma das falhas na proteção dos direitos das pessoas com transtornos mentais. Críticas a essas instituições, que resistem ao tempo, vêm de várias direções. Em 2011, o Ministério Público Federal (MPF) publicou o “Parecer sobre medidas de segurança e hospitais de custódia tratamento psiquiátrico sob a perspectiva da lei no 10.216/2001”, no qual recomenda a abolição dos Hospitais de Custódias e Tratamentos Psiquiátricos.

No parecer, o MPF resgata o conceito ampliado de saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS), que a considera em sua tripla dimensão, ou seja, como bem-estar físico, social e mental. Portanto, a esfera adequada de atenção às pessoas

com transtornos mentais e em conflito com a lei estaria no SUS e não nos HCTPs, por uma “questão de isonomia e dignidade humana” (Ministério Público, 2011, p.58).

A pessoa considerada inimputável deve ser acolhida e não aprisionada, o que implica, evidentemente, que a esfera apropriada para o tratamento é a saúde e não o sistema penitenciário. É paradoxal determinar que o indivíduo não é responsável por seus atos e, ao mesmo tempo, sentenciá-lo a um tratamento compulsório em uma instituição fechada, cujas acomodações são equivalentes a celas, com grades e trancas. Além disso, os pacientes usam uniformes padronizados semelhantes aos dos detentos comuns, são conduzidos pelos corredores algemados, os “cuidadores” são, na verdade, agentes penitenciários, e os procedimentos para visitas são idênticos aos das penitenciárias convencionais.

De forma similar, o Plano Nacional de Política Criminal e Penitenciária, divulgado em 2015, afirma que "a implementação da medida de segurança deve priorizar, como objetivo contínuo, a reintegração social do paciente em sua comunidade, com base nos princípios fundamentais de respeito aos direitos humanos, desinstitucionalização e superação do modelo tutelar, asilar e manicomial" (Ministério da Justiça, 2015, p. 21). Sendo assim, mostrou-se essencial:

- b) Desenvolver um plano de encerramento dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, juntamente com as alas de tratamento psiquiátrico, em colaboração com o sistema judiciário local, estabelecendo metas de curto, médio e longo prazos, sendo o prazo mais longo não excedendo quatro anos, em conformidade com o estipulado na Lei 10.216/01, na Resolução N° 5/2004 do CNPCP, na Resolução N° 4/2010 do CNPCP, na Resolução N° 113/2010 e na Portaria 26, de 31 de março de 2011, ambas do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), além da Portaria no 94/2014 do Ministério da Saúde.
- c) No plano de encerramento, reservar os hospitais de custódia como último recurso e, quando aplicável, integrá-los à Rede de Atenção à Saúde do SUS, ajustando-se aos critérios estabelecidos na Política Nacional de Saúde Mental do SUS e aos princípios de integralidade, gratuidade, equidade e participação social (Ministério da Justiça, 2015, p. 22).

Observa-se que o próprio Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária indica o encerramento dos manicômios judiciários. Contudo, desde a divulgação desse plano, não se demonstrou tanto progresso em direção à extinção definitiva dessas instituições de longa data. Apesar das numerosas críticas ao

modelo asilar de tratamento dos manicômios judiciários, estas ainda não eram suficientes para resultar no fechamento completo dessas instituições que existem há quase um século. Os relatos de violações, provenientes da academia, Ministério Público e controle social, frequentemente esbarram em obstáculos de natureza jurídica e psiquiátrica.

Apesar de iniciativas que evidenciam a realidade dos manicômios judiciários e apresentam alternativas concretas para substituir o modelo asilar, a Reforma Psiquiátrica no que se refere aos loucos-criminosos avança lentamente, e muito ainda precisa ser feito. Mesmo após a aprovação da Lei nº 10.216/2001, as instituições manicomialis ainda continuaram sendo referências técnicas e políticas na atenção aos loucos-criminosos. Isso acontece em meio a contradições, pois, apesar de resistirem ao longo de quase um século, os manicômios judiciários são alvo de críticas severas por parte de intelectuais e militantes.

5.3. As medidas de segurança após a promulgação do estatuto da pessoa com deficiência

A medida de segurança, enquanto instituição do direito penal conforme discutido anteriormente, é fundamentada na punição aplicada pelo sistema jurídico àqueles considerados inimputáveis por critérios psicológicos (Xavier, 2023, p.9).

Entretanto, este princípio foi afetado por mudanças legislativas recentes, bem como pelo movimento Antimanicomial e pela reforma psiquiátrica, entre eles, o critério definido pela Estatuto da pessoa com Deficiência.

Ao considerar o novo critério adotado pelo Estatuto da Pessoa com Deficiência e compará-lo com a redação do artigo 26 do Código Penal, é possível identificar pontos convergentes. Essa análise permite uma compreensão mais aprofundada das semelhanças entre as duas legislações.

Art.26 - É isento de pena o agente que, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento

Parágrafo único - A pena pode ser reduzida de um a dois terços, se o agente, em virtude de perturbação de saúde mental ou por desenvolvimento mental incompleto ou retardado não era inteiramente capaz de entender o caráter ilícito do fato ou de

determinar-se de acordo com esse entendimento (BRASIL, 1984)

Art. 2º - Considera-se pessoa com deficiência aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas.

§ 1º A avaliação da deficiência, quando necessária, será biopsicossocial, realizada por equipe multiprofissional e interdisciplinar e considerará:

- I. os impedimentos nas funções e nas estruturas do corpo
- II. os fatores socioambientais, psicológicos e pessoais;
- III. a limitação no desempenho de atividades; e
- IV. restrição de participação (BRASIL, 2015).

Ao analisar em conjunto o artigo do Código Penal que aborda a inimputabilidade e a disposição do Estatuto que define o conceito de pessoa com deficiência, torna-se evidente que a deficiência ou inimputabilidade são determinadas quando o agente interage com o mundo exterior, revelando suas limitações em realizar ações com resultados naturais.

Aquele considerado pessoa com deficiência ou inimputável é aquele que, no momento da ação, não tinha capacidade para compreender a ilicitude e agir de acordo com esse entendimento. A comprovação efetiva da incapacidade da pessoa requer uma análise das barreiras reais enfrentadas pelo agente no mundo exterior, não se limitando à constatação da patologia pelos profissionais médicos.

Assim, pode-se estabelecer um paralelo entre as duas definições: apesar dos critérios objetivos adotados anteriormente por ambos os diplomas, é essencial uma análise por uma equipe designada para determinar efetivamente as limitações do agente em relação ao mundo exterior, não o considerando incapaz apenas por possuir uma limitação cognitiva. Indiretamente, ambos os diplomas promovem um critério mais inclusivo ao não determinar automaticamente a inimputabilidade ou incapacidade do indivíduo.

No entanto, apesar da promulgação do Estatuto, os critérios de aplicação da Medida de Segurança permanecem os mesmos estabelecidos pelo Código Penal de 1984, sem qualquer alteração. Os indivíduos inimputáveis, ao cumprir a Medida de Segurança, encontram-se em uma situação de invisibilidade dupla: são considerados como insanos pela sociedade e, além disso, cometeram um delito penal que, por si só, os exclui do convívio social.

