

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS

GIOVANNA SPINELI DE PAIVA

EFETIVAÇÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NO PROCESSO PENAL:
Análise de necessidade e viabilidade de encerramento dos Hospitais de Custódia e Tratamento
Psiquiátrico

Franca

2024

GIOVANNA SPINELI DE PAIVA

EFETIVAÇÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NO PROCESSO PENAL:

Análise de necessidade e viabilidade de encerramento dos Hospitais de Custódia e Tratamento
Psiquiátrico

Trabalho de conclusão de curso apresentado à
Universidade Estadual Paulista (UNESP),
Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Franca,
para obtenção do título de Bacharela em Direito.

Orientador: Prof. Dr. Paulo César Corrêa Borges

Franca

2024

P149e	Paiva, Giovanna Spineli de Efetivação da Reforma Psiquiátrica no Processo Penal : Análise de necessidade e viabilidade de encerramento dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico / Giovanna Spineli de Paiva. -- Franca, 2024 80 f. Trabalho de conclusão de curso (Bacharelado - Direito) - Universidade Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Franca Orientador: Paulo César Corrêa Borges 1. reforma psiquiátrica. 2. manicômios judiciais. 3. periculosidade. 4. HCTP. 5. política antimanicomial. I. Título.
-------	--

GIOVANNA SPINELI DE PAIVA

EFETIVAÇÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NO PROCESSO PENAL:

Análise de necessidade e viabilidade de encerramento dos Hospitais de Custódia e Tratamento
Psiquiátrico

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Universidade Estadual Paulista (UNESP),
Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Franca, para obtenção do título de Bacharela em
Direito.

Data da defesa: 24/10/2024

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Paulo César Corrêa Borges
UNESP - Faculdade de Ciências Humanas e Sociais – Campus de Franca

Prof. Ms. Gabriel Menezes Horiquni
UNESP - Faculdade de Ciências Humanas e Sociais – Campus de Franca

Prof. Ms. Guilherme Rodrigues da Silva
UNESP - Faculdade de Ciências Humanas e Sociais – Campus de Franca

Dedico este trabalho aos meus pais, que me ensinaram a aproveitar dos tempos nublados para praticar a arte de correr na chuva.

AGRADECIMENTOS

À minha mãe, Rosalva, por ser a minha maior inspiração e por ter me ensinado a enfrentar os desafios com coragem.

Ao meu pai, João Carlos, por sua fé imensurável em mim e cujo apoio incondicional me guiou nos momentos mais difíceis.

Ao meu irmão, Matheus, de quem sou a maior fã, por ter sido meu primeiro amigo.

Aos meus amigos, minha segunda família por todas as cidades que fiz de lar.

Ao Prof. Dr. Paulo César Corrêa Borges, pela orientação na realização desse trabalho.

“A loucura, objeto dos meus estudos, era até agora uma ilha perdida no oceano da razão; começo a suspeitar que é um continente”
(Assis, 2016, p. 24-25).

RESUMO

Segundo as diretrizes da Resolução nº 487/2023 do CNJ, o sistema judiciário deve adotar políticas antimanicomiais na condução da execução penal. Urge, nesse sentido, a extinção dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico - estruturas sobreviventes do movimento de Reforma Psiquiátrico de meados dos anos 90. Assim sendo, o presente trabalho se dedica à compreensão assertiva sobre a viabilidade do encerramento dessas instituições e à avaliação da necessidade dessa medida. Com esse intuito, busca-se entender as implicações do manicômio no processo penal e possíveis violações de direitos fundamentais de sujeitos inimputáveis para construir reflexão sobre os avanços do Movimento Nacional de Luta Antimanicomial nas políticas criminais, através de alternativas como o PAI-PJ e o PAI-LI. Para atingir tal finalidade, faz-se uso de repertório bibliográfico e dados sobre o conceito de periculosidade, a fim de contemplar as perspectivas jurídicas e sociais acerca dessas formas de tratamento alternativo.

Palavras-chave: reforma psiquiátrica; manicômios judiciários; periculosidade; HCTP; política antimanicomial.

ABSTRACT

According to the guidelines of Resolution No. 487/2023 of the CNJ, the judiciary must adopt anti-asylum policies in the execution of criminal sentences. In this context, the closure of Custody and Psychiatric Treatment Hospitals - institutions that survived the Psychiatric Reform movement of the mid-90s - is urgent. Thus, this study is dedicated to understanding the feasibility of shutting down these institutions and assessing the necessity of this measure. The research aims to analyze the impact of asylums on criminal proceedings and possible violations of the fundamental rights of legally incapacitated individuals in order to reflect on the advances of the National Anti-Asylum Movement in criminal policies through alternatives such as the PAI-PJ and PAI-LI. To achieve this objective, the study employs bibliographic resources and data on the concept of dangerousness, in order to consider the legal and social perspectives of these alternative forms of treatment.

Keywords: psychiatric reform; judicial asylums; dangerousness; HCTP; anti-asylum policy.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

HCTP	Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico
CNJ	Conselho Nacional de Justiça
TJSP	Tribunal de Justiça de São Paulo
TJMG	Tribunal de Justiça de Minas Gerais
CPP	Código de Processo Penal
LEP	Lei de Execução Penal
OMS	Organização Mundial da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UA	Unidades de Acolhimento
UPA	Unidades de Pronto Atendimento
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
SRT	Serviço Residencial Terapêutico
PAI-PJ	Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário
PAILI	Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator
PVC	Programa “De Volta para Casa”

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	INIMPUTABILIDADE E APLICAÇÃO DE MEDIDAS DE SEGURANÇA: TRATAMENTO À LOUCURA NO SISTEMA PENAL	15
2.1	Definição de crime no Direito Penal	15
2.2	Culpabilidade: fundamentos teóricos e estruturação jurídica	16
2.3	Inimputabilidade e suas implicações no sistema penal	18
2.4	Medidas de Segurança: conceito, objetivos e aplicações	20
2.5	Periculosidade: perspectivas do fundamento das medidas de segurança	27
2.5.1	Análise histórica da periculosidade no contexto penal	28
2.5.2	Panorama contemporâneo da periculosidade	32
2.6	Aspectos procedimentais do exame de cessação da periculosidade.....	34
2.7	Controvérsias jurídicas na aplicação das medidas de segurança no Brasil	36
3	CONTEXTO NACIONAL: DE “MANICÔMIOS JUDICIAIS” AOS HCTPS	40
3.1	Surgimento dos manicômios judiciais no Brasil	41
3.2	Críticas ao modelo manicomial e a necessidade de reformas	47
3.3	Transição para HCTPs (Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico) ...	51
4	EFETIVAÇÃO DA POLÍTICA ANTIMANICOMIAL NO PODER JUDICIÁRIO	53
4.1	Legislação e políticas públicas contemporâneas sobre saúde mental	53
4.2	A Política Antimanicomial do Poder Judiciário: Análise das Diretrizes do CNJ	56
4.3	Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)	59
4.4	Programas de ressocialização do paciente judiciário	60
4.4.1	Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário (PAI-PJ)	61
4.4.2	Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI).....	63
4.4.3	Programa “De Volta Para Casa”	66
5	CONCLUSÃO	68
	REFERÊNCIAS	73

1 INTRODUÇÃO

Promulgada em 6 de abril de 2001, a Lei nº 10.216, reconhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, tornou-se um marco nas mudanças referentes ao tratamento de pacientes psiquiátricos no Brasil. Ao instituir tutela sobre seus direitos e dar novo direcionamento ao modelo assistencial em saúde mental, a legislação simbolizou avanços possibilitados pela insurgência de movimentos sociais em defesa de políticas antimanicomiais, inspirados por causas internacionais similares, à luz da aplicação efetiva dos direitos humanos às pessoas portadoras de transtornos mentais.

Nesse sentido, a observância das insurreições em prol da desinstitucionalização se faz necessária sobre o campo da condução do Processo Penal brasileiro, posto que ainda é possível notar a existência de aparatos manicomiais no sistema punitivo em vigor no país. Tratam-se dos denominados Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, ora alcunhados como manicômios judiciais, que subsistiram às reformas incitadas no final do século XX e começo do século XXI.

A permanência dessas instituições no escopo normativo ocasiona debates acerca da efetividade desses avanços no âmbito da execução penal no que concerne aos indivíduos inimputáveis submetidos a medidas de segurança, que são direcionados a essas instituições por diligências que visam assegurar a serenidade da sociedade fora do cárcere em detrimento de sua recuperação e ressocialização. Para tanto, é sobressalente a existência de idealizações teóricas sobre a periculosidade desses indivíduos, herança da escola positiva do Direito Penal nos moldes sociais.

Nesse ínterim, ante incontrovertível ameaça às garantias fundamentais dessas pessoas, urge a necessidade de medidas que findem a aplicação de medidas de segurança em meios asilares. A fim de abonar mecanismos que assegurem a reabilitação desses sujeitos à vida social, é publicada, no ano de 2023, a Resolução nº 487 do Conselho Nacional de Justiça, que estabelece diretrizes para a substituição progressiva desses estabelecimentos, instituindo prazo limite para o fim das atividades em HCTPs ao longo do país, sob o propósito de assegurar princípios do devido processo legal, ampla defesa, contraditório e acesso à justiça, além do direito à saúde e à dignidade da pessoa humana. A normativa prescreve esclarecimentos quanto à adoção de medidas destinadas a pessoas com transtorno mental, ou qualquer forma de deficiência psicossocial, sob custódia - sejam elas, segundo o Art. 1º, “investigadas, acusadas, rés ou privadas de liberdade” (Conselho Nacional de Justiça, 2023, p. 5).

Não obstante, entende-se que, para o vislumbre de um ordenamento livre dos manicômios judiciais, é fundamental assimilar as camadas complexas de aspectos históricos, sociais e jurídicos inerentes às questões sobre a pauta. Dessa maneira, torna-se impossível versar sobre a incidência da Reforma Psiquiátrica no Direito Penal sem *a priori*, estabelecer como o paciente psiquiátrico, quando delinquente, é visto, interpretado e acolhido pelo âmbito normativo. Para tal, é necessário recapitular os entendimentos preceituais que pontuam o crime como a ação típica, antijurídica e, sobretudo, culpável - para que, desta forma, seja viável compreender os enfoques sobre a culpabilidade e, conseqüentemente, a inimputabilidade intrínseca a esse tipo de agente.

Em decorrência dessas definições, faz-se imprescindível a explanação sobre a referida periculosidade desses agentes e o subsequente domínio sobre as matrizes históricas desses conceitos. Ademais, é de suma relevância aferir as implicações contemporâneas desta concepção, assim como a aplicação deste termo no sistema penal através do exame de cessação de periculosidade - requisito para o encerramento da medida de segurança.

Paralelamente, é fundamental que haja a assimilação do panorama histórico motivador ao surgimento dos manicômios judiciais no ordenamento jurídico brasileiro, para que, a partir deste, sejam elencadas as críticas cabíveis ao modelo manicomial. Outrossim, deve-se compreender, de maneira adequada, a transição dos manicômios judiciais aos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico para a exercer discernimento competente sobre o fim de suas atividades.

Neste contexto, o presente trabalho de conclusão de curso visa tecer análise crítica sobre o binômio existente entre a necessidade e a viabilidade do fechamento dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico no país, com destaque às desaprovações teóricas ao obsoleto modelo manicomial e à potencialidade de alternativas a essa modalidade. Nesse sentido, utiliza-se da exposição de programas assistenciais em vigor no país, como os Programas de Atenção Integral ao Paciente Judiciário (PAI-PJ) e ao Louco Infrator (PAI-LI), buscando esclarecer as metodologias empregadas e os resultados obtidos por estes.

Atém-se como objeto de pesquisa, portanto, os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, dedicando-se à análise da conjuntura relativa à sua subsistência, desde aspectos normativos até panoramas históricos. Compõe o objeto de estudo, conjuntamente, o intrínseco reconhecimento sobre os impactos decorrentes da existência dessas entidades no que diz respeito aos direitos fundamentais dos indivíduos submetidos a medidas de segurança.

A realização deste estudo se justifica não apenas pela latente premência de revisão das práticas vigentes no regimento penal; mas, também, pela urgência notória pela garantia

legislativa de que os direitos fundamentais dos indivíduos envolvidos no sistema penal sejam respeitados e promovidos. É mister que haja advertência quanto ao amparo legal a esse contingente marcado por um cenário de segregação social e, por conseguinte, de esquecimento, tratando-se de sujeitos abandonados à custódia de uma instituição que, além de não nutrir mecanismos que capacitem sua reintegração à comunidade, não apresentam diretrizes claras e expressas quanto à execução de sua punição perante o Direito. Isso porque, diferentemente das penas privativas de liberdade, que têm prazo máximo definido em lei, as medidas de segurança não possuem duração delimitada, sendo condicionadas ao tempo indeterminado em que não houver laudo técnico-pericial que indique a cessação da periculosidade do agente - ainda quando incidente sobre internações em Hospitais de Custódia.

Para tal, o presente estudo adotará uma pesquisa descritiva, mediada por métodos indutivo e hipotético-dedutivo. Realiza-se a metodologia através da coleta de informações qualitativas, dada a integração de fontes bibliográficas e coleta de dados jurisprudenciais, cuja finalidade é apresentar uma perspectiva alinhada às diretrizes teóricas e à realidade das implicações do tema. Obtém-se, portanto, o encerramento dos HCTPs como problemática central e se estabelece hipóteses plausíveis à viabilidade dessa operação frente à constatação de sua necessidade por indução.

Para tanto, adotou-se o arcabouço teórico-bibliográfico obtido em pesquisa junto a repositórios acadêmicos, a partir da consulta de trabalhos científicos e artigos publicados em revistas competentes para as tratativas do tema. Esta abordagem permitiu a coleta e análise de informações relevantes e atualizadas, proporcionando uma base sólida para o desenvolvimento do estudo e a identificação de lacunas na literatura existente, o que contribuiu para uma compreensão profunda das problemáticas relacionadas aos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico e às medidas de segurança na atualidade.

