

A NECESSÁRIA ABOLIÇÃO DO MANICÔMIO NO SISTEMA DE JUSTIÇA CRIMINAL: PARALELOS ENTRE O MOVIMENTO ANTIMANICOMIAL ITALIANO E A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA PARA SUPERANÇA DAS MEDIDAS DE SEGURANÇA

THE NECESSARY ABOLITION OF THE ASYLUM IN THE CRIMINAL JUSTICE SYSTEM: PARALLELS BETWEEN ITALIAN ANTI-ASYLUM MOVEMENT AND BRAZILIAN PSYCHIATRIC REFORM TO OVERCOME FORENSIC MENTAL HEALTH MEASURES / INVOLUNTARY COMMITMENT

Hermínia Ferreira de Carvalho¹ André Peixoto de Souza²

RESUMO

O presente artigo propõe uma crítica à persistência do Manicômio Judiciário, apesar da abolição formal dos hospitais psiquiátricos pela Lei Basaglia (Lei nº 180, de 1978) na Itália e pela Lei nº 10.216, de 2001, no

1 Mestranda e Bacharela em Direito, pela UFPR. Pós-Graduada, pelo Instituto Brasileiro de Ciências Criminais e pelo Instituto de Direito Penal Económico e Europeu da Universidade de Coimbra (IBCCrim/IDPEE), e pelo Instituto de Criminologia e Política Criminal (ICPC). Advogada. **E-mail:** herminiacarvalho1@gmail.com. **Lattes:** <http://lattes.cnpq.br/6742950822538605>. **ORCID:** <https://orcid.org/0009-0006-7323-3763>.

2 Doutor e Mestre em Direito, pela UFPR. Doutor em Filosofia, História e Educação, pela Unicamp. Professor da Faculdade de Direito da UFPR e da Escola da Magistratura do Paraná. Advogado. **E-mail:** andrepeixotodesouza@gmail.com. **Lattes:** <http://lattes.cnpq.br/6730905740474677>. **ORCID:** <https://orcid.org/0000-0003-2256-6833>.

Recebido: 17 dez. 2025, **Aprovado:** 19 jan. 2026.



Este trabalho está licenciado sob uma licença Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.

Brasil, mantendo-se a lógica hospitalocêntrica e periculosista apenas ao louco infrator. Questiona-se de que maneira o Sistema de Justiça Criminal, tanto no Brasil quanto na Itália, tem sido utilizado para a persistência do modelo manicomial, apesar de abolido pelas legislações antimanicomiais, e por que sua superação é tão necessária e urgente. A pesquisa, baseada em revisão bibliográfica e análise documental, evidencia que o silêncio legislativo e a resistência do Sistema de Justiça Criminal em reconhecer a aplicabilidade da Lei Antimanicomial aos sujeitos com sofrimento psíquico em conflito com a Lei perpetuou internações ilegítimas e violações de direitos humanos.

Palavras-Chave: Política Antimanicomial. Reforma Psiquiátrica. Abolição do Manicômio Judiciário. Clawback.

ABSTRACT

This article proposes a critique of the persistence of the judicial asylum, despite the formal abolition of psychiatric hospitals by the Basaglia Law (Law No. 180/78) in Italy and Law No. 10,216/01 in Brazil, maintaining a hospital-centric and danger-oriented logic only for the criminally insane. It questions how the criminal justice system, both in Brazil and Italy, has been used to sustain the asylum model, despite its abolition by anti-asylum legislation, and why its overcoming is so necessary and urgent. The research, based on bibliographic review and documentary analysis, shows that legislative silence and the criminal justice system's resistance to recognizing the applicability of the Anti-Asylum Law to individuals with mental suffering in conflict with the law have perpetuated illegitimate internments and human rights violations.

Keywords: Anti-Asylum Policy. Psychiatric Reform. Abolition of the Judicial Asylum. Clawback.

INTRODUÇÃO

A crise do sistema de medidas de segurança do Código Penal brasileiro, baseado em uma lógica hospitalocêntrica e manicomial³, é denunciada com angústia pela literatura especializada há décadas. Essa crise não se limita à inconsistência do conceito de periculosidade – prognóstico incerto de comportamentos antissociais futuros – nem à ineficácia do modelo hospitalocêntrico que se provou incapaz de “curar” o sofrimento mental por meio do internamento em instituições de caráter asilar (pois incapaz de realizar seu programa oficial de transformar comportamento antissocial futuro de inimputáveis em comportamento ajustado). Ela atinge o próprio conceito de doença mental, compreendido pela Lei nº 10.216, de 2001, como transtorno ou sofrimento psíquico.

A falácia tutelar da desresponsabilização penal da loucura realiza o fenômeno da reversibilidade: em nome de uma aparente proteção dos direitos de pessoas vulnerabilizadas pelo sofrimento psíquico, criam-se determinadas técnicas que promovem sua violação, afastando os limites inerentes à intervenção punitiva. Assim, a presunção da periculosidade penaliza o louco-criminoso por sua doença, e não pelo crime em si: “a loucura que é julgada e condenada” (Mendes; Faria, 2018).

A ineficácia da internação compulsória em Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTPs), que falham em seu propósito de tratamento psiquiátrico, e as graves violações de direitos humanos causaram o descrédito dos Manicômios Judiciários, sinalizando a necessidade urgente de abolição do modelo periculosista das medidas de segurança disciplinadas no Código Penal.

Nesse contexto, o tratamento extra-hospitalar, base da política antimanicomial, emerge como alternativa mais humanitária e eficiente. A

3 Outros termos são utilizados pelo movimento antimanicomial e pela psiquiatria política para se referir ao modelo hospitalocêntrico (modelo no qual a internação em hospital psiquiátrico é utilizada como elemento central no tratamento do doente mental), como modelo asilar (Basaglia, 1985, p. 99), modelo segregativo clássico da Psiquiatria, em que o manicômio era tido como a única resposta ao sofrimento psíquico (Rotelli; Leonardi; Mauri, 2019, p. 20). Existem várias alternativas ao modelo hospitalocêntrico, e o modelo assistencial é uma delas, instituído pela Lei nº 10.216, de 2001.

experiência italiana da Psiquiatria Democrática e da Lei Basaglia (Lei nº 180, de 1978) demonstrou ser possível abolir os manicômios gerais, tornando-se uma referência mundial em serviços de atenção à saúde mental baseados na desinstitucionalização. Por sua vez, no Brasil, a Reforma Psiquiátrica da Lei nº 10.216, de 2001, adotou solução semelhante ao abolir a internação em instituições asilares, impulsionando a desinstitucionalização no SUS desde os anos 90.

Contudo, apesar da falência do modelo hospitalar e sua abolição formal, o Sistema de Justiça Criminal, tanto no Brasil quanto na Itália, tem sido utilizado para a persistência (ou *clawback*) do Manicômio Judiciário ao negar a aplicabilidade da política antimanicomial ao louco infrator. Na Itália, o silêncio eloquente da Lei nº 180, de 1978, provocou um atraso de quase 40 anos no fechamento dos Manicômios Judiciais. No Brasil, o silêncio legislativo da Lei nº 10.216, de 2001, e a resistência do Judiciário impediram a verdadeira abolição do Manicômio Judiciário, a ponto de outros seis HCTPs terem sido construídos após a vigência da Lei da Reforma Psiquiátrica, alguns ainda em funcionamento apesar da Resolução nº 487 do CNJ. Isso evidencia que no Brasil, assim como na Itália, “o sistema prisional [também] foi utilizado para preservar instituições injustas e obsoletas, como aconteceu com a escravatura” (Santorso, 2018).

Diante disso, questionamos: De que maneira o Sistema de Justiça Criminal, tanto no Brasil quanto na Itália, tem sido utilizado para a persistência do modelo Manicomial Judiciário, abolido pelas legislações antimanicomiais (Lei nº 10.216, de 2001, e Lei Basaglia), e por que a implementação da política antimanicomial no Sistema de Justiça Criminal é tão necessária e urgente? O texto presente, pautado em revisão bibliográfica e na análise comparativa das experiências italiana e brasileira, busca justamente expor a persistência do Manicômio Judiciário após sua abolição formal por tais legislações. A relevância do estudo se acentua diante da incompatibilidade do modelo hospitalocêntrico com o modelo antimanicomial, cuja aplicabilidade ao sistema penitenciário tem sido reforçada pela Resolução nº 487 do CNJ ao impor o fechamento programado dos HCTPs.

Na sequência, a análise se aprofunda na aplicabilidade das medidas de proteção da Lei da Reforma Psiquiátrica aos sujeitos com sofrimento

psíquico em conflito com a Lei, questionando se seriam alternativas viáveis em relação às medidas de segurança do Código Penal. O contexto atual parece apontar para a necessidade de humanização das políticas de saúde mental no sistema penitenciário, reforçada pela Resolução nº 487 do CNJ.

I. A EXPERIÊNCIA ITALIANA E A LEI Nº 180, DE 1978 (LEI BASAGLIA)

A Lei Basaglia e o movimento da Psiquiatria Democrática italiana são referências em política antimanicomial, mas levantam o questionamento sobre a efetiva extinção dos Manicômios Judiciários e a possível persistência do modelo asilar por meio do Sistema de Justiça Criminal. Assim, este tópico analisa a desinstitucionalização italiana.

O termo antipsiquiatria, cunhado na Inglaterra na década de 1960 por David Cooper, Aaron Esterson e Ronald Laing, serviu para designar um movimento político radical europeu (1955 e 1975) caracterizado pela contestação do saber psiquiátrico tradicional e do modelo manicomial/hospitalocêntrico ou do modelo asilar de Pinel de institucionalização da loucura – que tinha como um de seus principais fundamentos o “isolamento terapêutico” (Amarante; Torre, 2018, p. 1.093).

Em atenção aos direitos humanos, a antipsiquiatria negava radicalmente a psiquiatria tradicional e suas práticas asilares violentas, adotando formas alternativas de tratamento ao sofrimento psíquico. O movimento promoveu uma “virada copernicana”, transferindo o enfoque tradicional nas características individuais para as características do sujeito que surgem das relações sociais, “ou seja, o grande diferencial da antipsiquiatria foi perceber que os indivíduos são sujeitos transformados constantemente pelo meio social no qual estão inseridos, e dessa relação com os outros é que constroem suas próprias referências” (Branco, 2019, p. 159). Assim, a loucura passou a ser entendida como manifestação do sofrimento do sujeito inserido em seu contexto social, e não mais uma doença submetida aos padrões “científicos” da medicina.