Apesar dos avanços na determinação das capacidades e incapacidades com critérios menos objetivos e rígidos, em comparação com os propostos pelo Código Civil anterior à promulgação do Estatuto, na prática, pouco se observa em termos de respeito aos direitos daqueles que são marginalizados socialmente, seja por serem considerados incapazes no direito civil, seja por serem inimputáveis no Direito Penal.

6. O caso Ximenes Lopes versus Brasil: um marco na luta antimanicomial

6.1. O Caso Ximenes Lopes e as violações de direitos das pessoas com transtornos mentais em instituições asilares

Em 6 de novembro de 1992, a Convenção Americana de Direitos Humanos (CADH), conhecida como Pacto de São José da Costa Rica, foi incorporada nacionalmente através do Decreto nº 678/1992. Em 2002, mediante o Decreto nº 4.463/2002, o Brasil reconheceu a jurisdição da Corte Interamericana de Direitos Humanos. Foi examinada a decisão relativa ao controle de conformidade internacional em relação à adequação (ou falta dela) das leis nacionais às normas internacionais que o Brasil ratificou (Xavier, 2023, p 79).

O caso Ximenes Lopes versus Brasil é notável, sendo o pioneiro na Corte Interamericana de Direitos Humanos (IDH) a tratar de violações dos direitos de pessoas com deficiência ou transtorno mental. Também é considerado paradigmático por ser o primeiro caso da Corte Interamericana relacionado aos direitos das pessoas com deficiência e transtorno mental e, portanto, analisado à luz desta questão. Além disso, foi o primeiro em que o Brasil foi condenado por esta Corte por violações aos direitos humanos, em 4 de julho de 2006, ganhando grande notoriedade internacional (Xavier, 2023, p. 79)

Damião Ximenes Lopes, desde jovem, apresentava constantes crises psiquiátricas, o que ocasionou a necessidade de sua internação em 1995 na Clínica Casa de Repouso Guararapes, em Sobral, no Ceará. Esse centro de atendimento psiquiátrico era um estabelecimento privado que possuía vinculação ao SUS. Quando retomou dessa primeira hospitalização para sua casa, Damião já apresentava alguns sinais de violência. Todavia, após se envolver em um acidente de carro, Damião se encontrou em uma nova crise, precisando ser internado mais uma vez na mesma clínica após ter sido encontrado pelas autoridades (Merli & Rianelli, 2020).

Mesmo retomando para casa com ferimentos desta segunda internação, Damião precisou ser internado na Clínica Guararapes por uma terceira vez, após deixar de tomar seus medicamentos e acabar desencadeando uma crise intensa. Essa

última internação na instituição asilar, posteriormente, acarretaria na trágica morte de Ximenes. Sem nenhum tipo de amparo, a família do paciente não via outra solução senão hospitalizar o parente. A insistência da família pela referida clínica encontrava-se embasamento no fato dos funcionários sempre apontassem os sinais de violência no corpo de Damião como marcas de tentativas de fuga do paciente (Merli & Rianelli, 2020).

Ao ser internado na clínica, o estado de Damião era claro, não possuía nenhum sinal de agressão ou violência física. Todavia, no dia 3 de outubro, Damião teria apresentado uma crise grave, o que teria sido apontado como justificativa para a necessidade de ser amarrado pelos funcionários do estabelecimento Guararapes.

Durante a visita de sua mãe, foi gerada uma grande preocupação, uma vez que ela avistou seu filho sujo, com diversos hematomas e sangrando. Ao ver seu filho tão agoniado e gritando por socorro, sua mãe, Albertina Viana Lopes, solicitou auxílio do médico da instituição, Francisco Ivo de Vasconcelos. Assim, com grande descaso da instituição, Damião foi medicado sem prévio exame, sendo deixado no hospital sem médico algum presente. Logo após, Damião veio a falecer (Oliveira, 2021).

A Casa de Repouso Guararapes demonstra uma evidente falta de capacitação, a ponto de os pacientes serem solicitados a conter outros pacientes durante episódios de agitação. Sobre esse problema, a sentença do caso esclarece:

A contenção física em tratamentos psiquiátricos, quando utilizada de maneira adequada, tem o objetivo de prevenir danos que o paciente possa ocasionar a si mesmo ou a terceiros. Causar danos ao paciente sob a desculpa de controlar suas emoções constitui um sinal inequívoco da falta de adequada capacitação do pessoal da instituição para o emprego de métodos corretos para a contenção.

No caso do senhor Ximenes Lopes, não há evidências de que ele representasse perigo iminente para ele mesmo ou para terceiros. Tampouco há evidência de que quaisquer tentativas menos restritivas para controlar um possível episódio de violência seu. Assim sendo, o uso de qualquer forma de contenção física neste caso foi ilegal. Uma vez contido, com as mãos amarradas por trás das costas, competia ao Estado o supremo dever de proteger o senhor Damião Ximenes Lopes, devido a sua condição de extrema vulnerabilidade. O uso de força física e o espancamento constituíram uma violação de seu direito a uma ascendência humana. Há outras alternativas que podem ser utilizadas antes de fazer uso da força ou decidir o isolamento de um paciente. Os programas de saúde mental deveriam se empenhar em manter um

ambiente e uma cultura de cuidado que minimize a utilização de tais métodos. O uso injustificado e excessivo da força neste caso viola o artigo 5.2 da Convenção Americana e constitui prática desumana e tratamento degradante (Corte IDH, 2006, p. 12).

Diante desse contexto, fica claro que a Casa de Repouso Guararapes não estava adequada para internar pacientes, sendo um ambiente incompatível com a prática ética da medicina. Em outras palavras, não era um estabelecimento capaz de oferecer um tratamento de saúde digno.

O laudo médico do óbito concluiu que o motivo para o falecimento de Damião teria sido morte natural. Entretanto, o paciente possuía sinais claros de tortura e violência pelo corpo. Mesmo com diversos hematomas em seu corpo, como nos punhos e mãos, o médico da instituição de Sobral fez constar que sua morte havia ocorrido de forma natural, por conta de uma parada cardiovascular e, ainda, que seu corpo não apresentava nenhuma marca (Oliveira, 2021).

A família do falecido, insatisfeita e desolada com a situação, solicitou que o corpo fosse encaminhado ao Instituto Médico Legal do Ceará. Ocorre que, o médico Francisco Ivo, além de trabalhar na clínica Guararapes, também trabalhava no referido Instituto Médico Legal. Com isso, passou a constar em sua certidão de óbito as lesões em seu corpo. Entretanto, a causa da morte ainda não teria sido, de fato, apresentada, uma vez que o médico indicou o motivo do óbito como causa indeterminada (Oliveira, 2021).

O caso de Damião gerou grande mobilização, diante da insatisfação e revolta da família do falecido, muitas outras famílias de pacientes que sofreram maus tratos em Sobral foram encontradas, mas que não haviam denunciado as violações praticadas. Após o óbito de Damião, sua família logo prestou queixa na delegacia de Sobral.