Utiliza-se, ademais, a título de ilustração das circunstâncias em voga, de jurisprudência coletada junto ao repositório disponibilizado pelo Tribunal de Justiça de São Paulo em seu *website*, a partir da seleção de decisões recentes em 2º instância nesta Corte, compreendidas entre os anos de 2023 e 2024. Para a realização da pesquisa jurisprudencial, justificadas pela menção aos temas em debate, fez-se uso das seguintes palavras-chave: “periculosidade”, “HCTPs”, “Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico” e/ou “desinternação”.

Tal repertório foi selecionado com o intuito de filtrar os acórdãos incidentes sobre a desinternação de pacientes psiquiátricos em cumprimento de medida de segurança em HCTPs, a fim de se analisar as justificativas favoráveis ou desfavoráveis à liberação destes condenados ao tratamento ambulatorial. Além disso, empregou-se decisões obtidas pela mesma coleta para

a verificação da aplicação da Resolução nº 487/23, do CNJ, dada sua disposição clara de impedir novas internações nesse tipo de instituição.

A partir do exame crítico de dados e referenciais teóricos obtidos, o objetivo do trabalho é apresentar uma visão assertiva sobre a possibilidade de encerramento dessas instituições a partir da adoção de alternativas correspondentes aos princípios de ressocialização e dignidade humana. A partir desta finalidade geral, tem-se como intuito, especificamente, investigar a efetivação dos avanços conquistados pelo Movimento Nacional de Luta Antimanicomial no Brasil, reconhecer as possíveis infrações aos direitos fundamentais dos agentes inimputáveis, e, por fim, compreender a operação e a implementação de formas alternativas de tratamento às unidades de custódia psiquiátrica.

O primeiro capítulo empenha-se à compreensão do tratamento à loucura no Direito Penal brasileiro. Nesse viés, buscou-se elaborar os conceitos normativos por detrás da aplicação das medidas de segurança, tais como a culpabilidade e inimputabilidade. Tais definições são indispensáveis, posto que o exame da culpabilidade incide sobre a caracterização da inimputabilidade, que, por sua vez, torna o sujeito inapto à sujeição à pena, tornando-o objeto de medida de segurança. Faz-se, ainda, análise do conceito de periculosidade, inerente à constatação do estado de inimputabilidade, e a genealogia desse critério nas entranhas do Direito Penal, propondo-se à exposição quanto às aplicações incongruentes das medidas de segurança e do seu exigido exame de cessação de periculosidade.

Em sequência, o segundo capítulo do trabalho se destina à análise panorâmica do surgimento dos manicômios judiciais até o estabelecimento dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. Realiza-se alusão, neste momento, ao movimento antimanicomial e ao cenário auspicioso à Reforma Psiquiátrica, sendo clarificado o contexto que possibilitou a promulgação da Lei nº 10.216/2001, ou Lei Paulo Delgado. Nesse contexto, viabiliza-se a menção às críticas inflamadas ao modelo asilar, suscitadas no final do século XXI, a partir dos levantes pela Psiquiatria Democrática ao redor do globo.

Por fim, esclarecidos os pontos centrais quanto à discussão sobre a necessidade de encerramento dos HCTPs, o terceiro capítulo se deslumbra sobre a análise da possibilidade de efetivação da política antimanicomial no Poder Judiciário, sobretudo no que diz respeito ao possível encerramento das atividades dessas instituições de custódia. Nesse contexto, são apresentados os programas assistenciais capazes de acolher os indivíduos egressos desse sistema, a exemplo do Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário (PAI-PJ), em Minas Gerais, e do Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAI-LI), em Goiás. Além disso, o capítulo aborda iniciativas governamentais como o Programa Volta para Casa, que, enquanto

vértice da Rede de Atenção Psicossocial, se configura como primordial à salvaguarda da ressocialização desses pacientes dentro de um modelo assistencial e ambulatorial.

Em síntese, a relevância do estudo em questão reside no fato de que o fechamento dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico no Brasil representa a reafirmação do compromisso com os direitos fundamentais dos indivíduos inimputáveis no país, além da urgência de se repensar estruturas que, na hodiernidade, se demonstram em pleno desacordo com os princípios constitucionais e internacionais de direitos humanos. A conclusão deste estudo visa, assim, oferecer uma base para debates futuros sobre a transição para um modelo de tratamento que respeite a dignidade dos indivíduos inimputáveis e promova uma verdadeira justiça penal inclusiva.

2 INIMPUTABILIDADE E APLICAÇÃO DE MEDIDAS DE SEGURANÇA: TRATAMENTO À LOUCURA NO SISTEMA PENAL

É incontrovertível que o campo da criação e extinção das instituições manicomiais remonta às origens do manejo dado à loucura no Direito Penal - o sistema de normas jurídicas reguladoras do exercício do poder punitivo do Estado que tem, por objeto, a determinação de infrações e suas respectivas sanções em penas ou medidas de segurança (Bitencourt, 2021, p. 44). A fim de alcançar o mérito dessa questão, a compreensão adequada acerca da evolução e da aplicação contemporânea das medidas de segurança no contexto penal-brasileiro perpassa pela revisão quanto à trajetória histórica e legislativa do tratamento destinado aos pacientes psiquiátricos no sistema jurídico brasileiro.

Para tal, este panorama deve incluir a análise do escopo das transformações jurídico-sociais que foram responsáveis pela construção da percepção da loucura e sua iminente relação com a criminalidade, desde as abordagens clássicas punitivas até a forma aceita na atualidade, haja vista as adequações necessárias ao movimento antimanicomial. Outrossim, a simples menção ao tratamento do “louco infrator” no Direito Penal brasileiro está envolta pela noção da culpabilidade e consequente inimputabilidade do sujeito.

2.1 Definição de crime no Direito Penal

Para atingir o cerne do tema, é necessário caracterizar, com propriedade, o que é crime para as definições do Direito Penal. Crime, antes de mais nada, é um conceito cujas variáveis acompanham a evolução histórica da comunidade nos aspectos morais e éticos. Nesse sentido, institui-se a teoria geral do delito, cuja partida remarca à obra de Ernst von Beling, que, em 1906, foi responsável pela introdução do conceito de tipicidade em conjunto aos tópicos de análise de autores do final do século XIX, como Von Liszt (Médici, 2004, p. 15). Mediante a teoria, é possível delimitar as características comuns aos delitos abarcados pela legislação do país sob a formulação dos aspectos comuns a cada (Médici, 2004, p. 15).

Do ponto de vista formal, o termo corresponde à conduta que está em disparidade à norma, devendo ser considerado todo ato humano proibido pela lei (Rostirolla *et al.*, 2021, p. 2). Trata-se, portanto, da interpretação jurídica acerca do delito de que, quando a conduta é reprovável e indesejada, em sociedade, os meios naturais de pressão operam para a materialização do tipo penal em lei pelo Poder Legislativo competente (Rostirolla *et al.*, 2021, p. 110).

Em contrapartida, o viés material definidor do conceito adere como crime toda aquela ação ou omissão que fere um bem jurídico penalmente tutelado, à luz dos direitos e garantias constitucionais, tais como a vida e o patrimônio (Rostirolla *et al.*, 2021, p. 2). Para o postulado pelo penalista Claus Roxin, “o conceito material de crime é prévio ao Código Penal e fornece ao legislador um critério político-criminal sobre o que o Direito Penal deve punir e o que deve deixar impune” (Roxin, 1999, p. 51 *apud* Nucci, 2024). Não obstante, analisa Damásio de Jesus que o tópico material conduz a fundamentação do legislador para a criação da avaliação formal (Jesus, 2015, p. 193 *apud* Rostirolla *et al.*, 2021), sendo o fruto da materialidade do crime.

Nesse contexto, cabe destaque à apreciação do critério analítico, segundo o qual o crime se divide em elementos principais, sendo eles: o fato típico, a ilicitude e a culpabilidade. A partir dessa tríade, obtém-se a que compõem o que é alcunhado pela ciência jurídica como teoria tripartite do crime. Para o doutrinador Bitencourt (2023, p. 137), o sistema clássico é responsável pela postulação da teoria tripartida, cuja máxima se sintetiza em interpretar o crime como um fato típico, ilícito e culpável.

É possível mencionar, ainda, a existência de vertentes interpretativas que aduzem uma teoria bipartida, com o crime sendo o fato típico e ilícito; sendo a culpabilidade, nessa linha de raciocínio, um pressuposto para a aplicação da pena. Caracteriza-se, ainda, na perspectiva de parte minoritária da academia, a punibilidade como um dos elementos componentes - entretanto, é de entendimento majoritário que essa está relacionada ao resultado da ação delituosa, e não uma característica própria do crime.

A título de definição, entende-se como fato típico a ação humana que está definida na norma penal, sendo fundamental, para caracterizá-la, que haja a conduta do agente - ação ou omissão, dolosas ou culposas - e o resultado indesejado, jurídico ou normativo, além do nexo de causalidade entre esses tópicos e a tipicidade, que é a própria compatibilidade da situação ao tipo penal. Paralelamente, é tida como ilicitude a contrapartida entre a conduta e o ordenamento jurídico, como ora mencionado, com objetivo de tutela aos bens.

2.2 Culpabilidade: fundamentos teóricos e estruturação jurídica

Superadas as interlocuções referentes à tipicidade e à ilicitude na caracterização do crime, à luz da teoria tripartite, cabe análise minuciosa da definição de culpabilidade, vez que a apreensão do conceito é imprescindível à pauta das medidas penais aplicadas a pacientes psiquiátricos, vez que o elemento figura como primordial para a caracterização do debate sobre o tratamento do sujeito portador de doenças mentais no Direito Penal.

Nessa acepção, convém ressaltar a máxima latina, cunhada pelos ideais liberais iluministas (Florêncio Filho, 2014, p. 178), na qual se baseia o princípio constitucional da legalidade, “*nulla poena sine culpa*”: logo, não há pena sem que haja culpa.

Para Nucci (2024, p. 229), a culpabilidade é fundamento e limite da pena, e, salienta-se, mais uma vez, componente do crime - e não apenas um pressuposto aderente, pois fornece a razão de se aplicar a pena. Acerca do tópico, parte o doutrinador da defesa de que, se contrário fosse e o crime fosse meramente o fato típico e ilícito, não culpável, seria possível, no ordenamento jurídico, a penalização de um menor de dezoito anos que, por coação moral irresistível, o cometeu - sendo trivializado o conceito de delito (Nucci, 2024, p. 111).

Em tempo, conforme Sainz, a culpabilidade se resume um juízo de reprovação pessoal feito pelo autor que praticou o injusto penal - uma vez que, sob a índole de poder se guiar pela obediência à norma e, consequentemente, à moral, optou por agir em contrariedade por livre arbítrio (Sainz Cantero, 1981, p. 41-42 *apud* Florêncio Filho, 2014, p. 175). Este juízo de censura, segundo Assis Toledo e Cernicchiaro (1994, p. 229-230 *apud* Nucci, 2024), “só pode estar na cabeça de quem julga, mas tem por objeto o agente do crime e sua ação criminosa”.

Nesse ínterim, a culpabilidade figura como limitação à intervenção do Estado ao posicionar a intenção do agente como peça central na equação que envolve a interpretação delitiva (Florêncio Filho, 2014, p. 176), posto que se determina pela reprovabilidade do autor, na teoria postulada por Welzel (1997, p. 166 *apud* Florêncio Filho, 2014, p. 175).

Em sede de esclarecimento, o conceito de culpabilidade pode ser entendido a partir do progresso de três óticas distintas. Tem-se, em primeiro momento, a vertente psicológica, ou causalista, segundo a qual a culpabilidade se resume à indicação de dolo e culpa na conduta do agente, conferindo-lhe o aspecto subjetivo, tendo a imputabilidade penal como pressuposto. Em contrapartida, o viés normativo, ou psicológico-normativo, agrega à teoria antecedente a prova de exigibilidade e da possibilidade de orientação segundo as normas. A vertente normativa pura, ou finalista, entende como conduta a movimentação voluntária e consciente revestida de intuito - finalidade esta que deve ser amparada pela análise de dolo e culpa. Em suma:

[...] culpabilidade é um juízo de reprovação social, incidente sobre o fato típico e antijurídico e seu autor, agente esse que precisa ser imputável, ter agido com consciência potencial da ilicitude e com exigibilidade e possibilidade de um comportamento conforme o Direito (Nucci, 2024, p. 226).

Por fim, autores da doutrina pós-finalista, ou funcionalista, argumentam a vinculação desse elemento do crime às finalidades de prevenção relativas à pena. Não obstante, para

Gunther Jakobs, a culpabilidade está representada na falta de fidelidade do agente em relação ao Direito (Jakobs, 1997, p. 566-567 *apud* Nucci, 2024, p. 227). Claus Roxin, por sua vez, defende que a condução do exame de culpabilidade pela análise do livre-arbítrio, de tal forma que:

[...] a capacidade humana de culpabilidade deve ser uma verificação científico-empírica, valendo-se de critérios fornecidos pela psicologia e pela psiquiatria, medindo-se o autocontrole do agente através de dados técnicos e menos abstratos (Nucci, 2024, p. 227).

Este livre-arbítrio, no que lhe diz respeito, não perpassa os valores religiosos, sendo aplicado como sinônimo do mero querer humano, em sua essência (Nucci, 2024, p. 229). Do ponto de vista crítico, Díez Ripollés intervém que a substituição da análise psicológica do indivíduo causa *déficit* ao processo de imputação penal, pois, em suposição, isto depauperaria a análise por falta de instrumentação técnica para conhecimento dos efeitos preventivos-gerais ou pelo dilema da subjetividade quanto à autodeterminação do ser (Díez Ripollés, p. 205 *apud* Nucci, 2024, p. 227). Nucci (2024, p. 228), porém, aduz que cabe ao julgador, enquanto operador do Direito, ter as aptidões necessárias para interpretar as condições de orientação do autor segundo o regramento legal, em observância às provas dos autos.