Na década de 1960, surge na Itália a Psiquiatria Democrática de Franco Basaglia, que conferiu contornos mais práticos ao movimento. Amparado por Foucault, Goffman e pela antipsiquiatria, Basaglia criticava

o modelo manicomial, centrado na estrutura hospitalar segregadora e cronificadora que incapacita o sujeito. Denunciou que o sofrimento não era inerente à condição do doente, mas, sobretudo, ao fato de estar “institucionalizado”. Inicialmente focado na humanização do tratamento psiquiátrico e na desinstitucionalização, o pensamento de Basaglia resultou em um pedido de demissão coletiva no Hospital de Gorizia (Rotelli; Amarante, 1992, p. 43).

Em outubro de 1971, agora como diretor do Hospital Provincial de Trieste, Basaglia promoveu a “demolição do aparato manicomial com a extinção dos ‘tratamentos’ violentos, a abertura dos cadeados e das grades, a destruição dos muros que separavam o espaço interno do externo, a construção de novos espaços e formas de lidar com a loucura e a doença mental” (Rotelli; Amarante, 1992, p. 43). A experiência de Trieste incluiu a criação de centros de saúde mental regionais, grupos-apartamentos, cooperativas de trabalho, serviço emergência psiquiátrica com um pequeno número de leitos, demonstrando a viabilidade de um circuito de atenção e cuidados à saúde mental que prioriza a socialização e a subjetividade. Aliás, em 1973, a Organização Mundial da Saúde credenciou o Serviço Psiquiátrico de Trieste como referência mundial, enquanto proposta de uma diversidade terapêutica desinstitucionalizada e a individualização do tratamento (sem medidas institucionais padronizadas, em respeito à individualidade e à subjetividade de cada sujeito), capaz de superar o paradigma racional da psiquiatria tradicional que buscava, de forma incessante, a cura à doença mental (Basaglia, 2010, p. 237).

Para Basaglia, a cura é um produto do contato entre o cidadão e a sociedade, já que o hospital psiquiátrico induzia a demanda pela doença e criava uma vida sem expectativa extramuros. No manicômio, o doente é catalogado e segregado, forçado a se adaptar a uma rotina asilar sem cidadania ou dignidade. Nem mesmo uma instituição mais humanizada seria capaz de romper com a cadeia da psiquiatrização do sofrimento, que sempre retorna à doença e à exclusão (Branco, 2019, p. 167-168). Verificou a necessidade de aniquilar a instituição pelo desmonte manicomial, abdicando do objetivo de tratar os doentes para privilegiar o desenvolvimento de sua subjetividade, isto é, tirá-los da lógica asilar ao conferir-lhes autonomia e responsabilidade (Basaglia, 2010, p. 247).

Antes mesmo da Lei nº 180, de 1978, o movimento foi capaz de extinguir alguns manicômios: “experiências semelhantes [à Trieste] começaram a ser desenvolvidas em outras cidades como Perugia, Arezzo, Regio-Emilia, Parma, dentre outras” (Rotelli; Amarante, 1992, p. 45). Com o manicômio fechado em diversas localidades, a Psiquiatria Democrática (Psichiatria Democratica) ganhou apoio social, de psiquiatras e usuários, viabilizando a reforma psiquiátrica nacional. Em 1977, o Partido Radical Italiano apresentou o projeto de lei para revogar a legislação psiquiátrica e suspender qualquer tipo de controle institucional sobre a loucura. Franca Ongaro Basaglia, senadora e esposa de Franco Basaglia, foi coautora da Lei nº 180, de 1978, que incorporou parcialmente as ideias basaglianas, levando o nome do Psiquiatra (Branco, 2019, p. 168).

Contudo, o modelo não é isento de críticas, como a transinstitucionalização denunciada por Rotelli, Leonardis e Mauri (2019, p. 22-23). Segundo os autores, a internação psiquiátrica persistiu na Europa e nos Estados Unidos, com sistemas de saúde mental que, embora permitam internações mais curtas, resultam em aumento de altas e recidivas (revolving door). Além disso, diversas estruturas assistenciais ou judiciárias continuaram internando pacientes psiquiátricos, transformando a desinstitucionalização em mera desospitalização que resultam no abandono de parcelas da população psiquiátrica e em novas formas, mais obscuras, de internação.

O trabalho de Basaglia evidenciou o papel antiterapêutico de qualquer tipo de hospital psiquiátrico. Ao promover o processo de desconstrução das instituições asilares a partir do interior (com o apoio da sociedade externa), introduziu uma abordagem não institucional para lidar com o sofrimento mental. A desconstrução do manicômio é uma práxis política revolucionária por meio de gestos elementares: eliminar todas as formas de contenção (física e mecânica), restabelecer a relação e o domínio do indivíduo sobre seu corpo físico, restabelecer a capacidade de usar objetos pessoais, restituir o direito e a capacidade de fala, eliminar a terapia meramente ocupacional, abrir as portas e destruir os muros, produzir espaços de interlocução, liberar os sentimentos (vocalizar a loucura), restituir direitos civis pela proibição da coação, tutela jurídica e estatuto de periculosidade e capacitar o sujeito para ter uma base de rendimentos e acesso à vida social (Rotelli; Leonardis; Mauri, 2019,

p. 32-33). Na prática, porém, a reforma psiquiátrica italiana se revelou como mera desospitalização, e não uma efetiva desinstitucionalização (no sentido Rotelliano do termo) ou abolição (no sentido abolicionista) do modelo psiquiátrico.

A Lei nº 180, de 1978, entretanto, não era exatamente o que Basaglia desejava. Embora disciplinasse a desinstitucionalização e eliminasse a internação psiquiátrica, além de prever serviços locais de assistência comunitária, não foi capaz de abolir o manicômio, pois manteve a antiga fórmula da periculosidade (Rotelli; Amarante, 1992, p. 45-46)⁴. Isso violava o espírito da Psiquiatria Democrática e permitia continuidades com a situação anterior. Assim, apesar da abolição formal dos hospitais psiquiátricos, o sistema prisional foi utilizado para a persistência dessa instituição já considerada obsoleta e desumana.

É inegável, porém, o grande mérito da Lei Basaglia: impossibilitou a recuperação dos antigos manicômios, reorganizou a rede de cuidados psiquiátricos, restituiu a cidadania e os direitos sociais aos doentes e garantiu o direito a um tratamento psiquiátrico qualificado.

Ressalta-se que, apesar de ser um marco na reforma psiquiátrica italiana, a Lei Basaglia não se aplicava aos sujeitos com sofrimento psíquico em conflito com a Lei. A Lei nº 180, de 1978, regulamentava tão

4 “A Lei nº 180, de 1978, no entanto, não chega ao termo que Basaglia desejava. Em sua opinião, ‘a velha fórmula que justifica o internamento compulsório (...perigoso para si ou para os outros ou por motivo de escândalo público...) é substituída por um artigo de lei que, por continuar dando ao médico a inteira responsabilidade do julgamento de periculosidade social, introduz confusamente um elemento novo, a avaliação dos recursos disponíveis para resolver o caso. Permanece enfim o julgamento de gravidade, avaliado pela rejeição do paciente à internação voluntária. Abre-se, porém, a possibilidade de soluções alternativas à internação, apenas quando se está de acordo em que estas não existem torna-se obrigatório o tratamento de autoridade. De quem é a responsabilidade pela inexistência de soluções diferentes? Como organizar um sistema de serviços que possa tendencialmente eliminar a necessidade do tratamento obrigatório? Não existem garantias de que a situação mudará de modo substancial. É facilmente previsível uma genérica reconversão da assistência psiquiátrica na medicina, como já ocorre em outros países. Além do mais, o fato de que um dos componentes que permitem o juízo de gravidade seja também a inexistência de outras soluções abre no corpo social um novo espaço de contradições” (Rotelli; Amarante, 1992, p. 45-46).

somente o sistema geral de saúde mental, sem alterar os dispositivos do sistema penal para os inimputáveis.

Apesar de a experiência italiana de desinstitucionalização ter alcançado um objetivo negativo (abolição formal de uma instituição total do passado, isto é, a desinstitucionalização em si), seguida de um “projeto positivo” (que permite a erradicação e a substituição dos princípios injustos por alternativas novas mais justas para o futuro, ou seja, a verdadeira abolição) capaz de evitar o clawback do hospital psiquiátrico civil, “a reforma de 1978 não teve em consideração os pacientes autores de crime, mantendo de fato o Hospital Psiquiátrico Forense (em italiano OPG). Assim, o processo de desinstitucionalização desmantelou os hospitais psiquiátricos sem abolir a psiquiatria como instituição [total penal]” (Barbui, 2015, p. 445-446). Ainda que estas instituições penais também tenham sido recentemente reformadas em razão do movimento da Psiquiatria Democrática no OPG⁵, sua persistência revela que “o sistema prisional foi utilizado para preservar instituições injustas e obsoletas, como aconteceu com a escravatura” (Santorso, 2018).

Corrado Barbui e Benedetto Saraceno (2015) relataram a resistência de o Judiciário fechar os hospitais psiquiátricos forenses (Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG)), mesmo após quarenta anos da Lei Basaglia. A gestão dos indivíduos com sofrimento psíquico que praticaram um fato definido como crime depende da avaliação da responsabilidade penal (capacidade de culpa) e da perigosidade. Imputáveis com sofrimento psíquico recebem penas e cuidados de saúde mental no sistema penitenciário. Para os inimputáveis, há duas possibilidades: ausente a periculosidade, são liberados para cuidados de saúde mental normais (sem presunção automática de periculosidade para os inimputáveis); se atestada a perigosidade para a segurança pública, são internados em OPGs ou centros alternativos de acolhimento.

5 Em 2012, a Lei nº 9, de 2012, estabeleceu a necessidade de novas instalações residenciais adequadas para cuidados de indivíduos com necessidade de cuidados intensivos de saúde mental que sejam socialmente perigosos e sujeitos com perturbações mentais, estabelecimentos pequenos para até vinte pessoas, sendo alocados até quatro pacientes por quarto, instituições destinadas a substituir os internamentos em hospitais psiquiátricos forenses.