6.2. Impactos no panorama internacional

Diante da insatisfação da família em relação às autoridades estatais, a irmã de Damião, Irene Ximenes Lopes apresentou uma petição em 22 de novembro de 1999 na Comissão Interamericana de Direitos Humanos. Com isso, iniciou-se a tramitação da petição número 12.237. Logo após, a CIDH notificou o Brasil e o

Estado permaneceu inerte. Desse modo, em 2022, a Comissão apresentou o relatório de admissibilidade (Merli & Rianelli, 2020).

Mesmo diante da possibilidade de uma solução amistosa entre as partes, o Brasil permaneceu em silêncio, de maneira que no ano de 2003 foi proferido um relatório de mérito sobre o caso que constatou que havia admissibilidade do pedido diante das violações dos direitos à vida, dignidade e integridade pessoal, garantias judiciais e proteção judicial, todos eles resguardados pela Convenção Americana de Direitos Humanos (Merli & Rianelli, 2020).

Nesse contexto, foram proferidas algumas recomendações ao Estado brasileiro pelo órgão internacional. Essas medidas a serem tomadas pelo Estado eram no sentido de investigar para responsabilizar os causadores da morte de Damião e reparar de forma adequada a família de Ximenes pelas violações sofridas, inclusive com o efetivo pagamento de indenizações (Oliveira, 2021).

Todavia, após o prazo de dois meses, mais uma vez, o Brasil não respondeu a demanda ao não seguir as recomendações de forma satisfatória. Dessa maneira, o caso foi levado à Corte Interamericana de Direitos Humanos. O caso foi remetido pela Comissão no dia 30 de setembro de 2004 e mostrou-se como importante precedente pela luta contra os maus tratos e defesas dos direitos das pessoas portadoras de deficiência ou transtorno mental.

O caso em tela passou a tramitar na Corte IDH e, ao final, a sentença que declarou o Brasil responsável pelos maus-tratos de Ximenes e reafirmou as violações dos direitos da CADH citados acima.

Nesse contexto, no que diz respeito à Corte Interamericana de Direitos Humanos, a norma de base é a Convenção Americana de Direitos Humanos. Destaca-se que a Corte Interamericana, ao exercer sua função jurisdicional, aplica e interpreta a Convenção Americana e, quando um caso é submetido à sua jurisdição, possui a autoridade para declarar a responsabilidade internacional de um Estado Parte na Convenção por violar suas disposições (Oliveira, 2021).

A Corte observa que a contenção aplicada a Damião foi completamente desproporcional e violenta, violando seu direito a um tratamento digno. Além disso, essa situação não foi um caso isolado, pois há registros de outros dois pacientes internados na Casa de Repouso Guararapes que sofreram em contextos violentos. Quando uma pessoa com transtornos mentais é submetida à internação compulsória, o pessoal médico exerce grande controle sobre ela. Essa relação de poder evidente

aumenta a possibilidade de tratamentos abusivos durante a internação. Por isso, é essencial que haja supervisão e monitoramento desses estabelecimentos (Alencar; Raiol, 2019).

As pessoas com deficiências e transtornos mentais formam um grupo vulnerável, frequentemente sujeito a violações de direitos humanos. Historicamente, têm enfrentado a limitação de sua autonomia, sendo segregadas e isoladas de forma arbitrária e desnecessária em instituições psiquiátricas, o que impede que façam escolhas sobre a própria vida.

Nesse sentido, a partir da sentença proferida pela Corte IDH, o Brasil teve a sua primeira condenação internacional por violação dos direitos humanos em 2006, sete anos após a trágica morte de Damião.

Assim, em detrimento de Damião Ximenes, vítima que faleceu na instituição psiquiátrica asilar, a Corte declarou que o Estado violou os direitos a vida, integridade pessoal, dos artigos 4.1 e 5.1 da Convenção Americana, respetivamente. Ainda, reconheceu a obrigação do Estado, disposta no artigo 1.1 de garantir e respeitar os direitos (Oliveira, 2021)

É importante destacar que, segundo a Corte, os familiares de vítimas de violações de direitos humanos também podem ser considerados vítimas. Nesse sentido, o Tribunal reconheceu a violação dos direitos à integridade psíquica e moral dos familiares mais próximos de Damião, devido ao sofrimento que vivenciaram por conta das violações sofridas por seu ente querido (Alencar & Raiol, 2019).

Portanto, é necessário determinar as reparações devidas pelas violações cometidas, o que inclui identificar os beneficiários das reparações e, em seguida, estabelecer medidas para compensar os danos, garantir a satisfação das vítimas e prevenir a repetição dos fatos, além de lidar com custos e despesas associados.

Com isso, seis anos após a morte de Damião, ainda não havia uma sentença sequer em primeira instância, apesar de a notícia do crime ter chegado às autoridades policiais logo após o ocorrido. Vale dizer que o direito de acesso à justiça também inclui a necessidade de uma resposta judicial célere (Alencar & Raiol, 2019).

Desse modo, a sentença proferida pela Corte expõe que, de fato, houve negligência por parte das autoridades ao investigarem a morte de Damião. Além disso, demonstra que o Estado brasileiro teria cometido as violações dos artigos 8.1

(garantias judiciais) e 25.1 (proteção judicial), em conexão com o artigo 1.1 (obrigação de respeitar os direitos) da Convenção Americana, essas começaram a partir do momento em que o Estado apresentou atrasos injustificados, muitas vezes mantendo-se inerte e negligente em relação ao caso (Alencar & Raiol, 2019).

Por fim, a sentença aponta diversas recomendações que deveriam ser cumpridas pelo Brasil a fim de reparar as violações causadas. Dito isto, o ponto Resolutivo 8 da Sentença indica que:

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... (CNJ, 2021, p. 8).

Portanto, diante das graves violações sob as quais foram fortemente submetidas a vida de Damião, que denunciaram esse precário cuidado às pessoas com transtornos mentais, demonstra-se uma emergente necessidade de fortalecer o trato das pessoas com deficiência ou transtorno mental.

O caso Ximenes Lopes versus Brasil é notável, sendo o pioneiro na Corte Interamericana de Direitos Humanos a tratar de violações dos direitos de pessoas com deficiência e transtornos mentais. Assim, por tratar-se da primeira condenação brasileira perante a Corte, o caso de Ximenes tornou-se um símbolo na luta antimanicomial brasileira, de forma que a resistência e a busca pela defesa dos direitos das pessoas portadoras de deficiências e transtornos mentais, em especial aquelas alocadas em instituições asilares, alcançou um outro panorama e ultrapassou fronteiras.

Com isso, concluímos que um caminho para garantir o devido e digno trato para as pessoas com deficiência e transtornos mentais ocorre a partir da tentativa de evitar que histórias como essas se repitam e que paciente jamais tenham que ser submetidos a tratamentos em instituições asilares como a de Guararapes. Um importante caminho para esse feito é a partir da desconstitucionalização. Vale dizer que a luta pela desinstitucionalização é uma forma de garantir o acesso ao direito à saúde de forma universal, na medida em que é caracterizado constitucionalmente como direito social. Com isso, uma maneira de efetivar o

exercício desse direito constitucional é a partir da reafirmação do ordenamento já existente no país.