2.3 Inimputabilidade e suas implicações no sistema penal

Nesse sentido, no âmbito da punibilidade de pacientes psiquiátricos, resta, portanto, a dubiedade acerca da capacidade de autorregulação do agente para se dispor da norma para se orientar na vida civil - o que é a causa central do estigma por trás da figura ambígua do “louco infrator” no Direito Penal. Ante o exposto, faz-se impreterível a conceituação do que é a inimputabilidade na ciência jurídico-social, assim como a reconstituição do arcabouço histórico no qual situa a idealização dos infratores que, por ventura, são tidos pela comunidade como doentes mentais.

A imputabilidade penal é entendida como o conjunto de condições individuais, dimensionadas pela capacidade intelectual e vontade de agir do sujeito, que permite que este realize o discernimento da realidade para ser regular e orientar pelo que é exigido na norma. Em síntese, nada mais é que a atribuição do crime ao indivíduo, fundamentada na capacidade do caráter criminoso do fato, qual seja, o estado psicológico que se fundamenta na razão, e

capacidade de se determinar de acordo com esse entendimento, ou seja, a capacidade de se determinar (Palomba, 2016, p. 135).

Dentre as tipologias análogas à capacidade de imputação jurídica, é possível elencar a modalidade total, sendo aquela na qual o agente tem entendimento pleno do caráter criminoso do fato, além de ser totalmente capaz de se determinar de acordo; parcial, quando o agente, na época do fato, era parcialmente capaz de entender o caráter criminoso da ação e não era capaz de se determinar integralmente de acordo com esse entendimento; e, por fim, nula, quando indivíduo era totalmente incapaz de exprimir tal compreensão e, de igual modo, totalmente incapaz de se regular.

Por capacidade de entendimento, toma-se a possibilidade do sujeito reconhecer a natureza do delito, assim como as demais condições e consequências do ato, partindo do conhecimento da penalidade, da organização legal, das consequências sociais e morais, do seu grau de experiência, maturidade, educação, inteligência, lucidez, atenção, orientação e memória (Palomba, 2016, p. 136). Paralelamente, a capacidade de determinação corresponde, resumidamente, à capacidade de escolher ou não pela prática do ato. Para o psiquiatra forense Guido Palomba, o simples diagnóstico de transtorno mental do indivíduo “não é o quanto basta para tirar completamente ou diminuir o grau de imputabilidade penal ou a sua capacidade de imputação jurídica” (Palomba, 2016, p. 137), sendo necessária a existência de um nexo de causalidade entre a patologia e o crime praticado.

Nesse sentido, o termo figura como uma das possibilidades excludentes da atribuição de culpabilidade no que é tocante ao agente do fato. Segundo Nucci (2024, p. 232), implica-se o exame do binômio sanidade-maturidade, já que a sua implementação advém de critérios biológicos, psicológicos ou, até mesmo, biopsicológicos. No primeiro cenário, se considera, com exclusividade, a saúde mental do agente (Nucci, 2024, p. 232) - ou seja, se o desenvolvimento mental do indivíduo é incompleto ou retardado. Sob a ótica psicológica, tem-se a observância quanto à capacidade do sujeito de compreensão sobre o caráter ilícito da ação; e, sobretudo, de se guiar a partir desse entendimento. O critério biopsicológico agrupa os dois fatos anteriores, sendo o princípio adotado pelo atual Código Penal, vez que:

[...] não é suficiente que haja algum tipo de enfermidade mental, mas que exista prova de que esse transtorno afetou, a capacidade de compreensão do ilícito, ou de determinação segundo esse conhecimento, à época do fato (Esbec Rodríguez; Gómez-Jarabo, 2000, p. 118-119 *apud* Nucci, 2024, p. 232).

Caracteriza-se, ainda, a figura do semi-imputável - aquele que, por função de compreensão parcial da ilicitude de sua conduta e, respectivamente, do seu próprio discernimento, nos termos do parágrafo único do Art. 26 do Código Penal. Entretanto, embora o conceito seja amplamente utilizado por parte da doutrina jurídico-penal, é necessário salientar que o termo enfrenta incorreções, sendo considerado como inadequado pelo viés dogmático, posto que a configuração da imputabilidade não admite gradações. Dessa forma, tem-se que ou o indivíduo é plenamente imputável, compreendendo a ilicitude do ato e tendo autocontrole, ou não é, pois, mesmo com a capacidade reduzida, o agente ainda é imputável, visto que mantém essa condição ainda que em grau menor (Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios, 2024).

Portanto, evidencia-se as tratativas quanto ao paciente de doenças mentais no alicerce legislativo do Direito Penal, para além das políticas sanitárias de saúde mental. Urge, desse modo, a recapitulação quanto ao tratamento que se é dado aos ditos loucos na sociedade brasileira, e, conseqüentemente, no panorama das práticas-psiquiátricas no Brasil, cuja gnose se solidifica sob os moldes das escolas criminológicas europeias do século XIX (Assis, 2019, p. 40).

2.4 Medidas de segurança: conceito, objetivos e aplicações

De acordo com Nucci (2023, p. 475), a medida de segurança é a forma de sanção penal destinada, no ordenamento jurídico, aos sujeitos inimputáveis - que, autores de fato típico e ilícito, não podem ser considerados criminosos pela ausência do juízo de culpabilidade, restando-lhes, em contrapartida, o critério da periculosidade. Se, sob uma perspectiva, a culpabilidade seria a premissa basilar para a aplicação da pena ao infrator, por outro lado, a periculosidade seria pressuposto para a injunção da medida de segurança (Caetano; Tedesco, 2021, p. 194).

Até a Reforma Penal, mediada pela Lei nº 7.209 de 11 de julho de 1984, predominava o sistema do “duplo binário”, segundo o qual era possível responsabilizar o sujeito por pena e medida de segurança em conjunto - o que lesaria o princípio “*ne bis in idem*” que rege o Direito Penal (Bitencourt, 2021, p. 955). Na atualidade, faz-se uso do sistema vicariante, de tal modo que a relação entre pena e medida de segurança é alternativa - se imputável, o réu será penalizado; se inimputável, receberá a medida de segurança em algum de seus modais.

A Lei nº 7.209/1984 dá a seguinte redação aos dispositivos do Código Penal (Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940):

Art. 96. As **medidas de segurança** são: (Redação dada pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984)

I - Internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou, à falta, em outro estabelecimento adequado; (Redação dada pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984)

II - sujeição a tratamento ambulatorial. (Redação dada pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984)

Parágrafo único - Extinta a punibilidade, não se impõe medida de segurança nem subsiste a que tenha sido imposta. (Redação dada pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984)

Imposição da medida de segurança para inimputável

Art. 97 - Se o agente for inimputável, o juiz determinará sua internação (art. 26). Se, todavia, o fato previsto como crime for punível com detenção, poderá o juiz submetê-lo a tratamento ambulatorial. (Redação dada pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984) (Brasil, [2024a,], grifo próprio).

Seu caráter punitivo não pode ser desconsiderado e apartado em virtude de natureza curativa e preventiva, pois “toda privação, por mais terapêutica que seja, para quem a sofre não deixa de ter um conteúdo penoso” (Nucci, 2023, p. 475), conforme atesta o entendimento majoritário. Entretanto, para uma doutrina minoritária, sustentada por Luiz Vicente Cernicchiaro e Assis Toledo, se a medida de segurança possui propósito assistencial, não seria necessário aplicá-la, sequer, à apreciação sob o princípio da legalidade e anterioridade, pois, ainda que restrinja a liberdade, teria função pedagógica (Nucci, 2023, p. 475). Para Bitencourt (2021, p. 956), todavia, a submissão das medidas de segurança ao princípio da reserva legal e, consequentemente, da legalidade e da anterioridade, disposto no Art. 5º, inciso XXXIX, da Constituição Federal de 1988, e Art. 1º do Código Penal, é indubitável, já que essa condenação, assim como a pena, “consubstancia forma de invasão da liberdade do indivíduo pelo Estado” (Bitencourt, 2021, p. 956).

Dentre as diferenças entre pena e medida de segurança elencadas por Bitencourt (2021, p. 956), menciona-se, em primeiro lugar, que as penas têm um caráter punitivo e preventivo, enquanto as medidas de segurança possuem uma natureza essencialmente preventiva – visto que, ao passo que a imposição da pena é baseada na culpabilidade do indivíduo, as medidas de segurança se fundamentam, exclusivamente, na periculosidade. Além disso, as penas possuem duração fixa, enquanto as medidas de segurança são aplicadas por período indefinido, encerrando-se apenas quando a periculosidade do sujeito for extinta.

O cumprimento da medida de segurança ocorre em duas modalidades distintas: a medida detentiva, através internação em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico ou instituição análoga, equiparada ao regime fechado da pena privativa de liberdade, ou tratamento ambulatorial, equivalente à pena restritiva de direitos, pelo mínimo de um a três anos, sem a

definição de prazo máximo (Nucci, 2023, p. 476-485), conforme se pode inferir da redação normativa do supracitado Art. 96 do Código Penal.

Acerca da incompatibilidade da medida de segurança com o presídio comum, caso o indivíduo inimputável seja enviado para um estabelecimento prisional comum sem receber o tratamento adequado, é cabível a impetração de *habeas corpus* para pôr fim a esse constrangimento, exceto nos casos em que sua periculosidade for comprovada - circunstância na qual ele poderá aguardar vaga em instituição adequada, detido em presídio comum, se necessário (Nucci, 2023, p. 484). A regra geral, contudo, é que o portador de doença mental seja internado em um estabelecimento específico:

Art. 99 - O internado será recolhido a estabelecimento dotado de características hospitalares e será submetido a tratamento (Brasil, [2024a]).

Dos tipos de estabelecimento sobreditos, o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, tema em enfoque no presente trabalho, é o título redesignado que se deu ao antigo manicômio judiciário após Reforma Penal de 1984 e a Reforma Psiquiátrica - aspecto sobre o qual se destinará análise aprofundada no capítulo seguinte. Paralelamente, inexistiu definição na legislação do que seria um “estabelecimento adequado”; contudo, menciona-se que o internado deve ser recolhido em um local com características hospitalares para receber tratamento (Brasil, [2024a]). Quanto ao “local com dependência médica adequada”, ainda que a lei não o diferencie claramente do “estabelecimento adequado”, sua função seria o tratamento ambulatorial, conforme o art. 101 da Lei de Execução Penal, caso não haja hospital de custódia disponível (Bitencourt, 2021, p. 959). Na prática, entretanto, ambos os tipos de estabelecimento acabam sendo tratados da mesma forma.

De acordo com Nucci (2023, p. 478), o estabelecimento da internação obrigatória do inimputável que comete fato típico e ilícito é criticada pois a medida desconsidera subestima as condições individuais das circunstâncias que regem cada caso - o que evitaria a internação de número volumoso de pacientes de problemas mentais, ao exemplo dado pela doutrina do inimputável que, ao cometer tentativa de homicídio com lesões leves, possui suporte familiar adequado para sua recuperação, sendo o tratamento ambulatorial uma alternativa mais apropriada sob o viés antimanicomial. Cita-se, nesse ínterim, o precedente firmado pelo Superior Tribunal que buscou equilibrar a problemática e corrigir essa padronização, admitindo a aplicação de tratamento ambulatorial para crimes punidos com reclusão, ao afirmar que a medida de segurança deve ser ajustada ao tipo de tratamento necessário, considerando a

condição do agente inimputável ou semi-imputável (Brasil, 2004, p. 211 *apud* Nucci, 2023, p. 478).

Neste óbice, Carlota Pizarro de Almeida argumenta que a medida de segurança não deve ser correlacionada à gravidade do crime, mas sim à periculosidade do agente, respeitando o princípio da proporcionalidade (Almeida, 2004, p. 34 *apud* Nucci, 2023, p. 478). Além disso, especialistas em psiquiatria forense, como Taborda, Chalub e Abdalla-Filho, defendem que a escolha entre internação e tratamento ambulatorial deve se basear na natureza e gravidade do transtorno psiquiátrico, utilizando critérios médicos, em vez de vincular a medida ao crime praticado (Taborda; Chalub; Abdalla-Filho, 2004, p. 16 *apud* Nucci, 2023, p. 478).

A aplicação da medida de segurança é dada pela sentença absolutória imprópria, assim denominada por configurar uma espécie de sanção penal, distinguindo-se da pena. A respeito do tópico, é disposto pelo art. 386, parágrafo único, III, do CPP:

Art. 386. O juiz absolverá o réu, mencionando a causa na parte dispositiva, desde que reconheça:

- I - estar provada a inexistência do fato;
- II - não haver prova da existência do fato;
- III - não constituir o fato infração penal;
- IV - estar provado que o réu não concorreu para a infração penal;
- V - não existir prova de ter o réu concorrido para a infração penal;
- VI - existirem circunstâncias que excluam o crime ou isentem o réu de pena, ou mesmo se houver fundada dúvida sobre sua existência;
- VII - não existir prova suficiente para a condenação.

Parágrafo único. **Na sentença absolutória, o juiz:**

- I - mandará, se for o caso, pôr o réu em liberdade;
- II - ordenará a cessação das penas acessórias provisoriamente aplicadas;
- III - **aplicará medida de segurança, se cabível** (Brasil, [2024b], grifo próprio).