Até 2015, a Itália ainda possuía seis OPGs, com cerca de 1.000 internos, sem maiores dados sobre esta população ou sobre os cuidados de saúde mental disponíveis: “com exceção de um hospital, a qualidade dos cuidados de saúde mental é gravemente insatisfatória, tal como salientado por um aviso de violação de direitos humanos emitido pelo Conselho da Europa em 2006” (Barbui, 2015).

A desinstitucionalização demorou a atingir OPGs italianos que resistiram até a década de 2010. Pesquisa de Di Lorito et al. (2017) mostra que, apesar do sucesso do movimento da Psiquiatria Democrática no encerramento dos hospitais psiquiátricos gerais, “os seis hospitais psiquiátricos forenses [OPGs] existentes não foram afetados pela reforma, uma vez que permaneceram sob a jurisdição do Ministério da Justiça e separados de todos os outros serviços de saúde, que nessa altura estavam incluídos no recém-nascido Servizio Sanitario Nazionale (SSN)” (Di Lorito, 2017).

Em 2008, por meio de um decreto, o governo italiano definiu um programa de fechamento progressivo de tais instituições, transferindo responsabilidades e recursos para o Sistema Nacional de Saúde. A incorporação dos serviços psiquiátricos forenses no SSN em 2008 representou uma importante mudança na política manicomial, a fim de garantir a sanitarizzazione (ênfase nos cuidados de saúde mental, e não na mera contenção ou segurança social). No entanto, uma investigação parlamentar realizada em 2010 revelou que os OPGs permaneciam com condições degradantes, definindo as instalações “horrríveis e indignas de um país civilizado” (Di Lorito, 2017, p. 58).

Longo em seguida, a Itália recebeu um aviso de violação de direitos humanos emitido pelo Conselho da Europa, pressionando o governo a aprovar a Lei nº 9, de 2012. Esse novo regramento previu a criação de novos estabelecimentos que priorizassem a prestação de cuidados de saúde mental intensivos de alta qualidade para indivíduos socialmente perigosos, “em condições de segurança adequadas”. Eram estabelecimentos pequenos de até 20 pacientes (no máximo quatro por quarto), mas a aplicação desses programas não foi satisfatória (Barbui, 2015).

Em maio de 2014, foi editada a Lei nº 81 que estabeleceu prazos operacionais que obrigam as autoridades regionais a seguir um novo protocolo: aos internos dos hospitais psiquiátricos forenses, devem ser

desenvolvidos programas de alta individualizados em um prazo definido; se a perigosidade para a segurança pública for prorrogada pelo tribunal, tais programas de alta devem assegurar a transferência para os recém-criados centros residenciais de pequena escala, ou colocação na comunidade com medidas de segurança menos restritivas. Os novos pacientes observariam um protocolo semelhante, sendo que, excepcionalmente, “os doentes podem ainda ser internados ou não ter alta de um hospital psiquiátrico forense, desde que não existam outras opções terapêuticas que garantam condições de segurança adequadas”. A Lei ainda definiu que o “prazo para o desmantelamento definitivo dos hospitais psiquiátricos forenses termina no final de março de 2015” (Barbui, 2015, p. 445). O novo regramento também proibiu a prorrogação da periculosidade baseada em estrutura familiar ou econômica precária, sobretudo devido à falta de programas de saúde mental (fenômeno da reversibilidade analisado anteriormente).

Esse novo programa criado em 2014 também foi alvo de críticas, já que não proibiu expressamente novas admissões nos hospitais psiquiátricos forenses (apenas que seriam “excepcionais”); o programa ainda sobrecarregou o sistema de saúde mental sem prever novos investimentos que seriam necessários para expandir sua competência no tratamento de criminosos. Barbui e Benedetto entendem que a reforma teria sido mais radical se tivesse cancelado o conceito de inimputabilidade, para que os sujeitos com sofrimento psíquico recebessem a mesma sentença dos imputáveis, mas com o devido cuidado mental.

Na prática, as Leis nº 9, de 2012, e nº 81, de 2014, não foram efetivamente aplicadas. A Lei de 2012 previa o fechamento total do hospital psiquiátrico forense, e a Lei de 2014 obrigava a cada uma das vinte regiões italianas o desenvolvimento de unidades residenciais de cuidado na comunidade (REMS) até março de 2015. Contudo, “no prazo estabelecido pela Lei nº 81, apenas a região Emilia Romagna tinha REMS prontos para novas admissões”, sendo nomeado um comissário especial, Franco Corleone, antes responsável garantia os direitos dos reclusos, a fim de acompanhar a aplicação da reforma e a implementação das REMS nas seis regiões restantes (Abruzzo, Calabria, Piemonte, Puglia, Toscana e Veneto) (Di Lorito, 2017, p. 58).

Na Itália, este longo processo de conversão dos hospitais psiquiátricos forenses em unidades residenciais de cuidado na comunidade (Residenza per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS))⁶ parece ter sido formalmente concluído em 28/1/2017, com o fechamento do último OPG, com duração de mais de quarenta anos. Movimentos como o StopOPG foram essenciais para buscar maior aplicabilidade à Lei nº 81, de 2014. Psiquiatras veem como positiva a transição para as REMS, sobretudo por serem instituições de caráter médico (e não Judiciário): “A conversão para as REMS fez da Itália o primeiro e único país do mundo a seguir os princípios do movimento de desinstitucionalização, a ponto de abandonar um modelo hospitalar de cuidados psiquiátricos forenses a favor de unidades residenciais, que apenas empregam pessoal clínico” (Di Lorito, 2017, p. 55).

Entretanto, o modelo de REMS não é imune a críticas, sobretudo relacionadas ao processo de encaminhamento e de admissão: os pacientes são encaminhados por magistrados com base nos laudos psiquiátricos de peritos que não mantêm contato com serviços de psiquiatria forense, o que os impede de afirmar se estes atenderiam às necessidades de tratamento do paciente. Ademais, embora os REMS sejam considerados excepcionais (por previsão legal), os magistrados apresentam persistências do modelo hospitalocêntrico anterior, encaminhando os pacientes a REMS a título provisório, diante da ausência de serviços adequados locais (medidas cautelares que representam a maioria dos novos internamentos), o que representa desafios àquela instituição, especialmente em questão de segurança. Nas regiões onde operavam os antigos hospitais psiquiátricos forenses (OPGs), a mentalidade dos julgadores representa um grande desafio, pois “os Tribunais e os peritos ainda operam dentro da cultura psiquiátrica forense pré-reforma (Scarpa et al., 2017)”. Segundo o comissário especial Franco Corleone, para a efetiva abolição do modelo hospitalocêntrico/asilar, “as mudanças estruturais na política e na prática sejam acompanhadas por esforços para desafiar a cultura social na sua abordagem estigmática ao delinquente psiquiátrico (Corleone, 2017)” (Di Lorito, 2017, p. 61).

6 As REMS seriam residências comunitárias de pequeno porte e com caráter terapêutico, sob gestão da saúde (e não da Justiça).

Somam-se, ainda, a falta de recursos e a resistência da população em aceitar as REMS, que representam custos mais elevados (55 milhões de euros de orçamento médico/ano) em relação aos antigos OPGs (22 milhões de euros de orçamento médico em seu último ano de funcionamento). Conclui-se que ainda há espaço para melhoria dos serviços de saúde mental no contexto da psiquiatria forense italiana, que ainda enfrenta desafios.

A crítica de Santorso permite traçar um paralelo entre o movimento antimanicomial italiano e a Reforma Psiquiátrica brasileira, objeto do próximo tópico, que não foram capazes de abolir completamente o Manicômio Judiciário. A verdadeira abolição encontrou uma barreira concreta no Judiciário, confirmando que “o sistema prisional foi utilizado para preservar instituições injustas e obsoletas, como aconteceu com a escravatura” (Santorso, 2018),.

2. A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA E A LEI Nº 10.216, DE 2001

O uso do sistema prisional para preservar instituições formalmente consideradas injustas e obsoletas, denunciado por Santorso, também se manifesta na experiência brasileira. Apesar de a Lei nº 10.216, de 2001, ter desinstitucionalizado formalmente os pacientes de hospitais psiquiátricos comuns, tais instituições persistem por meio dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP). Este tópico analisa a experiência antimanicomial brasileira, o silêncio eloquente do legislador e a resistência em reconhecer a aplicabilidade da Reforma Psiquiátrica ao sistema prisional.

Inicialmente, as políticas públicas eram regidas pelo modelo manicomial hospitalocêntrico, baseado no “isolamento terapêutico”. Esse modelo foi especialmente questionado pela Psiquiatria Democrática, movimento que rejeita o conceito tradicional de cura (vinculado a um diagnóstico psicopatológico) e passa a buscar possibilidades concretas de vida, de emancipação, de autonomia fora dos muros do manicômio. Para o movimento, o ato terapêutico renuncia o diagnóstico, desconstrói a relação de tutela e passa a proclamar a possibilidade de “ser sujeito” no espaço da cidade e de convivência coletiva (Amarante; Torre, 2018,

p. 1.093 e 1.095). O isolamento agora é concebido como patológico e a inserção social é terapêutica e emancipatória, pois enquanto não ocorre nenhuma troca social no manicômio, a cidade é o espaço de trocas sociais infinitas. A mera desospitalização (fechamento dos hospitais psiquiátricos) era insuficiente, sendo necessária uma verdadeira desinstitucionalização ou abolição do manicômio para a efetiva superação do modelo hospitalocêntrico (paradigma psiquiátrico clássico). É necessário substituir a cura pela produção de saúde mental, produção de projetos de vida por meio da reinserção da loucura na cidade.

No Brasil, denúncias contra o modelo hospitalocêntrico já existiam desde o início do século XX, como Lima Barreto, em “Diário do Hospício: O cemitério dos vivos”. No entanto, como movimento institucional, a Reforma Psiquiátrica surge vinculada à reforma sanitária, que se consolidou desde 1978 até a redemocratização, integrando-se ao Sistema Único de Saúde instituído pela Constituição de 1988. Diferentemente da Europa, as críticas ao modelo hospitalocêntrico brasileiro ganharam força na década de 70 (Resende, 2007, p. 54). O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), criado em 1978 sob a influência italiana (Branco, 2019, p. 171), foi um dos grandes destaques, surgindo após o Psiquiatra Paulo Amarante e outros dois plantonistas denunciarem violações de direitos humanos no Centro Psiquiátrico II do Engenho de Dentro. A resposta institucional foi a demissão dos psiquiatras e outros 263 profissionais envolvidos: “nasceu aí o movimento de trabalhadores da saúde mental que, dez anos mais tarde, transformou-se no movimento de luta antimanicomial, ainda hoje, o mais importante movimento social pela reforma psiquiátrica e pela extinção dos manicômios” (Amarante, 1995, p. 492).