A tentativa de extinção do modelo asilar também é uma maneira de combater a tortura, nos moldes da Convenção Contra a Tortura e Outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes e da Lei nº 9.455/97, uma vez que o caráter de exclusão e ocultação proporcionado pela internação abre margem para muitas violações até mesmo ao direito a vida, como foi demonstrado no caso Ximenes (Shimizu, 2023).

Assim, estando em conformidade com a Lei 10.216/01 e diversas Convenções Internacionais que abraçam os direitos à saúde e dignidade da pessoa humana, essa realidade das internações pareceu finalmente alcançar a tão necessária reforma, a partir da Resolução nº 487 de 2023 do Conselho Nacional de Justiça.

7. Conjuntura atual: Resolução 487/23 CNJ

7.1. A resolução nº 487 de 2023 e a reafirmação da Lei antimanicomial

Face ao cenário visto sobre o caso Ximenes Lopes, cujo qual a Corte declara sentença e dispõe por unanimidade mudanças no Estado, chega-se à Resolução nº 487 do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), datada de 15 de fevereiro de 2023, que introduz a Política Antimanicomial do Poder Judiciário. Esta resolução define procedimentos e diretrizes para aplicar a Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência e a Lei n. 10.216/2001, especificamente no contexto do processo penal e da execução das medidas de segurança (Xavier, 2023, p. 18).

Com isso, o Conselho Nacional de Justiça, com o intuito de agir como entidade mediadora para cumprimento das pendências do Judiciário no âmbito internacional, formou uma Comissão para um estudo de viabilidade das dificuldades e possibilidades que o país precisaria enfrentar para garantir os direitos dessas pessoas com transtornos mentais e apontar diretrizes para implementação do que foi apontado pela Corte no Caso Ximenes versus Brasil, conforme demonstrado no capítulo anterior (Boujikian, 2023).

Com o que foi discutido na referida comissão, o CNJ editou a Resolução 487 de 2023 que passou a estabelecer os procedimentos que deveriam ser adotados para que a luta antimanicomial no Brasil passe a surtir efeitos, colocando em prática o que foi regulado pela Lei de 10.216 de 2001 e respeitando os direitos das pessoas com transtornos mentais em receber um tratamento digno. (Boujikian, 2023). Assim, a Resolução do CNJ dispõe:

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, 2023b, p. 5).

Nota-se, portanto que a Resolução não inova, mas busca a garantir que as leis brasileiras de direito a saúde mental, a Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência, a Convenção Contra a Tortura e Outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes e o princípio da dignidade da pessoa humana sejam respeitados. Desse modo, com a finalidade de implementar políticas públicas para que essas regras já vigentes passaram a serem, de fato, instituídas (CNJ, 2023b, p. 1)

A Resolução aborda as orientações sobre como lidar com pessoas que têm transtorno mental ou deficiência psicossocial dentro do âmbito do Poder Judiciário. Nela, o CNJ (no artigo 2º, item I) define pessoa com transtorno mental ou qualquer tipo de deficiência psicossocial, aquela que tem algum tipo de comprometimento, impedimento ou dificuldade psíquica, intelectual ou mental. Além disso, ela requer cuidados em saúde mental em qualquer estágio do processo penal, independentemente da realização de exame médico legal ou da existência de uma medida de segurança em andamento (CNJ, 2023b, p.5). A Resolução também aborda a necessidade de uma equipe multidisciplinar para acompanhar a pessoa com comprometimento psíquico em todas as etapas do processo criminal. Além disso, define o que seria considerada uma equipe multidisciplinar qualificada.

A referida resolução, nesse sentido, passou a sistematizar importantes aspectos da recepção das pessoas com transtornos mentais sob medidas de segurança após a extinção dos manicômios judiciários. Posto isto, apresenta a RAPS como um conjunto integrado que inclui serviços e equipamentos diversos de atenção à saúde mental, como os Centros de Atenção Psicossocial (Caps), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os leitos de atenção integral nos hospitais gerais, entre outros. Assim, interligando as estratégias de desinstitucionalização e de reabilitação psicossocial (CNJ, 2023b, P.5-6).

Vale dizer que o estado de Goiás criou o Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator, que transferiu a responsabilidade dos pacientes em medidas de segurança da Secretaria de Segurança Pública para a Secretaria de Estado da Saúde. O programa foi premiado com o Prêmio Innovare em 2009, demonstrando que é possível fornecer um acompanhamento eficaz enquanto se mantém os vínculos territoriais, familiares e comunitários dos pacientes (Ministério Público de Goiás, 2013, p 10-12)

Com isso, podemos afirmar que o sofrimento mental está diretamente ligado às condições de vida e, portanto, não pode ser abordado isoladamente. É necessário garantir uma série de apoios que ajudem o indivíduo a enfrentar as adversidades que possam desencadear esse sofrimento. Daí a importância de estabelecer uma rede de serviços que trabalhe de forma integrada para oferecer o suporte necessário para que o indivíduo supere as limitações que podem ser fontes de sofrimento.

O CNJ (2023b, 7-8) enfatiza explicitamente a dignidade humana como princípio e orientação para guiar o tratamento das pessoas com transtorno mental no contexto da jurisdição penal (artigo 3º, I). Destaca-se a importância da reabilitação psicossocial por meio da inclusão social (artigo 3º, VI). Prioriza-se sempre o tratamento em estabelecimento de saúde não asilar (artigo 3º, VII). A internação só é considerada quando os recursos extra-hospitalares são insuficientes, sendo proibida a internação em instituições de caráter asilar, como HCTPs e hospitais psiquiátricos (artigo 3º, inciso VIII).

Nesse contexto, segundo a Resolução de 2023, aqueles agentes inimputáveis que tiveram a medida de segurança decretada, deverão ter como prioridade a medida de tratamento ambulatorial em vez da internação. Com isso, o tratamento deverá ocorrer, em regra, de forma ambulatorial em serviços comunitários e na Rede de Atenção Psicossocial (Raps). Além disso, a Resolução aponta ainda que deverá prosseguir com o acompanhamento da autoridade judicial, com uma conexão entre o Poder Judiciário e a Raps (CNJ, 2023b, p.12).

É importante pontuar que mesmo com a busca da extinção dos manicômios judiciais, a internação ainda continuará ocorrendo em alguns casos, desde que de forma excepcional. Dessa maneira, sempre que imposta a medida de segurança em uma sentença criminal, será determinada a modalidade mais recomendada ao tratamento de saúde de cada pessoa acusada, sendo analisados a avaliação biopsicossocial e outros exames de acordo com a necessidade apresentada (CNJ, 2023b, p.13-14).

Assim, a Resolução aponta que em casos de medidas cautelares diversas da prisão não se mostram suficientes poderá ser imposta a medida da internação. Além disso, o artigo 13 da Resolução aponta que para ocorrer internação, esta deve ser entendida como um recurso adequado dado momento, devendo ainda ser prescrita por equipe de saúde da Raps (CNJ, 2023b, p.13-14)

É relevante destacar que, conforme o parágrafo 1º do artigo 13, caso seja decidida a medida de segurança de internação, isso deve ser feito:

Em Hospital Geral ou outro equipamento de saúde referenciado pelo Caps da Raps, cabendo ao Poder Judiciário atuar para que nenhuma pessoa com transtorno mental seja colocada ou mantida em unidade prisional, ainda que em enfermaria, ou seja submetida à internação em instituições com características asilares, como os HCTPs ou equipamentos congêneres, assim entendidas aquelas sem condições de proporcionar assistência integral à saúde da pessoa ou de possibilitar o exercício dos direitos previstos no art. 2º da Lei n. 10.216/2001.