Menciona Nucci (2023, p. 477), a despeito do tema, a existência da Súmula 422 do STF, segundo a qual a absolvição criminal não prejudica a medida de segurança cabível, mesmo que essa medida resulte em privação de liberdade. A execução da medida de segurança só pode ocorrer após o trânsito em julgado da sentença, conforme o Artigo 171 da Lei de Execução Penal, ou, simplesmente, LEP (Brasil, [2024c]). Para iniciar essa execução, é necessária a expedição de uma guia de internação ou de tratamento ambulatorial, conforme previsto no Artigo 173 da mesma lei (Brasil, [2024c]). Segundo Bitencourt (2021, p. 962), a medida de segurança provisória foi eliminada pela Reforma Penal de 1984 ao não repetir o disposto no antigo artigo 80 do Código Penal de 1940.

No que se refere ao término da medida de segurança, cabe exercer a diferenciação entre suspensão e extinção. Nessa perspectiva, tem-se a suspensão quando, após um ano de liberação ou desinternação, não há a prática de qualquer ato que indique a persistência da

periculosidade, conforme estabelece o artigo 97, § 3º, do Código Penal. Caso esse período transcorra sem incidentes, *in albis*, a medida será extinta de forma definitiva, o que a lei denomina “revogação” (Bitencourt, 2021, p. 962).

Comprovada a cessação da periculosidade por perícia, o juiz da execução ordenará a revogação da medida de segurança, determinando a desinternação ou a liberação provisória, aplicando as mesmas condições do livramento condicional, conforme o Artigo 178 da LEP (Brasil, [2024c]). Essa revogação, no entanto, não é definitiva, sendo uma suspensão condicional, já que, se o liberado ou desinternado cometer um ato que indique a persistência da periculosidade no prazo de um ano, a medida será restabelecida. Apenas após ultrapassar esse período sem incidentes a medida de segurança será extinta de forma definitiva (Bitencourt, 2021, p. 962).

A legislação menciona “fato indicativo” de periculosidade e não necessariamente um elemento caracterizante ou crime. Durante o período de prova, o agente está sujeito às condições do livramento condicional, mas o mero descumprimento dessas condições ou a ausência do beneficiário não são suficientes para restaurar a medida de segurança (Bitencourt, 2021, p. 962). O juiz deve ouvir o beneficiário e tomar as mesmas precauções previstas para a revogação do livramento condicional, de acordo com os artigos 86 e 87 do Código Penal (Brasil, [2024a]).

Paralelamente, de acordo com o Art. 96, parágrafo único, do Código Penal, uma vez extinta a punibilidade, é incabível a imposição de medida de segurança, assim como não subsiste aquela que tenha sido imposta em momento anterior (Brasil, [2024a]). Logo, ao surgir uma das causas de extinção da punibilidade, a aplicação da medida de segurança também é cessada, uma vez que a pretensão punitiva do Estado se encontra encerrada, mesmo que na forma de tratamento (Nucci, 2023, p. 476). Um exemplo disso seria a prescrição da pretensão punitiva, em que, se entre o recebimento da denúncia e a sentença decorrer o tempo necessário para a prescrição da pena, o juiz não deve impor a medida de segurança, ainda que tenha sido constatada a insanidade mental do acusado, devendo declarar extinta a punibilidade (Nucci, 2023, p. 476).

Quanto à prescrição da punibilidade, por outra via, carece a legislação de um tratamento detalhado às medidas de segurança, de tal forma que se aplica a descrição do Art. 109 e 110 do Código Penal, referente à disciplina de penas restritivas de direito, que relatam em seu escopo:

Art. 109. A prescrição, antes de transitar em julgado a sentença final, salvo o disposto no § 1º do art. 110 deste Código, regula-se pelo máximo da pena privativa de liberdade cominada ao crime, verificando-se:

I - em vinte anos, se o máximo da pena é superior a doze;
 II - em dezesseis anos, se o máximo da pena é superior a oito anos e não excede a doze;
 III - em doze anos, se o máximo da pena é superior a quatro anos e não excede a oito;
 IV - em oito anos, se o máximo da pena é superior a dois anos e não excede a quatro;
 V - em quatro anos, se o máximo da pena é igual a um ano ou, sendo superior, não excede a dois;
 VI - em 3 (três) anos, se o máximo da pena é inferior a 1 (um) ano;
 Parágrafo único - Aplicam-se às penas restritivas de direito os mesmos prazos previstos para as privativas de liberdade.
 Art. 110 - A prescrição depois de transitar em julgado a sentença condenatória regula-se pela pena aplicada e verifica-se nos prazos fixados no artigo anterior, os quais se aumentam de um terço, se o condenado é reincidente.
 § 1º A prescrição, depois da sentença condenatória com trânsito em julgado para a acusação ou depois de improvido seu recurso, regula-se pela pena aplicada, não podendo, em nenhuma hipótese, ter por termo inicial data anterior à da denúncia ou queixa (Brasil, [2024a]).

Subsistem, portanto, no que tange à prescrição, duas categorias principais, que seriam a prescrição da pretensão punitiva e a prescrição da pretensão executória. A prescrição da pretensão punitiva ocorre antes do trânsito em julgado e se subdivide em três formas, sendo estas a prescrição *in abstracto*, a prescrição retroativa e a prescrição intercorrente (Bitencourt, 2021, p. 960). Já a prescrição da pretensão executória, no caso do inimputável, se regula pelo máximo da pena abstrata (Bitencourt, 2021, p. 960).

Outro tópico relevante aos esclarecimentos da pauta é a conversão da pena privativa de liberdade em medida de segurança durante o percurso da execução penal. Determina o Art. 183 da Lei de Execução Penal que sobrevindo a doença mental ou perturbação da saúde mental durante no curso da execução da pena privativa de liberdade, o Juiz poderá determinar a substituição da pena por medida de segurança de ofício, a requerimento do Ministério Público, da Defensoria Pública ou da autoridade administrativa (Brasil, [2024c]). De acordo com Bitencourt (2021, p. 963), a substituição da pena por medida de segurança é uma exceção, prevista no Art. 98 do Código Penal, e ocorre quando o condenado necessita de tratamento curativo especial.

Caso a enfermidade não seja permanente, o Art. 41 do Código Penal determina a transferência do sentenciado para um Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico pelo tempo necessário à sua recuperação, sem que isso configure conversão da pena em medida de segurança, sendo apenas uma medida provisória para tratar a doença (Nucci, 2023, p. 480). Após a melhora, o condenado retorna ao presídio para cumprir sua pena. No entanto, se a doença mental for de caráter duradouro, a transferência deve ser definitiva, e o juiz, nesse caso, converte a pena em medida de segurança, conforme o art. 97 do Código Penal (Nucci, 2023, p. 480). É importante salientar, ainda, que a conversão do tratamento ambulatorial em internação, por sua

vez, não se trata de uma substituição de pena, mas de uma adequação de medida caso o tratamento ambulatorial não seja suficiente para a recuperação do condenado (Bitencourt, 2021, p. 963).

O entendimento majoritário é de que, ao adoecer mentalmente durante o cumprimento da pena, o sentenciado deve ter sua pena convertida em medida de segurança, retornando à execução da pena original em caso de melhora, em ato de reconversão. Essa prática visa evitar subterfúgios e garantir que o condenado não seja indevidamente beneficiado ou prejudicado (Nucci, 2023, p. 481). Se a medida de segurança fosse aplicada de forma indefinida, além do prazo da pena fixada inicialmente, isso poderia resultar em abusos, comprometendo os direitos do condenado, visto que a imputabilidade deve ser avaliada no momento do crime (Nucci, 2023, p. 481). No entanto, se o condenado se recuperar durante a execução da medida de segurança, ele deve retornar ao cumprimento do restante da pena original, sem cabimento de medida que o confira liberdade imediata (Nucci, 2023, p. 481).

Para a aplicação de uma medida de segurança, destaca-se, como requisitos, a imprescindibilidade da ausência de imputabilidade plena, uma vez que o imputável está sujeito apenas à pena. Ademais, é indispensável que o sujeito inimputável tenha praticado um ilícito típico. O apontamento a este requisito se faz relevante porque o critério deixa de existir quando há excludentes de criminalidade ou de culpabilidade, como erro de proibição invencível, coação irresistível, obediência hierárquica ou embriaguez completa accidental, com exceção da inimputabilidade (Bitencourt, 2021, p. 957).

Além disso, a ausência de prova do crime ou da autoria também impede a aplicação da medida. Logo, deve ser garantido ao agente, mesmo que inimputável, o direito à ampla defesa e ao contraditório (Nucci, 2023 p. 477), no curso do devido processo legal. Adiciona, ainda, a doutrina, que se houver alguma excludente de ilicitude, obriga-se o Juiz, mesmo em julgamento de sujeito inimputável, absolvê-lo por falta do pressuposto da ilicitude, o que também se aplica aos casos de insuficiência de provas para comprovação da materialidade e consequente autoria do delito (Nucci, 2023, p. 477).

Cabe salientar que a medida de segurança preventiva, anteriormente prevista no art. 378 do Código de Processo Penal, foi considerada revogada pela opinião majoritária da doutrina (Brasil, [2024b]). Inicialmente, o juiz poderia aplicar essa medida durante a instrução, mas tal previsão estava ligada à vetusta redação do Art. 80 do Código Penal de 1940, que permitia submeter inimputáveis, ébrios habituais e toxicômanos a medidas de segurança durante o processo de tal forma que, com a revogação desse dispositivo, tornou-se inevitável que o direito processual penal adotasse a mesma direção (Nucci, 2023, p. 477). Contudo, após a

promulgação da Lei nº 12.403, de 4 maio de 2011, o Código de Processo Penal passou a prever a possibilidade de o juiz decretar a internação provisória, nos casos de crimes cometidos com violência ou grave ameaça, quando os peritos concluírem pela inimputabilidade do acusado, havendo risco de reincidência (Nucci, 2023, p. 477).

Outro requisito fundamental é a supramencionada periculosidade do agente, definida como um estado subjetivo e duradouro de antissociabilidade, que indica a probabilidade de reincidência com base na conduta antissocial e em anomalias psíquicas (Bitencourt, 2021, p. 957) – herança da Escola Positiva no Direito Penal Moderno. Por fim, sintetiza-se as disposições do Código Penal que conferem distinção entre periculosidade presumida, aplicável a inimputáveis, nos termos do Art. 26, *caput*, e a periculosidade real, consoante aos “semi-imputáveis” nas definições do Art. 26, parágrafo único:

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, [2024a]).

2.5 Periculosidade: perspectivas do fundamento das medidas de segurança

Nesse contexto, a periculosidade está associada à propensão do agente à prática de novos atos antissociais. A avaliação dessa tendência fundamenta a intervenção estatal quanto à detenção do sujeito em internação, sob o cunho de proteção da sociedade diante desse sujeito tido como ameaçador, colocando a tutela do próprio indivíduo em situação de vulnerabilidade em segundo plano. As apreensões da genealogia dessa periculosidade, real ou presumida, é, portanto, crucial para a compreensão plena dos problemas intrínsecos às medidas de segurança estabelecidas no ordenamento jurídico-penal, sendo a sua análise uma etapa determinante na discussão sobre a responsabilização e a reabilitação dos sujeitos envolvidos no sistema judiciário.

Nesse sentido, no campo do Direito Penal e da Criminologia, o conceito de periculosidade emerge da necessidade de prevenir futuros delitos e de resguardar tanto a comunidade do indivíduo que possa apresentar um risco potencial. Nota-se, portanto, a aplicação acrítica do denominado princípio “*in dubio pro societate*” - ou seja, “na dúvida, a favor da sociedade”. Essa máxima, ao determinar a condução de processos penais, é alvo de

divergência por parte da doutrina jurídica, haja vista que não está fundamentada sobre qualquer base constitucional (Lopes Júnior, 2017, p. 359) ou nos demais instrumentos legislativos (Aguiar; Brito, 2021, p. 15). Além dessa lacuna, conforme Lopes Júnior (2017, p. 359), o aforismo é “incompatível com a estrutura das cargas probatórias definidas pela presunção de inocência”.

No âmbito das medidas de segurança, o “*in dubio pro societate*” é relativo à presunção de que, em caso de dúvida sobre a cessação da periculosidade do réu, a internação privativa de liberdade deve ser mantida, mesmo que em tempo superior à pena referente ao crime cometido, por se tratar da solução benéfica aos interesses da população geral.

Ademais, é incontroverso que tal preceito é diametralmente oposto ao vigente princípio constitucional de “*in dubio pro reo*”, qual seja, “na dúvida, a favor do réu” que se manifesta, por exemplo, no corpo do Art. 386 do Código de Processo Penal, que certifica a absolvição do réu perante a inexistência de provas satisfatórias à sua condenação (Brasil, [2024b]). Como há de se verificar pela disposição de jurisprudência relacionada ao tema da desinternação em medida de segurança, é possível observar decisões que provêm pela manutenção desse tipo de encarceramento sob a falta de indícios de cessação da periculosidade do agente.

Assim, deve-se mapear as noções históricas sobre as quais tal periculosidade está arraigada, a fim de não somente entender como surgiu a intersecção doutrinária entre as condições pessoais, comportamentais e contextuais do delinquente à predisposição para a prática de atos criminosos, como, também, para suscitar no raciocínio que asseverou a criação dos manicômios judiciais no país. A partir desse viés, possibilita-se a verificação dos desafios contemporâneos para a extinção desse tipo de instituição, dada sua solidificação no consciente coletivo.

2.5.1 Análise histórica da periculosidade no contexto penal

Ante o exposto, urge a acepção acerca da naturalização da máxima de “periculosidade”, inerente ao paciente psiquiátrico envolvido no cometimento de crimes, que, conforme observa Barros-Brissef (2010a, p. 17) é uma significante embutida ao tecido social de forma intrínseca e orgânica. Nesse íterim, é fundamental, em visão macroscópica e multifocal, a compreensão acerca da evolução narrativa que perpassa as escolásticas do Direito Penal em evolução histórica.