A visita de Basaglia ao Hospital Colônia de Barbacena em 1979, que comparou o local a um campo de concentração, intensificou a discussão e impulsionou o movimento antimanicomial brasileiro (dando origem ao documentário “Em nome da Razão” de Helvécio Rattton em 1980). Nasce o processo da reforma psiquiátrica brasileira enquanto militância, participação política, com ampla participação dos sujeitos em sofrimento mental e dos trabalhadores em saúde mental (Amarante; Torre, 2018, p. 1.096).

A VIII Conferência Nacional de Saúde de 1986 foi essencial para consolidar os princípios que deram origem ao SUS e possibilitou a inclusão da saúde mental como pauta nacional. O evento foi importante para a estruturação de um novo modelo de saúde pública, calcado na cidadania, acesso universal, descentralização e participação comunitária. Esse modelo serviu de base para a política sanitária que seria definida pela Assembleia Nacional Constituinte e sedimentado pela Constituição de 1988, garantindo o acesso universal e equânime a serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde no capítulo “Da Ordem Social”, com a previsão de que saúde é direito de todos e dever do Estado, sedimentando a universalidade do acesso à saúde e a responsabilidade estatal que viria a constituir o SUS, regulamentado pela Lei nº 8.080, de 1990 (Branco, 2019, p. 171). A previsão dos direitos humanos e sociais no ordenamento constitucional favoreceu a formulação de políticas públicas nos anos 90 (Delgado, 2011, p. 115).

Posteriormente, a I Conferência Nacional de Saúde Mental de 1987 discutiu estratégias para implantação da reforma psiquiátrica no âmbito da reforma sanitária. O objetivo era discutir novas possibilidades do modelo assistencial em hospitais e novas estruturas de atendimento, e romper com a centralidade do hospital psiquiátrico (Heidrich, 2007, p. 106). No mesmo ano, o MTSM realizou uma conferência em Bauru para debater formas de intervenção social e a necessidade de superação do modelo psiquiátrico clássico e institucionalizado: “a partir desse encontro, o movimento assumiu a denominação de Movimento Nacional de Luta Antimanicomial”, em que a expressão manicômio passou a ser utilizada para reforçar seu caráter asilar (Heidrich, 2007, p. 107). Em resultado, o Congresso de Bauru editou o “Manifesto de Bauru” e decidiu pela organização do Dia Nacional da Luta Antimanicomial no dia 18 de maio.

Esses movimentos resultaram na reestruturação da assistência psiquiátrica e implementação de novas formas de atenção à saúde mental. Nesse contexto, em 1987 surge o primeiro Centro de Atenção Psicossocial do Brasil em São Paulo, o CAPS Luiz da Rocha Cequeira (ou CAPS da Rua Itapeva). No ano seguinte, a Prefeitura de Santos fechou o hospital psiquiátrico da cidade em razão de sucessivas denúncias de maus-tratos (Branco, 2019, p. 172-173), sendo substituído pela criação

de Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) enquanto modelo substitutivo ao manicomial, ao lado de cooperativas, associações e outros dispositivos, sob a influência da experiência italiana (Heidrich, 2007, p. 108). Este cenário favoreceu a mudança social e a proposição de uma lei nacional que legitimasse o novo modelo público de atenção à saúde mental, ancorado nos direitos humanos, na liberdade, regionalizado e no exercício da cidadania.

O intenso debate nacional acerca das soluções diversas para a organização da rede de serviços e de premissas éticas de cuidado ao sofrimento mental resultou na apresentação, em setembro de 1989, pelo deputado federal Paulo Delgado, do Projeto de Lei nº 3.657, de 1989. Após tramitar por doze anos, com intensos debates entre os setores reformistas e conservadores, passando por diversas emendas, audiências públicas e um substitutivo (Delgado, 2011, p. 117) do deputado Germano Rigotto (que suavizou o projeto original e retirou a previsão de fechamento expresso dos hospitais psiquiátricos, subordinando-os a critérios rigorosos de internação), o projeto foi aprovado, dando origem à Lei nº 10.216, de 2001 (Lei da Reforma Psiquiátrica ou Lei Antimanicomial). Embora preveja o tratamento em liberdade e a priorização de serviços substitutivos, não extinguiu o modelo hospitalocêntrico e admitiu internações involuntárias e compulsórias.

A reforma psiquiátrica no Brasil, ao buscar a desinstitucionalização, declarou a obsolência dos hospitais psiquiátricos enquanto instituições de caráter asilar que produzem mais sofrimento mental e incapacitam os pacientes para uma vida plena. Essa crítica negativa foi acompanhada de um momento positivo na política antimanicomial que buscou “abolir” o asilo com a criação de formas alternativas de atenção à saúde mental: modelos extra-hospitalares de atendimento que garantem o “direito de existir” dos pacientes e buscam restabelecer sua vivência plena (Branco, 2019, p. 175). As diretrizes da reforma psiquiátrica garantem o respeito à liberdade e o pleno convívio familiar e comunitário, com o fortalecimento da rede extra-hospitalar (CAPS, residências terapêuticas, ambulatórios, centros de convivência, entre outros). As internações são excepcionais e realizadas em leitos de hospitais gerais, ou no CAPS, visando à extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos.

A Lei nº 10.216, de 2001, dedica os artigos 1º e 2º à afirmação positiva dos direitos dos pacientes e no exercício da cidadania plena, priorizando o tratamento comunitário em detrimento da internação hospitalar excepcional (reservada aos casos em que se mostrar indispensável segundo o art. 4º). O artigo 5º prevê a ressocialização dos pacientes de longa permanência em hospitais psiquiátricos (asilares), o que levou à criação do Programa De Volta para Casa em 2003 (Delgado, 2011, p. 116). Embora a extinção progressiva dos manicômios não esteja prevista na legislação, o regramento prioriza serviços de saúde mental comunitários e a internação em ambiente hospitalar de forma excepcional, se inadequados os recursos extra-hospitalares (Neves Filho, 2025, p. 43).

Thiago Bagatin (2024, p. 79) ressalta que a Lei da Reforma Psiquiátrica vai além da abolição do modelo hospitalocêntrico e da reorganização dos serviços públicos de saúde mental, desconstruindo estereótipos e preconceitos ao apresentar a pessoa com diagnóstico psiquiátrico como um sujeito de direitos. A Lei adota uma nova concepção do sofrimento psíquico: desvinculada de explicações biologistas, entende o sofrimento como produto de condições de vida, sendo insuficiente apenas “tratar a doença”. Daí por que foi necessário garantir fatores externos que auxiliam o sujeito a manejar sua existência plena, por meio de uma rede de serviços articulada.

Nesse contexto, a efetiva desinstitucionalização demandou novas práticas e equipamentos públicos coerentes com o movimento da luta antimanicomial. Gestores públicos comprometidos com a consolidação dos princípios da Reforma Psiquiátrica passaram a implementar a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituída pela Portaria nº 3.088, de 2011, definida como conjunto de equipamentos, programas e serviços focados na atenção à saúde mental com manutenção dos vínculos familiares, territoriais e comunitários, em oposição à lógica tradicional do confinamento. O conceito de território, dos serviços do SUS, compreende o local onde se desenvolvem as relações históricas, afetivas e culturais, garantindo acessibilidade próxima ao local onde os usuários vivem.

A complexidade das questões que envolvem a atenção à saúde mental é incompatível com um sistema de saúde rígido, hierárquico, burocrático e fragmentado, sendo necessário criar redes e processos

de trabalhos com muitas articulações, determinadas pela necessidade de cada usuário que molda a dinâmica de trabalho de equipes multiprofissionais. Consolidou-se a criação dos Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), em que “não há um fluxo de encaminhamentos preestabelecido, mas sim uma rede de programas, equipamentos e serviços que podem ser acionados em maior ou menor intensidade, a depender das reais necessidades do usuário” (Bagatin, 2024, p. 83). Trata-se do conjunto de propostas terapêuticas de uma equipe multidisciplinar adequado às necessidades de cada usuário. Partindo de tais projetos terapêuticos individualizados, a RAPS pode adquirir múltiplas configurações, conforme as próprias redes locais.

A Portaria dispõe de diversas diretrizes de natureza antimanicomial, sem espaço para a inclusão de instituições de caráter asilar. Seus componentes previstos no art. 5º da Portaria abrangem a Atenção Básica em Saúde (Unidades Básicas de Saúde (UBS)), consultórios na rua, Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), centros de convivência e atenção residencial transitória, Atenção Psicossocial Especializada (várias modalidades de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), de acordo com o porte do município), Atenção de Urgência e Emergência (SAMU, UPAs, portas hospitalares de atenção à urgência), Atenção Residencial de Caráter Transitório (Unidades de Acolhimento de permanência máxima de seis meses ou serviços de atenção em regime residencial) e a Atenção Hospitalar (serviços hospitalares de referência e enfermaria especializada em hospitais gerais, com leitos específicos para suporte hospitalar em saúde, articulado com o PTS, desde que a internação seja curta e perdure até a estabilidade clínica do paciente).

Compõe ainda a RAPS o eixo de Estratégias de Desinstitucionalização, “destinada às pessoas que estão presas nos Manicômios Judiciários ou em hospitais psiquiátricos em situação de internação de longa permanência” (Bagatin, 2024, p. 87), contemplando duas iniciativas: Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT)⁷, com o acompanhamento do CAPS e das UBS, a fim de garantir a retomada de uma autonomia progressiva do

7 Que são moradias comunitárias destinadas aos egressos de tais instituições (dois ou mais anos ininterruptos), que favorecem a ressocialização e a gestão do cotidiano, projetos de vida e apoio de diversos profissionais da rede. A abertura de vagas nos SRTs é condicionada ao fechamento de leitos em instituições asilares.

usuário; e o Programa De Volta Para Casa (PVC), um auxílio indenizatório de reabilitação psicossocial que se destina à assistência e à integração social de pessoas com longa permanência em hospitais psiquiátricos ou Manicômios Judiciários.