Observa-se, portanto, que quando alguém é considerado inimputável e, portanto, não responsável pelo ato ilícito cometido, é crucial garantir que receba tratamento adequado em um ambiente de saúde que não discrimine entre indivíduos inimputáveis e imputáveis. A Resolução proíbe explicitamente que pessoas com transtorno mental sejam detidas em prisões ou colocadas em instituições com características asilares para cumprir medidas de segurança (Xavier, 2023, p.40).

Portanto, a Resolução não traz novidade, mas confirma o que disposto na Lei Antimanicomial referente às medidas de internação. Assim, quando demonstrar-se necessário a realização desse cuidado terapêutico, deverá ser realizada em hospitais gerais nos leitos destinados a saúde mental, não cabendo mais as autoridades judiciais destinar nenhuma pessoa com sofrimento mental a nenhum HCTP.

No entanto, para a análise caso a caso, será necessário que haja uma validação do agente considerado inimputável por meio de uma equipe com profissionais capacitados, será examinado a viabilidade de cessação da internação para que o agente passa, em meio aberto, ser retirado dos hospitais em medida de internação para a RAPS (CNJ, 2023b, p.13).

A Resolução estabelece que a internação deve ser encerrada assim que for comprovada sua desnecessidade, o que deve ser certificado pela equipe multidisciplinar. Esse processo de desinternação deve ser comunicado à autoridade judicial, e o acompanhamento psicossocial pode continuar em outros dispositivos da RAPS em meio aberto (art. 13, § 2º). O parágrafo 3º do artigo 13 recomenda que a possibilidade de mudança do tratamento para modalidades em liberdade ou mesmo sua interrupção seja avaliada a cada trinta dias, por meio da interação entre

a autoridade judicial e a equipe de saúde que acompanha o indivíduo (CNJ, 2023b, p.13-14).

Com isso, a medida de segurança deverá ser cumprida em lugares capacitados, que possuem equipe multidisciplinar qualificada para oferecer um tratamento exigido de forma digna. Desse modo, é necessário que a equipe técnica possua experiência e comprometimento nos serviços ligados ao Poder Judiciário, à saúde e à proteção social (CNJ, 2023b, p.6).

O artigo 14 estabelece que o paciente internado deve ter acesso a oportunidades de reintegração com sua comunidade, família e círculo social, por meio de atividades em ambientes externos, sempre que viável, e evitando sua exclusão do mercado de trabalho. Isso ressalta a importância de manter os laços sociais e a autonomia da pessoa internada, na medida do possível, mesmo durante o período de internação (CNJ, 2023b, p.14).

O artigo 16 da Resolução trata da desinstitucionalização no país, destacando que é responsabilidade da autoridade judicial revisar os processos para determinar a viabilidade de encerrar a medida em vigor, avançar para tratamento ambulatorial em meio aberto ou transferir para uma instalação de saúde apropriada, nos seguintes casos:

I – À execução de medida de segurança que estejam sendo cumpridas em HCTPs, em instituições congêneres ou unidades prisionais; II – a pessoas que permaneçam nesses estabelecimentos, apesar da extinção da medida ou da existência de ordem de desinternação condicional; e III – a pessoas com transtorno mental ou deficiência psicossocial que estejam em prisão processual ou cumprimento de pena em unidades prisionais, delegacias de polícia ou estabelecimentos congêneres (CNJ, 2023b, p; 14-15).

Portanto, a Resolução entrou em vigor no dia 26 de maio de 2023, noventa dias após a sua publicação. Ela propõe um prazo de seis meses para que os processos em curso que tratam da medida de internação fossem revisados e analisada a possibilidade da extinção da medida ou a progressão para o tratamento ambulatorial. Nos casos em que mostrar-se necessário a permanência na medida de internação, deve-se buscar a transferência para um estabelecimento de saúde que seja adequado (CNJ, 2023b, p.15).

Ademais, nesses primeiros seis meses, a autoridade competente será responsável por interditar parcialmente os internados em HCTP, em instituições congêneres ou unidades prisionais, vedando novas internações. Nesse contexto, nos doze meses seguintes contados da entrada em vigor da referida resolução, foi proposto o fechamento de todas essas instituições (CNJ, 2023b, p.15).

Com isso, a Resolução do CNJ (2023b, p. 15) aponta que caberia a execução penal, dentro desse prazo de um ano, elaborar Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) para todos os pacientes ainda internados nesses hospitais de custódia em busca da reabilitação psicossocial assistida em regime aberto. Nesse sentido, os PTS incluem propostas elaboradas pela equipe interdisciplinar a fim de acompanhar caso a caso, possibilitando analisar estratégias de cuidado para os profissionais e o agente que está em acompanhamento.

7.2. Críticas à Resolução do CNJ

De acordo com os dados da Secretaria Nacional de Políticas Penais - SISDEPEN (2023, p.27), o número de pessoas cumprindo medida de segurança com o modelo de internação no segundo semestre do ano de 2023, era um total de 2.314 pessoas. Dessa forma, como supracitado, a extinção dos manicômios judiciários reforçada pela resolução do CNJ tem como premissa o realojamento desses agentes para o tratamento ambulatorial. Todavia, questiona-se, na prática, a recepção do Sistema Único de Saúde em receber toda essa quantidade de pessoas que estão sob esse regime da medida de segurança.

A resolução foi alvo de muitas críticas entre parte da população civil, juristas e profissionais da saúde. As opiniões se dividem e muitas das críticas estão atreladas às dúvidas em relação às condições dos serviços de saúde proporcionados pelo SUS tem de ter ou não estruturas para atender os internados.

Nesse sentido, o Conselho Federal de Medicina publicou nota (CFM, 2023) requerendo revogação da Resolução 487/23. Segundo os especialistas, a Resolução passou a entrar em vigor sem que a classe médica fosse sequer consultada e, ainda, que a referida Resolução ocasionaria risco à segurança pública. Além disso, apontam que o sistema de saúde e o SUS não estariam prontos para receber essas pessoas, que acabaria gerando abandono de tratamento.

Após tantas divergências de como a desinstitucionalização deve ocorrer, o assunto ainda continua em pauta. Existem muitas dúvidas e pontos que devem ser superados para que a desinstitucionalização aconteça. Ocorre que, há um aspecto que deve ser discutido e esclarecido acerca da desinstitucionalização desses agentes que estão sob o regime de medida de segurança, sendo esta a noção da periculosidade (Silva & Caetano, 2024).

Como demonstrado no capítulo 2 deste presente trabalho, a persistência da noção da periculosidade é um fator determinante para analisar se esses agentes inimputáveis deixarão de estar internados. Todavia, é necessário que haja grande atenção e observância nessa noção de periculosidade, uma vez que pode enclausurar essas pessoas em internações por longos períodos de tempo, desrespeitando um importante princípio constitucional de vedação à prisão perpétua (Silva & Caetano, 2024).