Segundo os estudos postulados por Foucault (2005 *apud* Moreira, 2021, p. 26), na narrativa histórica do mundo ocidental, a dicotomia entre a razão e a irracionalidade despertou o interesse da civilização desde a antiguidade grega, que já buscava formas de justificar a loucura em causa e efeito, a fim de compreender aquilo que fugia aos moldes sociais do que era moralmente aceito. O tema retornaria aos holofotes nos meados dos séculos XVII e XVIII, época em que a loucura seria conceituada como uma alienação mental e, portanto, uma doença mental (Moreira, 2021, p. 27). O conceito de periculosidade criminal emerge, portanto, do cenário da episteme filosófica que toma o homem como peça central da fonte e objeto de estudo do decurso do século XIX para Foucault (2004 *apud* Barros-Brisset, 2011, p. 38).

Sob análise histórica, é necessário reconstituir o contraponto existente entre duas das escolas criminológicas que se sobressaíram à construção sistemática do Direito Penal posto em prática na contemporaneidade: a Escola Clássica e a Escola Positiva.

À luz dos movimentos reformadores e humanitários suscitados pela Revolução Francesa, em meados do século XVIII, a Escola Clássica – idealizada, em um momento filosófico, por Cesare Beccaria, e, jurídico, por Francisco Carrara – dedicou-se ao domínio da finalidade da aplicação das penas, em contraposição ao arbítrio dos juízes da época, em sustentação acerca da correlação de proporcionalidade entre o crime e sua retaliação (Nucci, 2024, p. 11). A nomenclatura, entretanto, não é decorrente da homogeneidade da linha de pensamentos entre seus adeptos, tendo sido assim identificada de maneira pejorativa pelos positivistas que viriam tecer críticas quanto ao caráter científico das contribuições (Bitencourt, 2021, p. 116).

Inspirados pelas ideologias do “século das luzes”, os pensadores contemplavam a razão e a humanidade no tocante à legislação criminal em vigor, baseando-se na ideia do livre arbítrio do sujeito e na sua inerente noção de responsabilidade (Peres; Nery Filho, 2002, p. 337), ante os pressupostos da igualdade dos homens perante a lei, da pena equiparada à gravidade do crime e do condicionamento da pena à legalidade (Peres; Nery Filho, 2002, p. 336). Em síntese, assume Bitencourt (2021, p. 120):

A pena era, para os clássicos, uma medida repressiva, aflitiva e pessoal, que se aplicava ao autor de um fato delituoso que tivesse agido com capacidade de querer e de entender. Os autores clássicos limitavam o Direito Penal entre os extremos da imputabilidade e da pena retributiva, cujo fundamento básico era a culpa. Preocupada em preservar a soberania da lei e afastar qualquer tipo de arbítrio, a Teoria Geral do Delito limitava duramente os poderes do juiz, quase o transformando em mero executor legislativo.

Nesse contexto, a tese sustentada pela obra “Dos delitos e das penas”, de Cesare Bonessana, Marquês de Beccaria, defendia a missão de regeneração do criminoso penalizado e condenava a natureza intimidatória das penalidades que eram impostas aos penitenciários, com insurgências em defesa do princípio da responsabilidade pessoal (Nucci, 2024, p. 11). A obra, reconhecida pelo impacto nas percepções modernas do Direito Penal, utiliza da concepção contratualista, para arrazoar quanto à igualdade absoluta dos homens, e utilitarista, para conceber que a prevenção de delitos futuros não era oriunda do terror, porém da eficácia e certeza da sanção punitiva (Bitencourt, 2021, p. 102).

Em contrapartida à teoria da prevenção, de Beccaria, inclinada à função utilitária da pena, a teoria da retribuição, liderada por Francesco Carrara, ia ao encontro à ideia de uma pena absoluta que retribuísse o crime ao criminoso através do castigo, (Nucci, 2024, p. 13). Dentre os princípios fundamentais que se vincula à sua asserção, pode-se mencionar o caráter de ente jurídico do crime; o livre-arbítrio como pressuposto da punibilidade; a pena como instrumento para retribuição da culpa moral; e, por fim, o princípio da reserva legal (Bitencourt, 2021, p. 119). Segundo Carrara (1971 apud Bitencourt, 2021, p. 118):

A pena não é mais do que a sanção do preceito ditado pela lei eterna: a qual sempre visa à conservação da humanidade e à tutela dos seus direitos, sempre procede da norma do justo: sempre corresponde aos sentimentos da consciência universal.

Com a noção de que o Direito Penal Clássico teria sido falho na contenção dos delitos devido ao aumento nos índices de criminalidade, emerge o positivismo criminológico, traduzido em um conjunto de teses que consideravam o crime como manifestação da personalidade humana e produto de causas biológicas (Jolo, 2013, p. 10). Nesse ínterim, a Escola Positiva do Direito Penal traz, consigo, a tese centralizada na periculosidade do indivíduo infrator - fato este que se refletiria nas medidas relacionadas à interlocução entre o Direito e a Psiquiatria.

Se, por um lado, a Escola Clássica teria sido influenciada pela emergência de teorias iluministas do século XVIII, a Escola Positiva, por sua vez, encontra como fonte o advento de correntes biológicas, sociológicas e antropológicas na ciência do final do século XIX (Bitencourt, 2021, p. 121). Ao contrário dos clássicos, os positivistas priorizavam os interesses da sociedade em detrimento do indivíduo delinquente, cuja ressocialização retorna ao segundo plano da discussão (Bitencourt, 2021, p. 121).

Fundador da Escola Positivista Biológica e da Antropologia Criminal, Cesare Lombroso, inspirado por teóricos como Charles Darwin e Augusto Comte, conceitua o

“criminoso atávico” (Bitencourt, 2021, p. 122), cujo ímpeto pela delinquência decorreria da sua genealogia, o que o rebaixaria a uma “subespécie do homem”. Nesse sentido, o autor constrói uma tipologia de delinquentes, podendo estes serem criminosos natos, por paixão, por loucura, de ocasião, ou, ainda, epiléticos (Bitencourt, 2021, p. 122). A teoria de Lombroso se respalda em estigmas físicos dos indivíduos, como assimetria facial, dentição, orelhas grandes, olhos defeituosos, características sexuais invertidas, tatuagens e irregularidades em dedos (Bitencourt, 2021, p. 122). Em resumo, tem-se que:

A delinquência era, pois, para Lombroso, um fenômeno atávico: o delinquente era uma *specie generis humani* diferente. Tal era a teoria lombrosiana do delinquente nato, que combinou depois com as da “loucura moral” e a “epilepsia larvada”. A origem era atribuída ao descobrimento de uma terceira fossa occipital (“pequena cavidade occipital média”) no crânio de um famoso delinquente, que corresponderia a um terceiro lóbulo, que existe nos mamíferos superiores, mas não no homem. Toda a sua antropologia dedicou-se a buscar caracteres animais nos delinquentes: orelhas em asas, testa “inclinada”, baixa sensibilidade à dor (à qual atribui a grande difusão de tatuagens) etc. (Zaffaroni; Pierangeli, 2010, p. 258).

Nesse contexto, surge a ideia de periculosidade, ou perigosidade, que vincula a ideia de que existem indivíduos que, naturalmente, apresentam perigos à sociedade. Desse modo, a teoria da periculosidade é empregada, desde os meados da década de 1940, com sua natureza sancionatória, como uma justificativa para a imposição das medidas de segurança ao louco delinquente, sendo aplicada de maneira indiscriminada para a segregação indeterminada e, até mesmo, perpétua, desses pacientes psiquiátricos (Caetano; Tedesco, 2021, p. 193).

Não obstante, dada eclosão da psiquiatria nas vias de higiene pública, à época, o Direito se volta à análise multifocal da natureza do criminoso, a fim de alcançar a compreensão das razões que incitam o motivo por trás da pena – e não somente o crime e a punição (Barros-Brisset, 2011, p. 38). Segundo Mitjavila e Mathes (2012, p. 1379), a psiquiatria forense não obedeceu à evolução dos conhecimentos sobre as enfermidades mentais, de tal modo que tanto médicos quanto os legisladores “não estavam preocupados com as causas e as classificações da doença psíquica, mas sim com as providências legais a serem tomadas de acordo com a integridade mental do indivíduo”. Não obstante, a concepção da própria psiquiatria, como especialidade médica, possibilitou o estabelecimento de uma relação entre a Justiça e os institutos de Saúde Mental através de atividades profissionais especializadas (Rigonatti, 2003 *apud* Mitjavila; Mathes, 2012, p. 1379).

Nesse sentido, o “louco infrator” é tido como a figura anfibológica que desafia, imediatamente, os entendimentos a título da culpabilidade, de tal forma que os psiquiatras introduzem o conceito de “crime louco”, ou monomania homicida – ficção endossada pela ideia

de que o sujeito louco é, conseqüentemente, um sujeito perigoso. Segundo a tese defendida por Foucault (Barros-Brisset, 2011, p. 38), esta parceria formada entre a psiquiatria e o direito, suscitada pelo escopo de motivações e necessidades distintas, “foi a incubadora responsável pela gestação e concepção da noção de indivíduo perigoso” (Foucault, 2004 *apud* Barros-Brisset, 2011, p. 38), em um processo que haveria de se desenvolver até a contemporaneidade, sendo entrelaçada ao inconsciente da coletividade como uma conclusão óbvia.

Não obstante, o tema é alvo de críticas pela literatura jurídica e médica, uma vez que se questiona “o grau e alcance das relações entre doença mental e periculosidade criminal” (Mitjavila; Mathes, 2012, p. 1383). De acordo com Bastos (2007 *apud* Mitjavila; Mathes, 2012, p. 1383, grifo próprio):

O tema da periculosidade jamais foi discutido seriamente pelos psiquiatras. Periculosidade é uma questão social e jurídica, porém absolutamente fora do campo psicopatológico; O que o psiquiatra pode dizer sobre o examinando restringe-se à sua saúde mental; **existem pessoas perigosíssimas sem nenhum problema psiquiátrico, e vice-versa.**

Nesse sentido, tem Mitjavila e Mathes (2012, p. 1384) que tal noção de “transtorno mental”, e não mais a de loucura, como nos primórdios do desenvolvimento e gênese da psiquiatria, “é o principal fundamento contemporâneo da medicalização do crime e da periculosidade criminal”.

2.5.2 Panorama contemporâneo da periculosidade

Nesse cenário, a psiquiatria moderna tem, por periculosidade criminal, a potência que o indivíduo tem para voltar à prática delitiva - caracterizando-o, portanto, como alguém perigoso à sociedade, ocasionando a necessidade de uma medida de segurança que a proteja (Palomba, 2016, p. 155). Sob tal viés, a medicina psiquiátrica não atém a noção de periculosidade criminal como unânime no desígnio da previsão de qualquer tipo de crime (Mitjavila; Mathes, 2012, p. 1387).

Como doravante mencionado, a periculosidade pode ser computada como real ou presumida, sendo a primeira quando é passível de reconhecimento em Juízo e a segunda quando a demonstração pelo juiz se faz desnecessária (Nucci, 2023, p. 479).

Para a interpretação doutrinária, o sujeito que não possui controle sobre seus próprios impulsos torna-se potencialmente nocivo. Desse modo, conforme Araujo e Menezes (2003, p. 235 *apud* Mitjavila; Mathes, 2012, p. 1387), o crime é produzido “quando um indivíduo, em

resposta a impulsos de ordem biológica, psicológica e social, encontra-se numa situação tal que a execução do delito se lhe afigura como saída inevitável ou necessária”.

Logo, não estaria incorreto assumir que, pelo ponto de vista da psiquiatria, a periculosidade é um estado permanente, razão pela qual a medicina se adstringe ao exame da ausência ou presença de fatores que possibilitem ao paciente o controle sobre seus próprios impulsos (Mitjavila; Mathes, 2012, p. 1388). Segundo Cordeiro (2003, p. 5858 *apud* Mitjavila; Mathes, 2012, p. 1388), nesse ínterim, incorpora particular relevância a falta integração entre normas ético-sociais e plano de vida sustentado, tornando o sujeito proeminente à reação por impulsos e emoções movidos pelo princípio do prazer imediato.

A perspectiva médica é avalizada pelos modelos etiológicos da psiquiatria contemporânea que dão enfoque à coparticipação dos fatores biológicos e psicoafetivos na constituição de “personalidades criminalmente perigosas” (Mitjavila; Mathes, 2012, p. 1388). Diante da inerente falta de consenso quanto ao fator fundamental da periculosidade, obtém-se de autores como Serafim (2003 *apud* Mitjavila; Mathes, 2012, p. 1388) a existência de três classificações distintas de critérios, quais sejam, os biológicos, psicológicos e sociais – de tal maneira que tópicos socioculturais e políticos fulguram como elementos “desencadeantes”, e não apenas etiológicos (Mitjavila; Mathes, 2012, p. 1389).

Em observação ao tema, anota o Laplantine (1991 *apud* Mitjavila; Mathes, 2012, p. 1389), enquanto antropólogo, que a modulação dos moldes causais dos transtornos mentais “pressupõem ou se convertem em fundamento de seus correlatos terapêuticos” e – conforme se obedece a tendência de associação entre a periculosidade criminal e os transtornos da personalidade, cujas causas pertencem a um passado remoto intrapsíquico e familiar – é tida como algo inalterável. A segregação e confinamento dos indivíduos diagnosticados com transtornos mentais inferem nas respostas sociais e técnicas em que os universos jurídico-penal e médico convergem a um ponto comum (Mitjavila; Mathes, 2012, p. 1389).