No entanto, assim como no caso italiano, apesar de a Lei Reforma Psiquiátrica prever a desinstitucionalização dos pacientes dos Hospitais Psiquiátricos comuns, no caso brasileiro, o sistema prisional foi igualmente utilizado para manter a existência dessas instituições totais já consideradas injustas e obsoletas pela persistência dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTPs). A abolição formal do manicômio não impediu o clawback da instituição pelo sistema prisional; nesse ponto, o silêncio eloquente do legislador é esclarecedor, desvelando uma verdadeira política de sequestro e de abandono dos sujeitos com sofrimento mental em conflito com a lei. Nesse ponto, a Lei nº 10.216, de 2001, foi “terrível” ao não contemplar expressamente as medidas de segurança e os HCTPs, legitimando a resistência dos operadores do Direito que, de forma conservadora, ignoram a aplicabilidade do novo modelo assistencial ao sistema prisional.

Questiona-se por quais motivos o Sistema de Justiça Criminal resistiu às medidas da Reforma Psiquiátrica, sobretudo na aplicação das medidas de segurança detentivas. A existência de um regramento que desconstrói o modelo hospitalocêntrico e propõe o modelo assistencial deveria provocar mudanças em todas as políticas públicas de atenção à saúde mental, tanto no âmbito do SUS como no sistema penal. Assim, “qual(is) a(s) justificativa(s) para que o Sistema de Justiça Criminal, de forma quase absoluta, ignore os preceitos reformadores e continue adepto ao paradigma positivista [periculosista e asilar] do século XIX?” (Branco, 2019, p. 180). Será que as garantias e os direitos fundamentais previstos na Constituição e na Lei Antimanicomial são aplicáveis apenas aos “humanos direitos” (Neves Filho, 2025, p. 60-63), ou seriam universais, atingindo todos os sujeitos com sofrimento mental que dependem de políticas públicas de atenção à saúde mental nos sistemas de saúde e penal?

A resistência dos Manicômios Judiciários à parcialmente bem-sucedida desconstrução legal dos modelos asilares de atenção à saúde mental é constatada por Bagatin ao apontar que “alguns, inclusive, foram

erguidos mesmo com a aprovação da Lei nº 10.216, de 2001, Lei da Reforma Psiquiátrica, que deveria servir de empecilho para o tratamento em instituições fechadas” (Bagatin, 2024, p. 89). Em âmbito nacional, destacam-se os trabalhos desenvolvidos pela professora Débora Diniz que analisam a execução das medidas de segurança, que observa: “ser contado é uma forma de existir”. Diniz coordenou, em 2011, o primeiro censo nacional dos estabelecimentos de custódia e tratamento psiquiátrico no Brasil, com o mapeamento de 26 instituições e análise de quase 4.000 dossiês de indivíduos internados, revelando graves violações de direitos humanos (internações indevidas, excesso de prazo nos exames de cessação de periculosidade, permanências superiores ao limite legal máximo). Os resultados foram publicados em 2013 em “A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil: censo 2011”.

O trabalho desvelou o aprisionamento da loucura em números, mesmo após uma década de vigência da Lei da Reforma Psiquiátrica que aboliu, formalmente, as instituições psiquiátricas de caráter asilar. Dos 23 Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico existentes à época da pesquisa (conforme dados publicados pela Secretaria Nacional de Políticas Penais (SENAPPEN), no segundo semestre de 2023, o Brasil ainda contava com 25 HCTPs em plena execução de medidas de segurança, isto é, mais de duas décadas depois da Lei Antimanicomial)⁸, seis deles foram construídos depois de 2001, após a previsão legal da política antimanicomial, sendo considerado como um dos grandes picos de criação dos HCTPs (Diniz, 2013, p. 21-22).

O total descompasso dos HCTPs com a política manicomial implementada pela Lei nº 10.216, de 2001, é manifesto, fato constatado não apenas pela doutrina especializada, mas também por relatórios de fiscalização e pesquisas autônomas de levantamentos de dados. Há, ainda, indicativos de que a situação do Complexo Médico Penal, a única instituição manicomial do Paraná, é “ainda mais absurda”, pois não existe tratamento individualizado, e 6% dos internos nem sequer possuem diagnósticos (Bagatin, 2024, p. 91).

8 Base de Dados do SISDEPEN. Disponível em: <https://www.gov.br/senappen/pt-br/servicos/sisdepen/bases-de-dados>. Acesso em: 6 jun. 2025.

Parece-nos indispensável implementar a desinstitucionalização e desmonte manicomial no âmbito do Sistema de Justiça Criminal, sobretudo diante das graves violações de direitos humanos observadas na instituição manicomial há muito declarada obsoleta pela psiquiatria, violações constatadas mesmo pela Corte Interamericana de Direitos Humanos (Corte IDH) as quais deram ensejo à condenação do Brasil no caso *Ximenes Lopes*. Uma das medidas reparadoras assumidas pelo país foi justamente a implementação da política antimanicomial que, com atraso letal, ainda não foi aplicada aos Manicômios Judiciários, apesar de ser reforçada pela Resolução nº 487 do CNJ.

3. A NECESSÁRIA ABOLIÇÃO DO MANICÔMIO JUDICIÁRIO

Conforme exposto, a inegável crise das medidas de segurança detentivas se soma à obsolência dos manicômios centrais no modelo hospitalocêntrico e potencializadores do sofrimento psíquico. Os movimentos antimanicomiais italiano e brasileiro (Lei Basaglia e Lei nº 10.216, de 2001) reconheceram a ineficácia do modelo e determinaram o fechamento dos hospitais psiquiátricos, mas foram omissos quanto ao Sistema de Justiça Criminal, perpetuando o Manicômio Judiciário durante décadas. Diante disso, Thayara Castelo Branco (2019), Juarez Cirino dos Santos (2020), Salo de Carvalho (2020), Mariana de Assis Brasil e Weigert (2013) sustentam a aplicabilidade imediata da Lei da Reforma Psiquiátrica aos sujeitos com sofrimento psíquico em conflito com a Lei (o que foi reforçado pela Resolução nº 487 do CNJ).

Para Cirino dos Santos (2020, p. 613, 627-628), existe um conflito aparente entre o sistema legal das medidas de segurança do Código Penal e o sistema legal das medidas de proteção da Lei nº 10.216, de 2001, que pode ser resolvido pelo princípio da especialidade: a Lei especial (Lei Antimanicomial) afasta a Lei geral (isto é, a legislação penal manicomial do Código Penal). Este impasse permaneceu latente durante mais de 20 anos, criando sistemas paralelos que ainda persistem em razão da ausência de revogação específica das normas do Código Penal pela Lei Antimanicomial. Assim, o modelo penal manicomial das medidas de segurança continuou sendo aplicado ao “louco criminoso”,

e o novo modelo assistencial das medidas de proteção, instituído pela Reforma Psiquiátrica, se tornou vigente apenas para os cidadãos comuns com sofrimento psíquico. A resistência injustificada dos aplicadores do Direito, que ignoram por completo a legislação antimanicomial vigente há mais de duas décadas, perpetuou o sofrimento de milhares de internos dos HCTPs, instituições de caráter asilar vedadas pela Lei nº 10.216, de 2001.

Partindo da tese doutoral de Thayara Castelo Branco (2019), Cirino dos Santos ressalta que a Lei nº 10.216 previu as internações psiquiátricas voluntária e a involuntária para o cidadão comum (art. 6º, I, II), e internação compulsória (art. 6º, III), determinada por juiz competente e aplicável ao cidadão infrator. Para ele, “a norma da internação compulsória é o vínculo legal que subordina as medidas de segurança da legislação manicomial às medidas de proteção da Lei Antimanicomial” (Santos, 2020, p. 634).

Quais seriam os contornos desse novo modelo assistencial? A Lei nº 10.216, de 2001, disciplinou um novo modelo de saúde mental. Para tanto, introduziu o conceito de transtorno mental atribuído a pessoas portadoras de sofrimento psíquico que necessitam de proteção especial e garantia de direitos básicos (art. 1º). Este termo, menos estigmatizante, humaniza a atenção ao sofrimento psíquico e é incompatível com o conceito de doença mental previsto no art. 26 do CP (anomalia do aparelho psíquico).

Ademais, a Lei nº 10.216, de 2001, previu direitos e a garantia de proteção aos sujeitos com transtorno mental, os quais devem ser comunicados tanto à pessoa portadora quanto aos seus familiares ou responsáveis (art. 2º), tais como: a) acesso ao melhor tratamento possível, sempre individualizado (referência aos Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) da RAPS); b) tratamento humanitário voltado apenas à saúde e à recuperação do paciente mediante inserção social e comunitária⁹; c) proteção contra todo tipo de abuso e exploração; d) garantia de sigilo das informações pessoais prestadas pelo paciente durante o tra-

9 Hipótese incompatível com as medidas de segurança do art. 96, I, do CP enquanto medida de proteção social violenta de sequestro nos Manicômios Judiciais, que desconsidera os interesses da saúde e produz dependência institucional cada vez mais grave, impossibilitando a reinserção social.

tamento – direito à privacidade inerente a qualquer pessoa humana, independentemente de ser portadora de transtorno mental –; e) direito ao esclarecimento médico presencial sobre eventual necessidade hospitalização involuntária – priorizando a inserção comunitária em face de ações limitadoras da liberdade do sujeito com sofrimento psíquico –; f) livre acesso aos meios de comunicação – sobretudo por considerar a reinserção social e comunitária como terapêutica –; g) plena informação sobre sua condição e tratamento, enquanto pressuposto do consentimento do paciente em intervenções médicas; h) tratamento em ambiente terapêutico sempre priorizando os meios menos invasivos; i) tratamento preferencial em serviços comunitários de saúde mental, sendo vedada a internação em instituições de caráter asilar, como o Manicômio Judiciário.

Assim, são chamadas de medidas de proteção para enfatizar este novo modelo de atenção à saúde mental de direitos e garantia de proteção sujeito com sofrimento psíquico. A previsão expressa de direitos básicos do usuário demonstra “a superioridade absoluta do modelo das medidas de proteção da Lei Antimanicomial, em face das medidas de segurança da legislação penal” (Cirino dos Santos, 2020, p. 631-632).