Em um contexto histórico de muitas injustiças e preconceitos ligados à ideia de loucura, a noção de periculosidade sempre se mostrou debruçada em uma falsa ideia de segurança. Com isso, essa busca pela ordem social passou a ser priorizada em relação aos direitos à saúde de pessoas que possuem algum tipo de doença mental, legitimando diversas práticas exclusivas que ocultam esses agentes do meio social (Silva & Caetano, 2024).

Com isso, o tópico merece atenção, uma vez que desde os primórdios dos manicômios no país e no mundo, a ideia de loucura e determinação das pessoas que deveriam estar alocadas a esses estabelecimentos asilares não se restringiam apenas àquelas com sofrimento mental, mas também aos que se mostravam indesejáveis perante aquela sociedade que deveriam ser silenciados e escondidos (Silva & Caetano, 2024).

Vale destacar um aspecto importante que rege essa Resolução do CNJ, a mesma aponta alguns os princípios e diretrizes que regem o tratamento das pessoas com transtorno mental no âmbito da jurisdição penal, entre eles:

Art 3º - VI o interesse exclusivo do tratamento em benefício à saúde, com vistas ao suporte e reabilitação psicossocial por meio da inclusão social, a partir da reconstrução de laços e de referências familiares e comunitárias, da valorização e do fortalecimento das habilidades da pessoa e do acesso à proteção social, à renda, ao trabalho e ao tratamento de saúde; (CNJ, 2023b, p. 7).

O fortalecimento familiar desses agentes que estão internados é visto como um ponto de partida para sua saída desses centros asilares. De fato, o apoio familiar é ponto muito relevante para a desinstitucionalização desses pacientes. Todavia, não deve ser um pressuposto, até porque ao longo do tempo de internação desses agentes muitos desses vínculos são perdidos.

Nesse contexto, conforme o Manual da Política Antimanicomial do Poder Judiciário: Resolução n. 487 de 2023:

A ausência de suporte familiar não deve ser entendida como condição para a imposição, manutenção ou cessação do tratamento ambulatorial ou para a desinternação da pessoa. Nesse sentido, a liberdade e o acesso à atenção psicossocial integral não podem estar condicionados à resposta de outras pessoas acerca da atribuição de responsabilidades sobre outrem.”(CNJ, 2023A, p.67)

Assim, deve ser superado esse condicionamento de responsabilização estendida imposto à família durante o processo de desinternação do paciente, não sendo necessário que algum familiar tenha que se colocar à disposição para que ocorra esse processo durante a execução da medida de segurança (Silva & Caetano, 2024).

Com o intuito de aplicar uma efetiva prioridade ao tratamento ambulatorial e medidas que substituem a internação, deve haver um alcance amplo e geral inclusive para aquelas pessoas que possuem um apoio familiar fragilizado e também para as residentes de locais em que as RAPS não possuem uma estrutura tão eficiente. Dito isto, é importante reforçar a responsabilidade do Estado em proporcionar tratamento igualitário e de qualidade para todos os agentes sob medida de segurança, inclusive garantir todos os benefícios sociais, expandindo o atendimento e estrutura da RAPS, a fim de garantir uma desinstitucionalização democrática (Silva & Caetano, 2024).

Contudo, mesmo demonstrando-se um tópico muito polêmico, inegavelmente é um assunto que deve ser colocado em pauta e discutido, uma vez que lógica manicomial retrógrada que vinha durante décadas sendo reproduzida dentro desses hospitais de custódia não pode mais prosperar.

A resolução do CNJ, que revisita a Lei Antimanicomial na busca da desconstitucionalização, datava que esse processo ocorresse em 1 ano após a

publicação da mesma. Entretanto, entre tantas discussões e dificuldades para a implementação dessa medida, houve uma prorrogação no prazo para fechamento das portas dos estabelecimentos de custódia e tratamento psiquiátrico (ECTPs). A mudança do prazo ocorreu por meio do julgamento do Plenário Virtual do CNJ para o dia 28 de agosto de 2024.

8. Considerações finais

A análise da definição da inimputabilidade revela que os autores inimputáveis são aqueles que por conta de algum distúrbio relacionado à saúde mental não podem responder pelos ilícitos praticados ou aplicar o instituto da pena. Uma vez que esses indivíduos não possuem a capacidade de compreender a dimensão do ato praticado ou de agir de acordo com o entendimento necessário, não caberia ao Direito Penal aplicar seu poder de punir. Diante dessa hipótese, esses agentes serão submetidos às medidas de segurança, sendo estas o tratamento ambulatorial e até então vigente, internação nos chamados manicômios judiciários.

Desde os primórdios, os manicômios judiciários têm sido associados à ligação entre crime e loucura, resultando em uma dupla marginalização das pessoas com transtornos mentais autoras de crimes. A abordagem psiquiátrica permaneceu com práticas passadas que perpetuam um tratamento baseado na segregação. Assim, esse modelo asilar promoveu durante muito tempo exclusão e, consequentemente, resultou na negação de direitos fundamentais e proteção da dignidade da pessoa humana.

Os manicômios judiciários, ao longo dos anos, se consolidaram como espaços de exclusão e isolamento, contrariando os avanços promovidos pela Reforma Psiquiátrica, que defende cuidados aos pacientes em meio aberto e a por meio da reintegração social. A lógica punitivista prevalente nesses estabelecimentos mostrou-se incompatível com as necessidades de cuidado e tratamento adequado para indivíduos com transtornos mentais.

O pioneiro na iniciativa de reforma do sistema de saúde mental foi Franco Basaglia, um psiquiatra que, durante a década de 1960, desempenhou um papel crucial na revolução psiquiátrica ao dedicar sua vida à luta contra os manicômios.

Com influência da experiência italiana, no Brasil o movimento teve início nos anos 70 quando muitas violações de direitos passaram a ser identificadas nas instituições asilares, levando profissionais de saúde e movimentos sociais a aplicar esforços para reformar o sistema de saúde mental do país.

Após a promulgação da Constituição de 1988, que consagrou a saúde como um direito universal e uma responsabilidade do Estado, movimentos em

direção à luta Antimanicomial surgiram no Brasil. Nesse sentido, a pressão legislativa resultou na Lei nº 10.216 de 2001, que foi um grande passo no processo da luta pela reforma psiquiátrica.

A referida legislação trouxe novas diretrizes para o sistema de saúde mental, representando tanto conquistas quanto desafios. Um dos principais viés era a desconstrução do modelo manicomial, amplamente questionado desde os primórdios da luta pela reforma psiquiátrica. Assim, a Lei de 2001 propôs a substituição gradual dos manicômios por alternativas assistenciais de inclusão para pacientes com transtornos mentais.

Dessa maneira, como uma grande aliada no processo de desinstitucionalização, essa nova política de saúde mental visava abandonar abordagens antiquadas, promovendo uma rede completa de cuidados multidisciplinares em liberdade, com o objetivo de reintegrar os pacientes à sociedade. No entanto, nos casos em que os serviços terapêuticos ambulatoriais não se mostrassem suficientes, a internação do paciente deveria ocorrer de forma excepcional, em conformidade com o princípio constitucional da dignidade da pessoa humana.