A ênfase, entretanto, é dada aos coeficientes psicológicos, em vista da doutrina penal italiana, simbolizada pela tese de Luigi Garofalo, que atesta ser o criminoso “um doente ou degenerado, o crime um sintoma e a pena um tratamento” (Martins Junior, 2015, p. 1220). Cordeiro defende, ainda, que o vínculo postulado pelo agente e seu respectivo núcleo familiar é fundamental para a constatação da eclosão de elementos criminogênicos, de tal modo que “a violência humana é consequência da perversão dos valores dominantes e do desenvolvimento psicológico provocado por graves perturbações na interação Mãe-Filho-Pai” (Cordeiro, 2003, p. 49 *apud* Mitjavila; Mathes, 2012, p. 1389).

2.6 Aspectos procedimentais do exame de cessação da periculosidade

A definição do conceito de periculosidade sobredita é fundamental pois, a partir do procedimento utilizado para verificar a sua cessação, é possível pensar no fim da medida de segurança em vigor, conforme estipula o Art. 97, § 1º, do Código Penal:

Art. 97 - Se o agente for inimputável, o juiz determinará sua internação (art. 26). Se, todavia, o fato previsto como crime for punível com detenção, poderá o juiz submetê-lo a tratamento ambulatorial.

§ 1º - A internação, ou tratamento ambulatorial, será por tempo indeterminado, perdurando enquanto não for averiguada, mediante perícia médica, a cessação de periculosidade. O prazo mínimo deverá ser de 1 (um) a 3 (três) anos (Brasil, [2024a]).

Como mencionado, o primeiro exame pericial deve ocorrer em um prazo mínimo de um a três anos, servindo apenas como um marco inicial para a avaliação. A legislação determina, ainda, que, após esse período, o exame deve ser repetido anualmente. Contudo, o juiz da execução pode, a qualquer tempo e após o decurso do prazo mínimo, determinar de ofício a repetição do exame para antecipação, por força do Art. 176 da Lei de Execução Penal (Brasil, [2024c]). Antes disso, a realização do exame só pode ocorrer mediante provocação do Ministério Público ou do interessado, devendo a solicitação e a decisão ser fundamentadas (Nucci, 2023, p. 482).

Além disso, a Lei de Execução Penal garante ao paciente o direito de contratar um médico particular de sua confiança para acompanhar o tratamento (Brasil, [2024c]). Caso haja divergências entre as avaliações do médico oficial e do particular, a resolução cabe ao juiz da execução, conforme o Artigo 43, parágrafo único, da LEP (Brasil, [2024c]). Embora a Lei de Execução Penal não mencione explicitamente, considera-se que o médico particular pode atuar como assistente técnico no exame de verificação da cessação da periculosidade (Brasil, [2024c]), em respeito ao princípio da ampla defesa, previsto no art. 5º, IV, da Constituição Federal (Brasil, [2024d]).

No ramo jurídico, o conceito de periculosidade criminal se difere da periculosidade social, que trata do indivíduo que foi absolvido do crime em função da inimputabilidade e que se encontra sob regime de segurança dada potencialidade fatídica de retornar ao cometimento de crimes - sendo, portanto, “a potência real e presumida da volta à prática de delitos relacionados aos transtornos mentais daquele indivíduo” (Palomba, 2016, p. 155). Em que pese salientar, o Direito Penal destina a aplicação do termo apenas após o cometimento do delito, sendo impraticável ao sujeito que não tenha incorrido em ilicitude.

No tocante à análise pericial realizada para avaliação do paciente infrator, na atualidade, observa-se que a concessão do laudo favorável à cessação da periculosidade é uma raridade no cotidiano da execução de medidas de segurança, de forma que os exames, em maioria, atestam de maneira genérica e imprecisa pela manutenção do *status quo*, ou sequer são realizados (Soares Filho, Bueno; 2016, p. 2105).

Enquanto a periculosidade criminal é verificada a partir do exame criminológico, que visa cumprir o disposto no Art. 5º da Lei 7.210 de 1984, que subscreve, a periculosidade social é atestada pelo exame de verificação de cessação, sobre o qual o presente trabalho há de se debruçar a respeito (Palomba, 2016, p. 156). O exame criminológico é utilizado com a finalidade de classificação do criminoso e para possível progressão da pena, ao passo que o exame de cessação da periculosidade é um requisito primordial para determinar o prazo da medida de segurança em vigor (Palomba, 2016, p. 156). De acordo com Palomba (2016, p. 157), a técnica desempenhada para a elaboração do exame criminológico é equivalente à dispensada em laudos e pareceres psiquiátricos, cujo escopo pode se restringir à “verificação do grau de emendabilidade” e “aproveitamento dos benefícios recebidos durante o cumprimento da pena”.

Para tal, deve-se basear em preceitos da vida egressa do infrator, considerando aspectos como o início da criminalidade, a reincidência criminosa, a criminalidade interlocal, o grau de aproveitamento das atividades úteis oferecidas e, até mesmo, a disciplina carcerária (Palomba, 2016, p. 157). Ademais, ao longo do exame, o perito deve avaliar a vida afetiva do detento, seus princípios morais, planos futuros, capacidade pragmática e a autoavaliação crítica sobre o delito (Palomba, 2016, p. 157). À luz desses fatores, faz-se possível o exame sobre as condições de promover-se o regime prisional (Palomba, 2016, p. 157), o que é aplicável aos casos de semi-imputabilidade ora descritos.

A descrição dos fatores relativos ao exame criminológico, ainda que referente à pena, é relevante porque esses tópicos são refletidos naqueles analisados pelo exame de verificação de cessação de periculosidade, ao qual se destina as medidas de segurança. Realizado por peritos oficiais, à rigor técnico, a interrupção da periculosidade é dada pela análise do periciando em enfoque à possibilidade de reincidência, considerando seis passos fundamentais, sendo estes a observação da curva vital do indivíduo; a morfologia do crime praticado; o ajuste à vida frenocomial; os possíveis distúrbios psiquiátricos e intercorrências durante a execução da medida de segurança; o estado psíquico atual; e o meio que irá receber o indivíduo (Palomba, 2016, p. 158).

A curva vital apresenta indicadores de periculosidade, como a falta de aplicação escolar, interrupções no aprendizado, e reincidência rápida. A morfologia do crime inclui

agravantes legais e a prática de crimes brutais. Além disso, a vida frenocomial - ou seja, relativa à internação - revela indicadores como a necessidade de medidas restritivas e mau comportamento. Nesse aspecto, as intercorrências psiquiátricas, como surtos e crises de irascibilidade, também são pertinentes. Por fim, o exame psiquiátrico atual pode indicar humor explosivo e falta de remorso. Tais indicadores, dentre os trinta e cinco empregados pela psiquiatria forense, são essenciais para traçar o perfil do examinando, embora o contexto social em que o indivíduo será reintegrado deva ser considerado (Palomba, 2016, p. 159).

2.7 Controvérsias jurídicas na aplicação das medidas de segurança no Brasil

A duração da medida de segurança torna o tema controverso - sobretudo quando analisado à luz da reforma antimanicomial instituída, no âmbito civil, no final do século XX e começo do século XXI. Como há de ser dissertado, a Lei nº 10.216 de 2001, promulgada com o intuito de promover respaldo à proteção dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais no país, é omissa em sua implicação nos dispositivos do Código Penal, de tal modo que a Reforma Psiquiátrica não solucionou impasses tangentes à ordem asilar no âmbito punitivo.

Nesse sentido, é imperioso frisar que existe um distanciamento dogmático entre o tratamento dado aos imputáveis e aos inimputáveis. Ao passo que a aplicação de uma pena privativa de liberdade é limitada ao prazo de 40 anos, por determinação do Art. 75, § 1º, do Código Penal (Brasil, [2024a]), em redação dada pela Lei nº 13.964 de 2019, conhecida como “Pacote Anticrime”, a medida de segurança perdura até a constatação da cessação da periculosidade ante descrita, sendo, portanto, indeterminada.

O fato é concorrente aos princípios da legalidade e duração razoável do processo, previstos na Constituição Federal de 1988, como apreende-se dos incisos II, LIV, LXV e LXXVIII do Art. 5º, segundo os quais ninguém dever ser obrigado a fazer algo ou deixá-lo de fazer, se não em virtude da lei; ninguém será privado de sua liberdade ou de seus bens sem que haja o devido processo legal; a prisão ilegal e irregular deve ser relaxada pela autoridade judiciária; e, sobretudo, a todos são assegurados a razoável duração do processo e dos meios que garantam a celeridade de sua tramitação (Brasil, [2024d]). Entretanto, faz-se necessário destacar, com exclusividade, o inciso XLVII deste mesmo dispositivo, vez que ele ordena que não haverá, no ordenamento jurídico brasileiro, penas de caráter perpétuo (Brasil, [2024d]).

Em sede de censo demográfico promovido no ano de 2011 pela antropóloga Débora Diniz, a fim de categorizar os índices referentes à custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil, foi constatada a existência de “606 indivíduos internados há mais tempo do que a pena máxima

em abstrato para a infração cometida” (Diniz, 2013, p. 14), número equivalente a, aproximadamente, um quinto da população em medida de segurança no país da época. Ademais, a pesquisadora tomou ciência de dezoito sujeitos internados em hospitais de custódia por mais de trinta anos, tempo que a legislação penal adotava como prazo máximo para as penas privativas de liberdade antes das alterações previstas pelo “Pacote Anticrime” (Diniz, 2013, p. 14).

Ademais, integra o debate das controvérsias jurídicas, neste íterim, as implicações do exame de cessação de periculosidade, enquanto requisito para desinternação do agente. Isso porque, conforme exposto, embora exista literatura médica referencial aos critérios considerados para elaboração deste laudo pericial, sua formulação carece de endossamento jurídico. Nesse sentido, entende-se que não há padronização clara e eficaz daquilo que deve ser levado à consideração da autoridade judiciária para decisão favorável, ou não, à liberação do interno.

Além disso, como ora pontuado, a concessão de relatórios médicos indicativos da cessação da periculosidade são excepcionais no ordenamento jurídico (Soares Filho, Bueno; 2016, p. 2105), o que desperta controvérsia quanto à efetividade dos dispositivos legais que condicionam tal requisito ao fim da medida de segurança. Não obstante, a fundamentação desse critério em um conceito vetusto, de raízes deterministas, contribui para a postulação de indagações quanto à validade desse instrumento na contemporaneidade.

Nesse sentido, verifica-se a aplicabilidade dos parâmetros supramencionados a fim de exemplificar os óbices elencadas. Para isso, extraiu-se, de decisões em 2ª instância do Tribunal de Justiça de São Paulo, as seguintes jurisprudências - que, por sua vez, demonstram, como a periculosidade é interpretada pelo Juízo no mantimento das medidas de segurança em internação junto aos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico do estado.

No escopo do acórdão obtido em sede de Agravo de Execução Penal, julgado pela 9ª Câmara de Direito Criminal, referente ao processo de nº 0003533-74.2024.8.26.0050, é possível notar a conclusão pela não cessação da periculosidade do réu em função de observância de comportamento de baixa tolerância a frustrações, como aduz o laudo pericial multidisciplinar. Essa questão, por si só, é tida como fundamento para determinação da prorrogação da medida de segurança, ao passo que o exame clínico é interpretado como omissivo quanto aos fatos que corroboram em tese contrária no que diz respeito à cessação da periculosidade do indivíduo, aplicando-se o princípio de “*in dubio pro societate*”. Trata-se da seguinte ementa:

Execução Penal – Prorrogação de medida de segurança de internação – Pretendida desinternação condicional do internado – Inadmissibilidade – Periculosidade atestada por Peritos e Direção da Unidade Prisional – Medida de segurança mantida Na hipótese de o exame multidisciplinar, elaborado com base no art. 175 da LEP, concluir pela não cessação da periculosidade do internado, descabe cogitar-se de desinternação condicional do agente, justificando-se a prorrogação da internação, inclusive sopesando-se as finalidades da medida de segurança e o **princípio in dubio pro societate**, que rege o processo de execução penal (São Paulo, 2024a, p. 2).

Da mesma maneira, a decisão em Agravo de Execução Penal, proferida pela 11ª Câmara de Direito Criminal, nos autos do processo nº 0009556-36.2024.8.26.0050, determina o restabelecimento da internação em HCTP sem menção aos motivos que justifiquem o reconhecimento da periculosidade do agente. É citado que os peritos atestam que as expectativas do condenado eram de retorno ao convívio familiar “de modo digno e honesto, com metas viáveis a sua situação atual” (São Paulo, 2024b, p. 3). Ainda, a decisão aduz que apesar da sugestão à desinternação progressiva do sentenciado pelo laudo, “não houve demonstração inequívoca da cessação da periculosidade” (São Paulo, 2024b, p. 3). Segue a ementa referente ao acórdão em debate:

Agravo em execução penal. Recurso ministerial provido. Pleito de reestabelecimento da internação. Laudo pericial que indica persistência da periculosidade do agravado. Sugestão de transferência à Hospital de Custódia e Tratamento Progressivo. Conclusão que não vincula a atividade jurisdicional. Necessidade de observância do **princípio in dubio pro societate**. Decisão cassada (São Paulo, 2024b, p. 2).

Por fim, nos autos do processo nº 0006307-77.2024.8.26.0050, em decisão de Agravo em Execução Penal, julgada pela 4ª Câmara de Direito Criminal, definiu-se a aplicação nítida de fundamentos endossadores para a certificação da periculosidade do condenado. Diferentemente das outras jurisprudências elencadas, neste Acórdão, a determinação pela manutenção da medida de segurança é respaldada pela pontuação de diagnóstico de esquizofrenia inespecífica, além de “vínculos afetivos fragilizados e respaldo familiar inconsistente” para oferecimento do amparo necessário após desinternação (São Paulo, 2024c, p. 6). Refere-se à decisão de seguinte ementa:

AGRAVO EM EXECUÇÃO - MEDIDA DE SEGURANÇA - Insurgência ministerial que visa à cassação da decisão que determinou a desinternação progressiva do sentenciado - Necessidade - Laudo psiquiátrico que atestou a não cessação da periculosidade do agravado, portador de esquizofrenia inespecífica - Laudo que, a despeito de atestar a periculosidade do sentenciado, sugere a desinternação progressiva - Magistrado que não está adstrito a laudos periciais - Princípios do in dubio pro societate e do livre convencimento motivado - Necessidade de manutenção da medida de segurança de internação anteriormente vigente - Recurso ministerial provido (São Paulo, 2024c, p. 2).