A Lei nº 10.216, de 2001, ainda previu a responsabilidade de o Estado garantir a rede pública de atenção à saúde mental segundo o paradigma assistencial (art. 3º) e a excepcionalidade da internação psiquiátrica (art. 4º, caput), indicada apenas quando os recursos extra-hospitalares forem insuficientes, sendo proibida a internação em instituições de caráter asilar como os manicômios (art. 4º, § 3º). A regra é o tratamento em liberdade; a internação, a exceção, revogando por completo o modelo hospitalocêntrico.

Para tais casos excepcionais, a Lei estabeleceu novas modalidades de internação psiquiátrica: a) voluntária (art. 6º, I), realizada com o consentimento do paciente, iniciada por sua solicitação escrita ou por pedido médico; b) involuntária (art. 6º, II), realizada sem o consentimento do paciente a pedido de familiar, responsável legal ou profissional responsável (art. 8º), condicionada à comunicação ao Ministério Público; e c) compulsória (art. 6º, III), realizada sem o consentimento do paciente e por determinação judicial, que, nos termos do art. 9º, é “determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará

em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvação do paciente, dos demais internados e funcionários”.

De fato, concordamos com a premissa de Cirino dos Santos (2020, p. 634) de que a internação compulsória é o vínculo legal que subordina as medidas de segurança às medidas de proteção do art. 10.216, de 2001, revogando as disposições contrárias do CP. Isso porque o juiz competente para determiná-la é o juiz criminal, e a única hipótese de internação compulsória, segundo a legislação vigente (art. 9º), é por ordem judicial de internação do imputável que pratica crime punido com reclusão (sujeito às medidas de segurança detentivas, na forma do art. 97 do CP). Com a vinculação legal das medidas de segurança ao novo modelo assistencial da Lei nº 10.216, de 2001, é possível concluir que, desde sua vigência (isto é, desde 6 de outubro de 2001), a internação psiquiátrica compulsória somente poderá ser determinada em casos excepcionais, quando recursos extra-hospitalares forem insuficientes e mediante laudo médico circunstanciado.

Nesse sentido, um dos pontos revolucionários da Lei nº 10.216, de 2001, é a exigência do art. 6º de laudo médico circunstanciado para toda internação, indicando os motivos do tratamento hospitalar. A mera descrição do transtorno é insuficiente para justificar qualquer tipo de internamento. Ainda que a Lei exija decisão judicial (art. 6º, III), no caso da internação compulsória, a decisão científica permanece com o profissional de saúde mental, “o oposto da presunção de periculosidade criminal da internação compulsória do imputável, na legislação penal (art. 97 do CP)” (Cirino dos Santos, 2020, p. 635). Outra condição é a insuficiência de recursos extra-hospitalares (art. 4º), pois, caso sejam suficientes, o tratamento será ambulatorial, tornando incompatível a lógica da internação compulsória calcada na periculosidade criminal (art. 97 do CP). A finalidade do internamento é a reinserção social (familiar, no trabalho e no meio social) e assistência integral ao paciente (médica, social, psicológica, ocupacional e de lazer, art. 4º, § 2º).

Há, por fim, vedação legal expressa de instituições asilares, sendo proibida a internação de caráter manicomial (art. 4º, § 3º): “considerando que os hospitais de custódia e de tratamento psiquiátrico são, por natureza, instituições asilares desprovidas de recursos de assistência integral e insuscetíveis de garantir os direitos especificados na Lei Antima-

nicomial, então esses manicômios judiciais estão excluídos do sistema de internação compulsória” (Cirino dos Santos, 2020, p. 636).

Para Thayara Castelo Branco (2019, p. 202), as medidas de segurança de internação do art. 97 do CP, devem seguir a legislação antimanicomial, especificamente o art. 4º da Lei nº 10.216, de 2001. Em caso de recursos extra-hospitalares insuficientes, o juiz deverá exigir laudo médico que caracterize os motivos clínicos da internação (art. 6º). Afinal, a internação psiquiátrica não visa à segurança social (prevista no CP), mas a reinserção social do paciente em seu meio, ferramenta de humanização dos cuidados em saúde mental e redução do sofrimento psíquico (art. 4º, §§ 1º e 2º).

Em qualquer hipótese, a Lei Antimanicomial proibiu a internação de pacientes em instituições de caráter asilar, compreendidas como “aquelas desprovidas de recursos que não assegurem aos pacientes a dignidade humana” (Branco, 2019, p. 203). Assim, o modelo dualista de penas e medidas de segurança do Código Penal parece superado pelo novo binômio penas criminais e medidas de proteção da Lei nº 10.216, de 2001, que rejeita o conceito de periculosidade e prioriza o direito à saúde (Cirino dos Santos, 2020, p. 613).

Em síntese, o novo modelo assistencial instituído pela Lei resultou no abandono do conceito de periculosidade criminal e na extinção das medidas de segurança baseadas no positivismo criminológico. Revogadas as medidas de segurança de defesa social, as medidas de proteção de saúde mental devem ser prestadas em instituições ou unidades de saúde pública do art. 3º da Lei nº 10.216, de 2001 (Cirino dos Santos, 2020, p. 637-638).

Apesar do silêncio eloquente do legislador que permitiu a coexistência de dois sistemas incompatíveis (a permanência do modelo manicomial para o “louco infrator” e as medidas de proteção aos cidadãos não criminosos), alguns estados brasileiros instituíram modelos diferenciados de atenção à saúde mental no Sistema de Justiça Criminal, incorporando as diretrizes humanizadoras da Reforma Psiquiátrica. Nesse contexto, surgiu o Programa de Volta para Casa (PVC) e iniciativas como o Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário Portador de Sofrimento Mental (PAI-PJ), vinculado ao TJMG (2000), e o Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI), vinculado à Secretaria de Saúde do

Estado de Goiás (2006), o que é inédito, pois órgãos de gestão da saúde pública resistem em acolher egressos do sistema penitenciário.

O Programa de Volta Para Casa (PVC), resultado do art. 5º da Lei nº 10.216, de 2001, prevê a ressocialização dos pacientes de longa permanência em hospitais psiquiátricos (asilares), sendo disciplinado pela Lei nº 10.708, de 2003 (Delgado, 2011, p. 116). Atualmente, o PVC integra as Estratégias de Desinstitucionalização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), destinando-se a pessoas presas em manicômios judiciários ou hospitais psiquiátricos em internação de longa duração (Bagatin, 2024, p. 87).

Ao lado dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) – moradias comunitárias para egressos com dois ou mais anos de internação a fim de ressocializar e dar apoio profissional, condicionadas ao fechamento de leitos asilares –, o PVC oferece auxílio financeiro de reabilitação psicossocial. O benefício, de caráter indenizatório, reconhece implicitamente o sofrimento psíquico causado pela longa permanência em hospitais psiquiátricos ou manicômios judiciários, tornando o interno cada vez mais dependente da lógica asilar e incapaz de retornar à sociedade. O art. 3º, I, da Lei nº 10.708, de 2003, estabelece como internação psiquiátrica de longa duração aquela que perdurar por mais de dois anos, prevendo expressamente a aplicabilidade do benefício aos egressos dos HCTPs (art. 3º, § 3º), vinculando o Sistema de Justiça Criminal ao modelo assistencial antimanicomial.

Inicialmente, o valor do auxílio do PVC era de R\$240,00 (duzentos e quarenta reais), equivalente ao salário-mínimo vigente. Atualizado em 2013 e 2021 (com deságio significativo), atualmente, está fixado em R\$500,00 (quinhentos reais), conforme a Portaria GM/MS 1.108, de 2021, o que representa 32,93% do mínimo existencial (o salário-mínimo nacional de 2025 foi fixado em R\$1.518,00 (mil quinhentos e dezoito reais)). O benefício exerce função meramente simbólica, estando muito aquém do necessário para reabilitar pacientes com dependência institucional. Segundo Thayara Castelo Branco (2019, p. 205-206), tais pessoas provavelmente já se encontravam em situação de miséria anterior à segregação e, com valor tão baixo, é impossível atingir o propósito de inclusão social. De todo modo, o programa refletiu no art. 97, §§1º e 2º, do CP ao excluir a duração indefinida da internação e suprimir o

prazo mínimo de 1 a 3 anos das medidas de segurança (incompatível com a desinternação programada), eliminando a “nebulosa comprovação de cessação de periculosidade” (Cirino dos Santos, 2020, p. 638).

Destacam-se duas experiências forenses do modelo antimanicomial, as quais demonstram a aplicabilidade da Lei nº 10.216 ao Sistema de Justiça Criminal. O PAI-PJ – Programa de Atenção Integral do Paciente Judiciário Portador de Sofrimento Mental Infrator –, implantado em 2000 pelo TJMG foi pioneiro. A iniciativa surgiu de denúncias de violações de direitos humanos e superlotação no Manicômio Judiciário de Barbacena, exigindo novas soluções para os “loucos infratores”. Nesse contexto, Fernanda Otoni de Barros, coordenadora do estágio supervisionado do Curso de Psicologia do Centro Universitário Newton Paiva, criou um projeto para fornecer psicanálise aos loucos infratores que integravam os excedentes prisionais. O grupo explicava o crime como resposta ao sofrimento mental, à desconexão com o meio social, familiar, à falta de acolhimento (até mesmo do sistema de saúde pública) (Barros, 2009, p. 40).

Dessa experiência, surge o PAI-PJ em 2000 (antes da Lei Antimanicomial), pautado em princípios como a responsabilização do sujeito para apontar a solução para seu sofrimento mental; a política intersetorial adequada a cada caso (pois a resposta não está em apenas uma instituição jurídica, de saúde ou assistência social); e conjunção de esforços entre o Judiciário, o Executivo e a Sociedade. Para Barros (2009, p. 41), “este projeto acolhe, e por isso foi possível perceber que a periculosidade sempre foi um equívoco produzido pela ciência” que gerou mais sofrimento do que curou. O louco deixa o Manicômio Judiciário para ser acolhido na rede pública de saúde mental em liberdade.