O Caso *Ximenes Lopes vs Brasil*, julgado pela Corte Interamericana de Direitos Humanos, foi um marco importante que impulsionou mudanças significativas nas práticas institucionais e jurídicas brasileiras. A decisão da Corte reforçou a necessidade de proteger os direitos das pessoas com transtornos mentais, destacando a importância de um tratamento adequado e respeitoso. O caso *Ximenes Lopes* representou a primeira condenação brasileira perante a Corte e tornou-se um símbolo na luta antimanicomial brasileira.

A Resolução nº 487 de 2023 do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) representa um avanço crucial nessa trajetória. Ela foi elaborada para alinhar o sistema de justiça brasileiro às diretrizes internacionais de direitos humanos e às reformas promovidas pela Lei Antimanicomial. A resolução busca implementar as decisões da Corte Interamericana, assegurando que as pessoas com transtornos mentais recebam tratamento adequado, com respeito à sua dignidade e direitos humanos, e evitando práticas punitivas e discriminatórias.

No que se refere às medidas de segurança, a Resolução do CNJ visa reforçar a Lei antimanicomial de 2001, aplicando a desconstitucionalização e, com isso, a prioridade dos tratamentos ambulatoriais em detrimento das medidas de

internação, que carregam em si uma lógica manicomial retrógrada. As denúncias de abusos nos hospitais psiquiátricos têm questionado, ao longo da história brasileira e mundial, a eficácia dessas instituições. A desinstitucionalização, caracterizada pela promoção do tratamento fora das instituições asilares, com modelos alternativos nas políticas de saúde mental e atendimento multiprofissional.

Mostra-se necessário buscar a reintegração do agente ao meio social. Com isso, é inegável que o cumprimento das medidas de segurança não pode mais ocorrer da forma que vinha sendo realizada em experiências anteriores, nos Hospitais de Custódia. Por isso, levando em consideração o princípio da dignidade da pessoa humana e o direito à saúde, aos pacientes que cometem atos ilícitos devem ser impostas as medidas de internação em apenas casos excepcionais.

De modo geral, a partir desta análise, é então possível destacar a importância de uma abordagem integrada e humanizada no tratamento das pessoas com transtornos mentais no sistema penal. Mesmo com diversos desafios, a implementação da Resolução n° 487 do CNJ é um passo fundamental para garantir que os direitos e a dignidade dessas pessoas sejam plenamente respeitados, promovendo sua reintegração social e assegurando um tratamento justo e adequado.

9. Referências bibliográficas

ALENCAR, Evandro Luan Mattos; RAIOL, Raimundo Wilson Gama Uma análise do caso Ximenes Lopes versus Brasil: o debate sobre políticas públicas, saúde mental e direitos humanos no sistema interamericano de direitos humanos. Revista Research Gate, 2019. DOI:10.31512/RDJ.V20I36.2982 Disponível em <http://srvapp2s.santoangelo.uri.br/seer/index.php/direito_e_justica/article/view/2982> Acesso em 5 jun 2024

AMARANTE, Paulo. Loucos pela vida: A trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 1998

AMARANTE, Paulo. Novos Sujeitos, Novos Direitos: O Debate sobre a Reforma Psiquiátrica no Brasil. Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro. 1995. p. 491-494

ARBEX, Daniela. (2013). Holocausto Brasileiro. São Paulo, SP: Geração Editorial. p. 22 -35

BITENCOURT, Cezar Roberto. Tratado de Direito Penal, Volume 1. Editora Saraiva, 2020.

BOUJIKIAN, Kenarik. 2023. Resolução 487 do CNJ e a política antimanicomial do Judiciário. Consultor Jurídico. Disponível em <<https://www.conjur.com.br/2023-mai-24/escritos-mulher-resolucao-487-cnj-politica-antimanicomial-judiciario2/>> Acesso em 03 jun 2024.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça - CNJ. 2021 Sumário Executivo Caso Ximenes Lopes vs. Brasil. Disponível em <<chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2024/03/sumario-executivo-caso-ximenes-lopes-vs-brasil.pdf>> Acesso em 03 jun 2024

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça - CNJ. 2023a. Manual da Política Antimanicomial do Poder Judiciário: Resolução n° 487 de 2023.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça- CNJ. 2023b. Resolução n° 487, de 15 de fevereiro de 2023

BRASIL. Corte Interamericana de Direitos Humanos. Caso Ximenes Lopes versus Brasil. Sentença de 4 de julho de 2006. Mérito, Reparações e Custas. 2006. Disponível em: https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_149_por.pdf. Acesso em: 23 de ago. 2023.

BRASIL. Decreto Lei n° 2.848 de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. 7 dezembro 1940.

BRASIL. Lei nº 10.216/2001 de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. 6 abril 2001.

BRASIL. Lei nº 7.210, de 11 de Julho de 1984. Institui a Lei de Execução Penal. Diário Oficial do Brasil . Brasília. 11 julho 1984.

BRASIL. Lei nº 13.146 de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). 6 de julho de 2015.

BRASIL. Ministério da Justiça. Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (2015). Plano Nacional de Política Criminal e Penitenciária.

BRASIL. Ministério Público de Goiás. PAILI: Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator. Haroldo Caetano da Silva (Coord.). 3.ed. Goiânia: MP/GO, 2013.

BRASIL. Ministério Público. Parecer sobre medidas de segurança e hospitais de custódia tratamento psiquiátrico sob a perspectiva da lei no 10.216/2001. Brasília, 2011.

BRASIL. Secretaria Nacional de Políticas Penais. Relatório de informações penais - SISDEPEN. 15º Ciclo SISDEPEN 2º semestre de 2023 RELIPEN. 2023. Disponível em <<https://www.gov.br/senappen/pt-br/servicos/sisdepen/relatorios/relipen/relipen-2-semester-de-2023.pdf>> Acesso em 3 de jun de 2024

CARRARA, Sérgio Luis. A História Esquecida: os Manicômios Judiciários no Brasil. Rev. bras. crescimento desenvolv. hum. [online]. 2010, vol.20, n.1, pp.16-29. ISSN 0104-1282. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0104-12822010000100004&script=sci_abstract> Acesso em 4 jun 2024

CCMS - Centro Cultural Ministério da Saúde. Memórias da Loucura. [s.d.]. Disponível em <<http://www.ccms.saude.gov.br/memoria%20da%20loucura/Mostra/retratos06.html>> Acesso em 05 jun 2024

CFM. 2023. CFM apoia manifestação contra fechamento de Hospitais de Custódia e Tratamentos Psiquiátricos. Disponível em <<https://portal.cfm.org.br/noticias/cfm-apoia-manifestacao-contra-fechamento-de-hospitais-de-custodia-e-tratamentos-psiquiatricos/>> Acesso em 03 jun 2024.