A situação é alarmante pois, ante o panorama legislativo exposto, fica claro que o contingente em medidas de segurança não tem seus direitos fundamentais protegidos pela legislação penal, existindo à margem do sistema punitivo tupiniquim. Neste âmago, é necessário compreender o panorama histórico que possibilitou a superveniência dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico às críticas incitadas pelo movimento antimanicomial e promovidas pela Reforma Psiquiátrica no arcabouço jurídico, a fim de que seja possível delinear medidas alternativas ao tratamento penal dado os inimputáveis.

3 CONTEXTO NACIONAL: DE “MANICÔMIOS JUDICIAIS” AOS HCTPS

Para a ideal compreensão do contexto histórico que valida a concepção dos institutos manicomiais, e, sequencialmente, dos manicômios judiciários, é necessário retomar as acepções sociais acerca da loucura em si. Nesse cenário, é do entendimento dogmático que as pessoas em sofrimento mental são alvos recorrentes de marginalização. Se até o século XVIII, os “loucos” viviam em comunidades, e sua condição era interpretada sob perspectivas mitológicas ou físicas, com o advento do século XVIII, a loucura passou a ser entendida como uma patologia, o que começou a justificar a exclusão daqueles considerados insanos, à medida que a ideia de isolamento se tornou hegemônica (Couto; Nogueira, 2020, p. 49).

De acordo com Foucault, no início do século XIX, originam-se os asilos, prisões e manicômios, em uma espécie de conjunto institucional destinado à correção daqueles que a sociedade denotava como “anormais” (Soares Filho; Bueno, 2016, p. 2102). Para Foucault (2005 *apud* Moreira, 2021, p. 28), o hospital psiquiátrico é o local no qual o médico assume a posição de poder na hierarquia favorecida por seu conhecimento da etiologia e do tratamento, mesmo que incipiente. Logo, se a loucura seria uma doença - e, consequentemente, objeto de análise da medicina - pregou-se a crença de que o hospital simbolizava o instrumento para cura do enfermo de condições mentais desconexas (Foucault, 1984 *apud* Moreira, 2021, p. 28).

Célebre na condução dos tratamentos nessas alocações, o inglês William Tuke, ao conduzir a direção do Retiro York, defendia a ideia de um manicômio no qual os pacientes, em casa de campo, se distanciassem da agitação urbana em um núcleo familiar artificial, sob a crença de que a cura só poderia alcançada pelo exercício da autodisciplina (Markus, 1993; Bartlett, 1997 *apud* Moreira, 2021, p. 28). O modelo tukiano incentivou, diretamente, os estudos do francês Philippe Pinel, que, à luz de um viés humanista, aduzia que os pacientes psiquiátricos não deveriam ser rebaixados à condição animalesca; embora mantivesse-os constritos às alocações manicomiais (Moreira, 2021, p. 29). Nesse sentido, tem-se que:

O tratamento proposto por Pinel era realmente moral na medida em que atuava sobre o conhecimento e, por conseguinte, sobre o comportamento do paciente. Além disso, era moral porque tinha o objetivo de corrigir os desvios comportamentais que feriam a ética social. Dessa maneira, o médico acabava por adquirir o papel de pedagogo e de autoridade moral: ele repreendia e corrigia o paciente, guiando-o para uma vida mental equilibrada – que é a vida moralmente aceita – tomando-se, assim, um verdadeiro agente da ordem social e moral dominante (Moreira, 2021, p. 29-30).

Nessa toada, no século XVIII, Pinel introduz a ideia de que a loucura estaria intrínseca a um déficit moral, o que consolida a Psiquiatria como um mecanismo de controle social

(Couto; Nogueira, 2020, p. 50). Durante esse período, os chamados loucos saem “das prisões, torres e casas de força e vão para os hospitais gerais”, tornando-se assunto para os médicos (Barros-Brisset, 2011, p. 44 *apud* Couto; Nogueira, 2020, p. 50).

Pinel, ainda, ao classificar o doente mental como alguém com um déficit moral intrínseco e permanente, associou definitivamente a loucura à delinquência, consolidando essa relação no plano conceitual (Couto; Nogueira, 2020, p. 50). A delinquência, então, passou a ser vista como uma característica inerente à loucura (Barros-Brisset, 2011, p. 47 *apud* Couto; Nogueira, 2020, p. 50), o que reforça as ideias hospitalocêntricas e higienistas.

A tese sustentada por Pinel tem ampla repercussão no sistema jurídico da época, ocasionando alterações no Código Penal francês de 1810, bem como em outros países da Europa e das Américas (Couto; Nogueira, 2020, p. 50). Nesse contexto, surgem os exames periciais, que reforçam a ligação entre Psiquiatria e Direito no início do século XIX.

Em vista do cenário exposto, é possível retomar a discussão à origem dos manicômios judiciais, destinados ao abrigo de delinquentes portadores de patologias mentais. Dos primeiros manicômios judiciais do Brasil, e de suas funções associadas à contenção das pessoas consideradas perigosas para a sociedade devido aos seus diagnósticos, infere-se o caráter punitivo e a falta de tratamento efetivo - recapitulação necessária para a apreensão das críticas que viriam a ser promovidas ao tratamento asilar durante o movimento reformista do final do século XX.

3.1 Surgimento dos manicômios judiciais no Brasil

Segundo Carrara (2010, p. 17), os manicômios judiciários são instituições híbridas e contraditórias, cuja complexidade se destaca pela articulação realizada entre “duas das realidades mais deprimentes das sociedades modernas: o asilo de alienados e a prisão - e, de outros dois dos fantasmas mais trágicos que ‘perseguem’ a todos: o criminoso e o louco”. Nesse viés, obtém-se da bibliografia clássica das ciências sociais que tal aparato sobrepõe, sob a vitrine médica das instituições psiquiátricas, “uma prática secular de contenção, moralização e disciplinarização de indivíduos socialmente desviantes” (Carrara, 2010, p. 17), à margem da noção excludente entre o que define uma pena e o que é um tratamento.

No Brasil, o manicômio, enquanto estrutura, esteve diretamente relacionado à aplicação de práticas higienistas no campo da saúde mental (Arantes; Gonçalves, 2017, p. 2). Segundo Carrara (2010 *apud* Arantes, Gonçalves; 2017, p. 2):

Enquanto o louco é uma vítima de sua condição, o louco criminoso deve haver-se com o caráter mais doloroso do processo de convalescência, todas as dores e humilhações impingidas são justificáveis, tomando como premissa o ato delituoso cometido e a desesperança na crença da correção moral do louco criminoso.

A origem dessas instituições no país não apresenta uma data precisa; posto que, no tocante ao longo do período de colonização, registros históricos indicam que os colonizadores europeus já utilizavam técnicas manicomiais no tratamento da população nas Santas Casas de Misericórdia (Gonçalves, 2014 *apud* Arantes; Gonçalves, 2017, p. 2). Em retrospectiva histórica do tratamento legislativo-penal dado aos pacientes psiquiátricos, retoma-se o Código Criminal do Império do *Brazil*, promulgado, em 1830, após quatro anos em debate, como a primeira legislação penal de uma nação recém-independente - regida, até então, pelo Livro V das Ordenações Filipinas de 1603 (Pinto, 2010, p. 1). A Lei Criminal, então, se baseava nos princípios supramencionados da doutrina clássica do Direito Penal postulados por Cesare Beccaria, de tal modo que o regimento se findava à igualdade dos homens perante a lei, à proporcionalidade da pena ao delito e a vinculação do crime à previsão normativa (Peres; Nery Filho, 2002, p. 336).

Em seu ínterim, a figura do doente mental surgia às linhas do Art. 10º, parágrafo 2º, segundo o qual não seriam julgados os criminosos “loucos de todo gênero, salvo se tiverem lúcidos intervalos e neles cometerem o crime” (Brasil, 1830). A conceituação de uma loucura lúcida cumpre o contexto histórico, carente das teses que viriam a ser colocadas em discussão por Pinel (Peres; Nery Filho, 2002, p. 337), como ora explicitado pelo trabalho. Nesse sentido, obtém-se que:

O juiz de direito era obrigado a formular quesito sobre o estado de loucura do réu, quando lhe for requerido, e o exame deveria ser feito diante do júri, que é quem deveria apreciá-lo para decisão. A circunstância da loucura, ainda que de notoriedade pública, só podia ser tomada em consideração pelo júri (Filgueiras-Jr., 1876, p. 12 *apud* Peres; Nery Filho, 2002, p. 337).

O destino dos “loucos de todos os gêneros” era configurado pelo Art. 12 do Código Criminal, que determinava que os loucos que tivessem cometido crimes deveriam ser recolhidos às casas para eles destinadas, ou entregues às suas famílias, como fosse consignado pelo parecer do Juízo (Brasil, 1830). Salienta-se que, à época, o asilo psiquiátrico ainda não havia sido concebido em seu duto propósito, motivo pelo qual o principal destino desses pacientes eram as próprias prisões ou às Santas Casas (Peres; Nery Filho, 2002, p. 337). Assim sendo, entende-se que o Código reafirmava a manutenção da tradição pela qual os loucos pobres que vagavam

pelas ruas oferecendo perigo às pessoas - e, à Polícia Médica, cabia o controle dessa população, ou então, o encaminhamento às cadeias ou à Santa Casa (Peres; Nery Filho, 2002, p. 337).

Associada, desde então, à ideia de naturalização do conceito de periculosidade na sociedade civil, a implementação do manicômio como aparato tomou proporções significativas a partir do debate constituído no fim do século XIX e início do século XX sobre crime e transgressão, dado aumento da criminalidade de grandes metrópoles do período, em razão da ascensão da urbanização nesses polos (Carrara, 1998 *apud* Pacheco, 2011, p. 27). Ainda segundo Carrara (1998, p. 63), o debate é inflamado não apenas pelo intenso aumento populacional, mas, também, pela liberação não planejada da mão-de-obra escrava, mediante os contornos abolicionistas, e à consequente incorporação das massas migratórias - nacionais e estrangeiras (Carrara, 1998, p. 63). Nesse escopo, tem-se, simultaneamente, as consequências sociais embutidas pela industrialização e sua decorrente formação do mercado de trabalho competitivo-capitalistas - elementos que apontam para grandes transformações na estrutura urbana e no estilo de vida da população, culminando na ebulição e agudização dos conflitos sociais da época (Carrara, 1998, p. 63).

De acordo com Mattos (1999, p. 63), liderados pelo médico psiquiatra Heitor Carrilho, “uma plêiade de psiquiatras invade, indócil, o antigo e punitivo direito penal clássico”, sob a pungente alegação de que não seria possível cumprir direito penal sem o concurso dos médicos e dos psiquiatras, pois estes, devido aos seus conhecimentos de “bioantropologia” e psicologia, poderiam adentrar à personalidade dos delinquentes. Não obstante, a criação da Assistência Médica e Legal dos Alienados, em 1890, ampliou a autoridade do corpo médico sobre as vidas pessoais e familiares de seus pacientes psiquiátricos (Edelstein; Schwarcz, 2023, p. 7); o que, logo, se estendeu ao campo jurídico.

A perspectiva de Carrilho, entusiasta da centralidade do saber médico na administração da justiça penal, conclamando a legitimidade a atuação psiquiátrica nas questões de periculosidade e inimputabilidade, pode ser observada em sua sustentação:

Urge, pois, que os indivíduos de que nos ocupamos [os degenerados ou anômalos morais] sejam assistidos em estabelecimentos especiais, resultantes da corrente preventivista atual, a um só tempo hospital e estabelecimento repressivo, casa de saúde e órgão de profilaxia do crime. Estes estabelecimentos apropriados aos estados intermediários entre o crime e a loucura são modernamente representados pelos asilos de segurança e pelos manicômios judiciários. A sua criação se prende diretamente à assistência aos anômalos morais perigosos e tem, assim, uma alta significação na defesa social contra a atividade nociva desses indivíduos, visando estabelecer um regime repressivo que se impõe em nome da tranquilidade pública e da profilaxia criminal (Carrilho, 1920, p. 133-134 *apud* Carrara, 1998, p. 196).

Enquanto o Código Penal de 1890, promulgado após a Proclamação da República, definia que os “criminosos loucos” eram irresponsáveis penalmente e deveriam ser entregues a suas famílias ou, ainda, internados nos existentes hospícios públicos para a segurança do restante da população; em 1903, foi instituída Lei Especial para estabelecer que cada estado seria responsável pelo levantamento de recursos para a construção de seus manicômios judiciários, sendo que, enquanto estes não existissem, deveriam ser interpostos anexos especiais em asilos públicos para cumprimento da mesma finalidade (Carrara, 2010, p. 17).

Tal legislação propiciou o surgimento pioneiro da repartição especial no Hospício Nacional de Alienados do Rio de Janeiro para abrigo dos pacientes judiciários, batizada “Seção Lombroso” - homenagem realizada ao psiquiatra e antropólogo criminal Cesare Lombroso, que defendia, em sua teoria, a existência de um “criminoso nato”, associando a delinquência a fatores patológicos (Carrara, 2010, p. 17); e cuja tese escabrosa “condenava os povos mestiços como degenerados sociais” (Edelstein; Schwarcz, 2023, p. 1).