Atualmente, o PAI-PJ assessora a Justiça na aplicação e na execução de medidas socioeducativas, penas e medidas de segurança segundo a (Resolução nº 944, de 2020). Ele prioriza o tratamento individualizado na rede substitutiva ao modelo manicomial, considerando os pacientes judiciários como sujeitos de direito capazes de responder por seus atos. Embora dependa de determinação judicial, a equipe multidisciplinar tem autonomia para deliberar sobre a medida aplicada, a fim de articular tratamento em meio preferencialmente aberto, responsabilidade e inserção social (Branco, 2019, p. 207-209). Atua por demanda espontânea

(pedidos feitos pela Promotoria, Defensoria, advogados, rede assistencial, profissionais e familiares) ou por encaminhamento judicial, sendo submetido à avaliação jurídica e psicossocial, que resulta em relatório individualizado (em conformidade com a orientação da RAPS).

Ainda que o juiz não determine a inclusão do paciente no programa, havendo indícios de sofrimento psíquico, a equipe encaminha a avaliação para apreciação e autorização de acompanhamento, funcionando como serviço auxiliar do julgador ao contribuir para a decisão com relatórios individualizados. O projeto não dispensa o louco infrator de responder pelo seu crime, a responsabilização “é um modo de inclusão” (Barros, 2010, p. 31), substituindo a lógica manicomial pela inclusão dessa população nas políticas públicas de atenção à saúde mental sem desprezar a solução jurídica do caso.

Dados de 2010 divulgados pelo TJMG indicam que, dos 799 processos trabalhados pelo PAI-PJ, 246 estavam ativos. Desse total, “70% estavam em cumprimento de medida de segurança em casa; 23% estavam submetidos à medida de segurança detentiva; e 7% estavam internados em rede pública de saúde mental”, sendo que o índice de reincidência não ultrapassava 2%, todos os crimes de menor potencial ofensivo (Branco, 2019, p. 209). O PAI-PJ ganhou reconhecimento de boas práticas pelo CNJ, recomendando a adoção dos princípios antimanicomiais a todos os tribunais (Resolução nº 35, de 2011). Contudo, concordamos com a crítica de Branco (2019, p. 210) sobre o insucesso da diretriz, que não impediu novos internamentos nos três manicômios judiciários que, em 2013, ainda coexistiam com o PAI-PJ, até mesmo o Hospital Psiquiátrico e Judiciário Jorge Vaz, em Barbacena. Ademais, não se pode sustentar a responsabilização penal como “resgate de humanidade” e inclusão, pois este só poderia ocorrer em esferas não penais.

Por sua vez, o Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAI-LI) foi criado em 2006, por iniciativa do promotor de justiça Haroldo Caetano da Silva, em Goiás. Surge depois de um inquérito civil de 1996 que revelou a situação de mais de 30 pessoas com transtorno mental presas há décadas na penitenciária estadual, vítimas de múltiplos abusos. Embora decisões históricas de 1999 e 2000 tenham levado à interdição parcial da penitenciária para receber novos loucos infratores e à soltura de pacientes ilegalmente presos, novas medidas de segurança detentivas

foram impostas. Tentativas de construir hospitais de custódia, no início dos anos 2000 falharam (uma embargada, outra considerada insalubre). Assim, o PAILI surge para promover a aplicação da Lei nº 10.216 às medidas de segurança, para que o louco infrator deixasse de ser tratado apenas sob o prisma da segurança pública e passasse a ser acolhido pelo SUS (Silva, 2013).

Entidades como o Fórum Goiano de Saúde Mental e do Conselho Regional de Psicologia articularam esforços com o MPMGO para instituir o PAILI na Secretaria de Estado da Saúde de Goiás. Com o passar dos anos, o programa passou a ser responsável pela própria execução das medidas de segurança, mediante trabalho interdepartamental. (diálogo entre Secretarias de Estado da Saúde e da Justiça, TJ, PGJ, Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, além de clínicas psiquiátricas conveniadas ao SUS). A partir da Reforma Psiquiátrica, o programa promoveu uma mudança de paradigma. Como bem destacou Haroldo Caetano da Silva (2013), “se a medida de segurança não tem caráter punitivo – e de direito não tem – a sua feição terapêutica deve preponderar”. A questão não é mais de segurança pública, mas sim de saúde pública. Assim, o destino das pessoas em internação compulsória seria a rede de atenção em saúde mental do SUS, não a cadeia ou o manicômio, abolido pelo programa. O objetivo é vincular o cumprimento das medidas de segurança ao sistema de saúde pública e supervisionar o tratamento.

Concordamos com Cirino dos Santos (2020, p. 640), para quem o PAILI foi uma experiência mais revolucionária que o PAI-PJ, pois considerou que a Lei nº 10.216, de 2001, revogou as medidas de segurança da legislação penal e extinguiu o conceito de periculosidade criminal, substituindo as perícias de cessação de periculosidade por avaliações individuais de equipes clínicas e psicossociais com autonomia terapêutica sobre a natureza do tratamento em relação ao juiz criminal. Se o art. 97 do CP estabelecia a internação psiquiátrica como regra, agora deve ser interpretado com o art. 4º da Lei Antimanicomial, que prioriza o tratamento extra-hospitalar como preferencial. A internação é aplicável por recomendação clínica, em casos de recursos extra-hospitalares insuficientes. Ao priorizar o tratamento individualizado recomendado por equipes clínicas, o programa enuncia a finalidade exclusivamente terapêutica das medidas de proteção: a reinserção social do paciente

mediante projeto terapêutico individual e humanizado, proibindo expressamente instituições de caráter asilar (cadeias públicas, prisões e hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico) que podem configurar tortura (art. 1º, § 1º, da Lei nº 9.455, de 1997).

Assim, o projeto terapêutico individual, em superação ao modelo hospitalocêntrico, é realizado na rede de atenção em saúde mental do SUS (CAPS, leitos psiquiátricos em hospitais gerais, clínicas conveniadas e serviços residenciais terapêuticos). O PAILI media a comunicação entre paciente e juiz, com total autonomia para definir o melhor tratamento adequado a partir da sentença (Branco, 2019, p. 211).

O ponto diferencial do PAILI reside na redução da contribuição do julgador: o juiz apenas supervisiona o tratamento psiquiátrico em casos de internação compulsória, decidindo sobre eventuais excessos e desvios. O processo de execução das medidas de segurança continua judicializado; contudo, o magistrado não decide mais sobre a internação psiquiátrica em si, recomendada exclusivamente por equipe clínica e psicossocial, dependendo da necessidade terapêutica (art. 6º da Lei nº 10.216). Isso confere autonomia aos profissionais de saúde mental, insere o inimputável no SUS sem distinção de outros pacientes, o que favorece sua inclusão social e familiar (Branco, 2019, p. 212-214). É o único modelo coerente com a Lei Antimanicomial capaz de romper com a lógica periculosista que criminaliza a loucura (Cirino dos Santos, 2020, p. 642).

Apesar de revolucionário, o programa não foi capaz de extinguir as medidas de segurança no Estado. Segundo o Relatório Brasil (2015) de inspeções aos manicômios judiciários brasileiros, o Presídio Regional Antônio Garrote possuía ainda 3 casos de internação inseridos no PAILI, por ausência de vagas em residências terapêuticas e falta de vínculos familiares. Embora recorressem ao CAPS ou leitos psiquiátricos no Hospital Municipal em emergências, os pacientes retornavam à unidade prisional.

Como esperado, alguns juízes e promotores resistiram à aplicação do PAILI, além de ser observada a relutância de algumas clínicas psiquiátricas em receber egressos do sistema penitenciário como pacientes comuns aproveitando-se dos leitos custeados pelo SUS. Apesar de se aproximar à Reforma Psiquiátrica, o PAILI é um caminho ainda em

construção para minimizar os efeitos genocidas do Manicômio Judiciário (Branco, 2019, p.214).

O cenário é mais sombrio no Paraná. Ao analisarem 24 acórdãos do TJPR, entre 2001 e 2017, Nisiide, Bagatin e Boarini (2024, p. 130) constataram que “nenhuma das ações analisadas foi exitosa na desinternação do usuário sob o fundamento da Lei nº 10.216, de 2001”, e que “resultaram na manutenção do usuário no Manicômio Judiciário, com decisão respaldada no entendimento de que não há incongruência entre a Reforma Psiquiátrica e a internação nestes estabelecimentos”. Para os autores, apesar de o número de medidas de segurança ter reduzido segundo o Infopen 2021 (em 2005, eram 651, enquanto em 2017 passaram para 449), as internações aumentaram.

O tema ainda demanda uma análise mais aprofundada da Resolução nº 487 do CNJ e se está sendo efetivamente aplicada pelos estados que resistiram em reconhecer a vigência da Lei da Reforma Psiquiátrica ao louco infrator, até mesmo o Paraná. De todo modo, é inegável que, independentemente da orientação do CNJ, a Lei nº 10.216, de 2001, criou medidas de proteção, aplicáveis aos sujeitos com sofrimento psíquico em conflito com a Lei há mais de 20 anos, o que foi confirmado por experiências forenses bem-sucedidas como PAI-PJ e PAILI.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo se propôs a investigar o uso do Sistema de Justiça Criminal para a persistência do modelo manicomial periculosista, aplicável ao “louco infrator”, mesmo depois da abolição formal do asilo psiquiátrico pela Lei nº 10.216, de 2001 (o que também ocorreu na Itália). Partimos da premissa de que o silêncio eloquente do legislador e a resistência dos aplicadores do direito permitiam a coexistência de sistemas paralelos: o modelo penal antimanicomial das medidas de segurança, regido pelo Código Penal é incompatível com as diretrizes humanizadoras da nova legislação, que continuou sendo aplicado ao louco criminoso, e o modelo assistencial, instituído pela Lei da Reforma Psiquiátrica há mais de duas décadas, aplicável tão somente aos cidadãos comuns com sofrimento psíquico, impedindo a desinstitucionalização de indivíduos com sofrimento psíquico em conflito com a Lei. Este impasse permaneceu latente por mais de 20 anos, perpetuando o sofrimento de milhares de internos dos HCTPs, instituições de caráter asilar vedadas pela Lei nº 10.216, de 2001. Para tanto, empregamos uma abordagem metodológica pautada na análise bibliográfica e documental para questionar a vigência do Manicômio Judiciário e explorar possibilidades de superação do paradigma manicomial, traçando paralelos com o momento antimanicomial italiano e a Reforma Psiquiátrica brasileira, além de experiências como o PAI-PJ, o PAILI e o PVC.