CORREIA, Ludmila Cerqueira. Os Direitos das pessoas com transtornos mentais autoras de delito, 2009. Disponível em <<https://www.adir.unifi.it/rivista/2009/cerqueira/index.htm>> Acesso em 05 jun 2024

COSTA, Alvaro Mayrink. Os limites do ius puniendi do Estado Revista da EMERJ, v. 6, n. 23, 2003

DESVIAT, Manuel; RIBEIRO, Vera. A Reforma Psiquiátrica. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, Coleção Loucura & Civilização, 1999. 233p.

FIGUEIRA, Fernanda Freire. 2014. A Liga Brasileira de Higiene Mental e a psicologia no Brasil: a história a ser contada. Disponível em <<https://cch.uem.br/grupos-de-pesquisas/gephe/pesquisa/teses-e-dissertacoes-defendidas/lista-de-paginas-de-teses-e-dissertacoes/a-liga-brasileira-de-higiene-mental-e-a-psicologia-no-brasil-a-historia-a-ser-contada>> Acesso em 03 de mar de 2024.

FOUCAULT, Michel. Os Anormais: curso no Collège de France (1974-1975). São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2010. (p. 53-59)

FREITAS, Ana Clelia, Medida de segurança: princípios e aplicação. 2014. Disponível em <<https://www.direitonet.com.br/artigos/exibir/8536/Medida-de-seguranca-principios-e-aplicacao>> Acesso em 15 maio 2024

GRECO, Rogério. Curso de Direito Penal Parte Geral, Volume 1, 17.ed. Rio de Janeiro: Impetus, 2015.

IBRAHIM, Elza. Manicômio Judiciário da Memória Interrompida ao Silêncio da Loucura. Editora Appris, 2014.

JACOBINA, Paulo Vasconcelos. Direito Penal da Loucura. ESMPU, 2008.

JÚNIOR, Almir Santos Reis. Impactos da Lei Antimanicomial às medidas de segurança. Tomo Direito Penal, Edição 1, 2020. Disponível em <<https://enciclopediajuridica.pucsp.br/verbete/433/edicao-1/impactos-da-lei-antimanicomial-as-medidas-de-seguranca>> Acesso em 15 maio 2024

JÚNIOR, Francisco da Costa; MEDEIROS, Marcelo. Alguns conceitos de loucura entre a psiquiatria e a saúde mental: diálogos entre os opostos. 2010. Disponível em <<https://www.scielo.br/j/pusp/a/SmDWDPKdsktMJJ5nS7tFGh/?lang=pt#>> Acesso em 5 jun 2024

LOPES, Maria Helena Itaquí. Pesquisa em Hospitais Psiquiátricos. 2001. Disponível em <<https://www.ufrgs.br/bioetica/psiqpes.htm#:~:text=Surgiu%2C%20no%20s%C3%A9culo%20XVIII%2C%20Phillippe,somente%20destinados%20aos%20doentes%20mentais.>> Acesso em 3 jun 2024.

MERLI, Isadora Marques. RIANELLI; Luiza Lima. 2020 Caso Ximenes Lopes versus Brasil (2006) O assassinato de um deficiente e o modelo hospitalocentrico. Disponível em <<https://nidh.com.br/damiaio/>> Acesso em 03 de jun de 2024.

NADER, Andre Ricardo. Manicômios, prisões e liberdade: entre o pessimismo da razão e o ideal de igualdade. Lacuna, uma revista de psicanálise. 22 de maio de 2016 artigo, n. -1. Disponível em

<https://revistalacuna.com/2016/05/22/manicomios-prisoas-e-liberdade/#_ftn2>
Acesso em 15 maio 2024

OLIVEIRA, Rafael Caso Ximenes Lopes versus Brasil. 2021. Disponível em
<<https://reubrasil.jor.br/caso-damiao-ximenes-lobes/>> Acesso em 03 de mar de
2024.

RODRIGUES, Maria Luiza dos Santos. A inimizabilidade por doença mental e
o sistema de medida de segurança. Universidade Anhembi Morumbi. São Paulo,
2022. p. 27

SANTOS, Ana Luiza Gonçalves. Criação e extinção do primeiro manicômio
judiciário no Brasil. 2014. Disponível em <<https://doi.org/10.1590/1415-4714.2014v17n3p515-9>> Acesso em 02 de jun de 2024.

SEIXAS, André Augusto Anderson et al.. A origem da Liga Brasileira de Higiene
Mental e seu contexto histórico. 2009. Disponível em <
<https://www.scielo.br/j/rprs/a/K3G7Y6MPKHQmdbhtsCytBZx/#>> Acesso em 3
jun 2024

SHIMIZU, Bruno. 2023. Manicômios judiciais extintos? Especialista explica
resolução do CNJ. Migalhas Disponível em
<<https://www.migalhas.com.br/quentes/390389/manicomios-judiciarios-extintos-especialista-explica-resolucao-do-cnj>> Acesso em 27 jul 2023

SILVA Érica Quinaglia; CAETANO, Haroldo. 2024. Por um Brasil sem
manicômios judiciais. JOTA, 31 mai 2024. Disponível em
<<https://www.jota.info/opiniao-e-analise/artigos/por-um-brasil-sem-manicomios-judiciarios-31052024>> Acesso em 03 jun 2024.

VALADARES, Jussara Fernandes.; GALVÃO, Jussara Alves. Hospício de Pedro
II da construção à desconstrução.. Nome do Site. Ano da Publicação. Disponível
em < <http://www.ccms.saude.gov.br/hospicio/index.php.>> Acesso em: 05 jun.
2024.

VENTURINI, Ernesto. A desinstitucionalização: limites e possibilidades. 2010.
Disponível em
<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822010000100018> Acesso em 05 jun 2024

XAVIER, Isabela Fernandes. Medida de segurança: análise e recorte sobre o caso
Ximenes Lopes. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Federal de Ouro
Preto. Ouro Preto, 2023



ANEXO II

(este anexo deve ser incluído na última página da monografia depositada no Sistema de Requerimento)

A Monografia deve ser entregue até o dia 12 de junho de 2024.

A presente Monografia, apresentada pelo (a) aluno (a) Lara Monteiro Borges, poderá ser submetida à exposição e defesa perante a Banca Examinadora designada pelo Departamento de Direito da PUC-Rio.

Rio de Janeiro, 04 de junho de 2024.

Victória Sulocki

Nome do (a) professor (a) orientador (a)

Documento assinado digitalmente
gov.br VICTORIA AMALIA DE BARROS CARVALHO GOZI
Data: 12/06/2024 17:32:14-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Assinatura do (a) professor (a) orientador (a)

O (A) autor (a) deste trabalho declara, para todos os fins, ser este um trabalho inédito e autoriza o Departamento de Direito da PUC-Rio a divulgá-lo, no todo ou em parte, resguardados os direitos autorais conforme legislação vigente. Informa, ainda, que **o referido trabalho foi feito integralmente por ele(a), aluno(a) que deposita a monografia, respeitando o Direito Autoral de terceiros, sendo o(a) presente Autor(a) responsável única e exclusivamente por qualquer plágio ou uso de inteligência artificial que nele venha a ser identificado.** Está ciente das regras deste semestre e dos riscos que o uso de plágio ou inteligência artificial possuem.

Rio de Janeiro, 04 de junho 2024.

Assinatura do (a) aluno (a)