Inicialmente, constatamos a crise das medidas de segurança detentivas e a obsolência dos manicômios que potencializam o sofrimento psíquico e perpetuam violações de direitos fundamentais. Nesse contexto, o tratamento extra-hospitalar, enquanto base da política antimanicomial, emerge como alternativa mais humanitária e suficiente. A pesquisa constatou que a experiência italiana da Psiquiatria Democrática e da Lei Basaglia (Lei nº 180, de 1978) foi crucial ao abolir os manicômios gerais e tornar-se referência mundial em serviços de saúde mental baseados na desinstitucionalização. Da mesma forma, no Brasil, a Reforma Psiquiátrica da Lei nº 10.216, de 2001, igualmente aboliu a internação psiquiátrica em instituições asilares, impulsionando a desinstitucionalização desde a estruturação do SUS nos anos 90.

Contudo, apesar da falência do modelo hospitalar e sua abolição formal por tais legislações, o Sistema de Justiça Criminal, tanto no Brasil quanto na Itália, tem sido utilizado para a persistência (clawback) do Manicômio Judiciário ao negar a aplicabilidade da política antimanicomial ao louco infrator. Na Itália, o silêncio legislativo provocou um atraso de quase 40 anos no fechamento dos manicômios judiciais. No Brasil, o silêncio eloquente da Lei nº 10.216 e a resistência histórica do Judiciário impediram o desmonte manicomial, a ponto de outros seis HCTPs terem sido construídos depois da vigência da Lei da Reforma Psiquiátrica, alguns ainda em funcionamento apesar da Resolução nº 487 do CNJ. Concluiu-se que, em ambos os momentos históricos analisados, o sistema prisional foi utilizado para a persistência de instituições injustas e obsoletas, confirmando a premissa de Santorso.

Na sequência, verificou-se a aplicabilidade das medidas de proteção da Lei nº 10.216, de 2001, aos sujeitos com sofrimento psíquico em conflito com a Lei, implementadas por alguns estados (como os programas PAI-PJ e PAILI, respectivamente, do TJMG e da Secretaria de Saúde do Estado de Goiás). Nas últimas duas décadas, as medidas de proteção da legislação antimanicomial foram completamente ignoradas por outros estados que, como o Paraná, que em descompasso com a Lei da Reforma Psiquiátrica, manteve a imposição do internamento em HCTP conforme o regime prisional previsto no tipo penal em vez de permitir que o indivíduo receba tratamento individualizado adequado a sua condição. Espera-se que a implementação da política antimanicomial, imposta pelo CNJ, altere esse cenário angustiante.

O contexto atual, em que o Sistema de Justiça Criminal permite a persistência da prática asilar como mecanismo de controle penal do louco infrator, aponta para a necessidade de humanização das políticas de atenção à saúde mental no sistema penitenciário, reforçada pela Resolução nº 487 do CNJ, e demanda novas pesquisas.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, jul./set. 1995. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1995000300024>

AMARANTE, Paulo; TORRE, Eduardo Henrique Guimarães. “De volta à cidade, sr. cidadão!”: reforma psiquiátrica e participação social: do isolamento institucional ao movimento antimanicomial. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 52, n. 6, p. 1090-1107, nov./dez. 2018. <https://doi.org/10.1590/0034-761220170130>

BAGATIN, Thiago. **Manicômio judiciário: a reclusão disfarçada de cuidado**. Curitiba: Editora UFPR, 2024.

BARBUI, C.; SARACENO, B. Closing forensic psychiatric hospitals in Italy: a new revolution begins? **The British Journal of Psychiatry**, [S. l.], v. 206, n. 6, jun. 2015. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.153817>

BARRETO, Lima. **Diário do hospício: O cemitério dos vivos**. São Paulo: Companhia das Letras, 2017.

BARROS, Fernanda Otoni de. Alternativas ao modelo prisional e manicomial: metodologia/política/ampliação subjetividade e inclusão: a experiência do PAI-PJ. In: OLIVEIRA, Rodrigo Tôrres; MATTOS, Virgílio (org.). **Estudos de execução criminal: direito e psicologia**. Belo Horizonte: Tribunal de Justiça de Minas Gerais, 2009.

BARROS-BRISSET, Fernanda Otoni de. **Por uma política de atenção integral ao louco infrator**. Belo Horizonte: Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais, 2010.

BASAGLIA, Franco (org.). **A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico**. Tradução de Heloisa Jahn. 3. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BASAGLIA, Franco. O circuito do controle: do manicômio à descentralização psiquiátrica. In: AMARANTE, Paulo (org.). **Escritos selecionados**

em saúde mental e reforma psiquiátrica. Tradução de Juana Angélica d'Ávila Melo. Rio de Janeiro: Garamond, 2010. p. 237.

BRANCO, Thayara Castelo. **A (des)legitimação das medidas de segurança no Brasil.** 2. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2019.

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001.** Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF: Presidência da República, [2001]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/10216.htm.

BRASIL. **Lei nº 10.708, de 30 de julho de 2003.** Cria o auxílio-reabilitação psicossocial para pessoas acometidas de transtornos mentais egressas de internações psiquiátricas de longa permanência. Brasília, DF: Presidência da República, [2003]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/10.708.htm.

CARVALHO, Salo de. **Penas e medidas de segurança.** 3. ed. São Paulo: Saraiva, 2020.

CIRINO DOS SANTOS, Juarez. **Direito penal: parte geral.** 9. ed. São Paulo: Tirant lo Blanch, 2020.

CROSSLEY, Nick. The history of anti-psychiatry: an essay review. **Journal of the History of the Behavioral Sciences**, Hoboken, v. 34, n. 1, p. 1-13, 1998. <https://doi.org/10.1177/0957154X0201305008>

CROSSLEY, Nick. **Contesting Psychiatry:** social movements in mental health. Londres: Routledge, 2006.

DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Saúde mental e direitos humanos: 10 anos da Lei 10.216/2001. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 63, n. 2, 2011. Disponível em: <https://pepsic.bvsalud.org/pdf/arb/v63n2/12.pdf>. Acesso em: 3 jun. 2025.

DI LORITO, Claudio *et al.* The closing of forensic psychiatric hospitals in Italy: determinants, current status and future perspectives: a scoping

review. **International Journal of Law and Psychiatry**, [S. l.], v. 55, p. 54–63, 2017. DOI: 10.1016/j.ijlp.2017.10.004.

DINIZ, Debora. **A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil: censo 2011**. Brasília, DF: Editora UnB, 2013.

FERREIRA, Nayara Lúcia. **A (re)configuração da política de saúde mental: neoliberalismo e tendências de regressividade na garantia de direitos sociais**. 2020. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2020.

HEIDRICH, Andréa Valente. **Reforma psiquiátrica à brasileira: análise sob a perspectiva da desinstitucionalização**. 2007. 205 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

MENDES, Soraia da Rosa; FARIA, Gustavo Dalul. A (dis)funcionalidade da medida de segurança no paradigma da reforma psiquiátrica. **Revista Brasileira de Ciências Criminas**, São Paulo, v. 144, p. 217-250, jun. 2018. Disponível em: <https://www.lexml.gov.br/urn/urn:lex:br:redede.virtual.bibliotecas:artigo.revista:2018;1001133840>. Acesso em: 26 jun. 2025.

MINAS GERAIS. Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais (TJMG). **Resolução nº 944, de 24 de junho de 2020**. Dispõe sobre a estrutura e o funcionamento do Programa Novos Rumos no âmbito do Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte: TJMG, 2020. Disponível em: <https://www.tjmg.jus.br/data/files/3E/55/75/6A/D14D-57106D6CCB576ECB08A8/Resolucao%20944-2020.pdf>. Acesso em: 26 jun. 2025.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). Gabinete do Ministro. **Portaria de Consolidação nº 5, de 3 de outubro de 2017**. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.511, de 24 de julho de 2013**. Dispõe sobre a regulamentação do Serviço Residencial Terapêutico (SRT). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

NEVES FILHO, Roberto Rodrigues. **Violação institucionalizada de direitos humanos**: ineficácia das medidas de segurança no sistema penal brasileiro. 2025. Dissertação (Mestrado em Direitos Humanos e Políticas Públicas) – Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, 2025.

NISIIDE, A. C. B.; BAGATIN, T.; BOARINI, M. L. O imbróglio da periculosidade na manutenção dos manicômios judiciários: as decisões dos desembargadores paranaenses. **Em Pauta**: teoria social e realidade contemporânea, Rio de Janeiro, v. 21, n. 54, p. 124-140, jan./abr. 2024.

RESENDE, Heitor. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS, S.; COSTA, N. (org.). **Cidadania e loucura**: políticas de saúde mental no Brasil. Petrópolis: Vozes, 2007.

ROTELLI, Franco; AMARANTE, Paulo. Reformas psiquiátricas na Itália e no Brasil: aspectos históricos e metodológicos. In: AMARANTE, Paulo; BEZERRA JR., Benilton (org.). **Psiquiatria sem hospício**: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.

ROTELLI, Franco; LEONARDIS, Otta de.; MAURI, Diana. Desinstitucionalização, uma outra via: a reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa Ocidental e dos “países avançados”. In: ROTELLI, Franco; LEONARDIS, Otta de.; MAURI, Diana. **Desinstitucionalização**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2019.

ROUDINESCO, Elizabeth. **Dicionário de psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

SANTORSO, Simone. Researching good practices to overcome prison: deinstitutionalisation of mental hospitals and slavery abolition: what works? **Revista Brasileira de Ciências Criminas**, São Paulo, n.

144, p. 285-320, 2018. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6563758>.

SILVA, Haroldo Caetano da. **PAILI**: Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator. 3. ed. Goiânia: MPMGO, 2013. p. 10. Disponível em: https://www.mpmgo.mp.br/portal/arquivos/2013/08/19/15_33_20_501_mioloPAILI_layout.pdf. Acesso em: 26 jun. 2025.

WEIGERT, Mariana de Assis Brasil e; CARVALHO, Salo de. A punição do sofrimento psíquico no Brasil: reflexões sobre os impactos da reforma psiquiátrica no sistema de responsabilização penal. **Revista de Estudos Criminais**, Porto Alegre, n. 48, p. 55–67, jan./mar. 2013. Disponível em: <https://www.lexml.gov.br/urn/urn:lex:br:redes.virtual.bibliotecas:livro:2017;001135891>. Acesso em: 26 jun. 2025.