A Seção Lombroso [...] concentrava, nas palavras de seu diretor, o dr. Heitor Carrilho, “indivíduos provindos de penitenciárias civis ou militares, onde cumpriam penas por crimes diversos e que enlouquecem nestas prisões; ou doentes que revelaram a sua moléstia num delito extravagante e absurdo, considerados irresponsáveis pelos tribunais” (A Noite, 28 jan. 1920, p. 1 *apud* Edelstein; Schwarcz, 2023, p. 12);

O Hospital Nacional de Alienados do Rio de Janeiro surge, em 1841, como Hospício Pedro II, a partir de campanha popular encabeçada pelo provedor da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, José Clemente Pereira, para que houvesse uma instituição que separasse o louco dos demais enfermos (Edelstein; Schwarcz, 2023, p. 5) - em uma medida que evoca ao isolamento terapêutico. Relatos históricos identificam que o asilo tinha limitações nítidas à condução dos tratamentos necessários aos pacientes, que, em sua maioria, eram transferidos pela Santa Casa de Misericórdia, sem uma equipe médica e assistencial em número suficiente (Edelstein; Schwarcz, 2023, p. 6).

A regulamentação da transição das seções especiais para uma instituição específica foi moldada por legislações resultantes de dinâmicas de poder e da atuação de diversos atores e contextos sociopolíticos no Brasil da época e destacou, nesse ínterim, a predominância da psiquiatria nos processos jurídicos (Santos; Farias, 2014, p. 518). Segundo Carrara (1998 *apud* Santos; Farias, 2014, p. 520), a construção do Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro foi impulsionada pelo assassinato de grande comoção e repercussão de Clarice Índio do Brasil em 1919, vítima de disparo realizado por Mário Teixeira Coelho, que alegava possuir “problemas

mentais” (Carrara, 2010, p. 26), e a fuga de 41 internos da Seção Lombroso do Hospital Nacional de Alienados em 1920.

A mera hipótese de um homicida como Coelho ser absolvido em função de transtornos mentais enfureceu uma imprensa engajada na proposta oficial de instituição modelar para o amparo e tutela do paciente psiquiátrico em conflito com a lei no país – em uma proposição popular encarecida de qualquer olhar humanitário e revestida de repressão (Carrara, 2010, p. 26). Em paralelo, a rebelião dos pacientes liderados por Roberto Duque Estrada Godefroy, ébrio reconhecido pela prática recorrente do crime de “vadiagem” – que Lima Barreto, ilustre nome da literatura brasileira, e seu companheiro de internação, descreve como “a imagem da revolta contra o irremediável” (Barreto, 1993, p. 24) - trouxe aos folhetins que “loucos da pior espécie; gente perigosa; com o intuito do mal” (JC, OP, 1920 *apud* Carrara, 2010, p. 26) haviam escapado de suas celas. A ocorrência fora narrada da seguinte maneira:

É nesses termos dramáticos que a Gazeta de Notícias narra o episódio: “...enquanto alguns, sempre aos gritos de sedição, lutavam com os guardas, – em número de 8 homens para uma turma de mais de 40! – outros arrastavam os colchões para o meio do salão, ateando-lhes fogo! ... Dentro da seção, no meio de fumarada que se escapava da palha dos colchões incendiados, as figuras dos dementes corriam e saltavam como tipos satânicos ...” (Edelstein, Schwarcz, 2023, p. 2).

Nesse cenário, a revolta é entendida como a gota d’água que logrou na consagração da ideia de segregação do transgressor mentalmente incapaz em instituição distinta (Edelstein, Schwarcz, 2023, p. 4), cuja pedra fundamental é lançada no dia 21 de abril de 1920 para a construção do primeiro asilo criminal do país, que teria sua inauguração no ano seguinte (Carrara, 2010, p. 26).

Duas décadas após o advento do departamento, em 1921, é oficialmente inaugurado o Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro, simbólico por ter sido o precursor entre as instituições desse tipo no Brasil, com direção capitaneada pelo psiquiatra Heitor Pereira Carrilho; até então, chefe da Seção Lombroso do Hospício Nacional (Carrara, 2010, p. 17).

O manicômio foi inaugurado nas proximidades da Praia de Botafogo, entre a Praia Vermelha e o Pão de Açúcar, local de difícil acesso ao centro urbano do Rio de Janeiro à época, como parte da estratégia para manutenção da ordem e da paz social em uma sociedade rural pré-capitalista (Santos; Farias, 2014, p. 519), à luz dos moldes das instituições alienistas europeias que aludiam o afastamento dos centros urbanos e dos núcleos familiares como parte de um processo de cura (Edelstein, Schwarcz, 2023, p. 5). Na década de 50, a unidade seria

rebatizada em homenagem ao diretor, nome que carregaria junto ao título até a contemporaneidade, passando a ser reconhecido como Manicômio Judiciário Heitor Carrilho.

A esse respeito, destaca-se o Decreto nº 14.831, de 25 de maio de 1921, que, movido pela necessidade emergente, aprova o “Regulamento do Manicômio Judiciário”, nas condições que se seguem:

Art. 1º O Manicomio Judiciario é uma dependencia da Assistencia a Alienados no Distrito Federal, destinada á internação:

I. Dos **condemnados que, achando-se recolhidos ás prisões federaes, apresentarem symptoms de loucura.**

II. Dos accusados que pela mesma razão devam ser submettidos a observação especial ou a tratamento.

III. Dos **delinquentes isentos de responsabilidade** por motivo de affecção mental (Codigo Penal, art. 29) quando, a criterio do juiz, assim o exija a **segurança publica.** Paragrapho unico. No primeiro caso, a internação se fará por ordem do ministro da Justiça, que a communicará ao juiz e ao representante do Ministerio Publico, para que façam constar do respectivo processo; nos dous outros, por mandato judiciario.

Art. 2º Cada um dos internados terá uma ficha e um promptuario psychiatrico.

Art. 3º Si mediante representação do medico encarregado do serviço, e depois de ouvidos dous alienistas de sua escolha, que com este deliberarão em conferencia, entender o director geral da Assistencia a Alienados que o internado pôde, sem inconveniente, ser transferido para outro estabelecimento de assistencia, por ter cessado a phase de aggressão impulsiva e se haver declarado definitivamente o estado demencial dos que apresentam probabilidade minima de reações perigosas, assim communicará á autoridade que mandou internal-o, para que esta autorize a transferencia.

Art. 4º **Cessando o delirio que deu motivo á internação, o encarregado do serviço, por intermedio do director geral de Assistencia a Alienados, participará á autoridade que a ordenou, para que disponha sobre a destino do paciente.**

Art. 5º Emquanto não forem construidos novos pavilhões, o serviço economico do Manicomio Judiciario será provido pela Casa de Correção.

Art. 6º Ao medico encarregado do serviço de alienados delinquentes, cargo creado pelo art. 11 da lei n. 3.674, de 7 de janeiro de 1919, cabe dirigir o Manicomio Judiciario.

Art. 7º O pessoal de enfermeiros e guardas do Manicomio Judiciario será nomeado pelo director geral da Assistencia a Alienados, por proposta do medico encarregado do mesmo manicomio.

Art. 8º Os casos omissos no presente regulamento reger-se-ão pelo Regulamento Interno do Hospital Nacional, ou serão resolvidos pelo ministro da Justiça e Negocios Interiores (Brasil, 1921).

Ainda que não amparada, de maneira robusta, pelo teor jurídico-psiquiátrico que justificasse o critério médico-psiquiátrico, a estrutura do Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro foi objeto de replicação em outros estados brasileiros, multiplicando-se ao longo do território nacional (Santos; Farias; Pinto, 2015, p. 1220), como em Barbacena, Minas Gerais, em 1929, e Franco da Rocha, São Paulo, em 1933 (Santos; Farias; 2014, p. 520). No Brasil, os mapeamentos atuais não contêm um número consensual dessas instituições, em função da dificuldade de distinção da situação dos internados em alas de prisões comuns ou em Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (Diniz, 2011 *apud* Santos; Farias, 2014, p. 518).

3.2 Críticas ao modelo manicomial e a necessidade de reformas

Historicamente, a concepção do manicômio esteve intrínseca à ideia de exclusão dos indivíduos com sofrimento mental da vida social, baseado no princípio do isolamento terapêutico, o que ocasionou à institucionalização e consequente perda do direito à cidade e à cidadania destes (Amarante; Torre, 2018, p. 1900). Não obstante, para Amarante e Torre (2018, p. 1902), “a loucura é excluída da possibilidade de participação no pacto social, nas relações sociais, selando uma espécie de morte social para os sujeitos considerados alienados ou doentes mentais” – à medida que, progressivamente, a ideia de isolamento do paciente se torna obsoleta em meio aos movimentos sociais pela promoção dos direitos humanos.

Descritos por Greco (2016 *apud* Silva, 2019, p. 16) como ambientes de nefasta insalubridade, os manicômios são comparados desfavoravelmente ao sistema carcerário comum devido à falta de estrutura física adequada e à ausência de acompanhamento médico e psicológico eficaz. A realidade nesses locais é, por muitas vezes, marcada pelo abandono e pelo tratamento inapropriado dos pacientes, que inclui confinamento em condições molestas, uso excessivo de sedativos e até violência física e sexual (Greco, 2016, p. 213 *apud* Silva, 2019, p. 16). A título de destaque à literalidade relatada pelo autor, anota-se:

Os internos muitas das vezes são simplesmente jogados em lugares fétidos, amarrados, acorrentados, dopados, agredidos física e psicologicamente, violentados sexualmente, deixados sem alimentação, tratados por uma quantidade insuficiente de funcionários, que não possuem o preparo técnico necessário, ou seja, verdadeiros centros de horror (GRECO, 2016, p. 213).

Os objetivos terapêuticos e de reintegração social, nesses espaços, raramente são alcançados, transformando essas instituições em verdadeiros “centros de horror”, onde os direitos humanos são gravemente violados (Silva, 2019, p. 16). Este cenário sublinhou a necessidade de uma revolução que trouxesse enfoque renovado na dignidade humana e na recuperação efetiva desses indivíduos.

Assim, em face da realidade desumana vivenciada pelos pacientes psiquiátricos, um movimento de repúdio nas esferas pública e política aos manicômios surgiu no final dos anos 1970 e se intensificou nas décadas seguintes, buscando reformar o tratamento nas instituições psiquiátricas (Arantes; Gonçalves, 2017, p. 5). Ao passo que ex-funcionários dos hospitais psiquiátricos denunciaram, de forma recorrente, as práticas incompatíveis com a dignidade humana (Arbex, 2013; Emerich; Yasui, 2016; Pacheco, 2011 *apud* Arantes, Gonçalves, 2017, p. 5), simultaneamente, debates políticos em conferências de saúde mental foram impulsionados

pela pressão das movimentações contrárias ao modelo manicomial (Hirdes, 2009; Lüchmann; Rodrigues, 2007 *apud* Arantes; Gonçalves, 2017, p. 5). Neste período, são registradas as primeiras denúncias relacionadas a “maus tratos, abandono e violência” no âmbito manicomial (Tenório, 2001 *apud* Costa; Limana, 2015, p. 63).

O asilo psiquiátrico, enquanto instituição, passa, portanto, a ser visto pela perspectiva do que é: “um lugar de violência, morte, silenciamento, humilhação, segregação, desrespeito aos direitos humanos e exclusão social, correlatos diretos de um modelo que concebe o sofrimento mental como pura negatividade subjetiva e civil” (Soares Filho, Bueno; 2016, p. 2102).

A articulação entre sociedade civil, familiares, pacientes e profissionais da saúde mental resultou na Reforma Psiquiátrica, que promoveu a revisão do modelo hospitalocêntrico, descentralizando o cuidado e priorizando serviços como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), leitos psiquiátricos em hospitais gerais e residências terapêuticas (Hirdes, 2009, p. 298 *apud* Arantes; Gonçalves, 2017, p. 5) em um processo inspirado nas experiências antimanicomiais no modelo de Trieste, na Itália (Santos; Farias; 2014, p. 521).

No âmbito dos debates psiquiátricos, em meados da década de 1960, assomava o médico italiano Franco Basaglia, pioneiro da luta antimanicomial no cenário internacional, que, a partir de 1973, passou a se intitular como movimento pela “Psiquiatria Democrática” - mesmo ano que a Organização Mundial da Saúde (OMS) certificou o método basagliano como referência para as políticas de reformulação do serviço assistencial em saúde mental (Costa; Limana, 2015, p. 63). Para o médico, o paciente psiquiátrico nada mais é que um sujeito sem direitos colocado à mercê ao poder da instituição (Soares Filho, Bueno; 2016, p. 2103). Por tal razão, trouxe à tona a reflexão sobre a desinstitucionalização, que, diferentemente de uma mera retirada do indivíduo do hospital, se dedica ao rol de transformações do tratamento de pacientes para além das unidades asilares.

A visita de Franco Basaglia ao Brasil em 1979 foi disruptiva e ilustre marco na divulgação da pauta no território nacional. Na oportunidade, compareceu ao Instituto Raul Soares, ao Hospital Galba Veloso, ambos em Belo Horizonte (MG), e, por fim, ao Hospital Colônia de Barbacena (MG) (Arbex, 2019, p. 217). Ao final das visitas, ao chegar à Associação Médica Mineira, o médico acionou a imprensa e emitiu a declaração que se tornou reconhecida na propulsão da luta pela Reforma Psiquiátrica: “Estive hoje num campo de concentração nazista; Em lugar nenhum do mundo presenciei tragédia como esta” (Arbex, 2019, p. 217). Além do impacto midiático da temporada no médico, as críticas ao modelo de tratamento psiquiátrico reverberam na produção de obras distintas como “Nos porões da

loucura” de Hiram Firmino, coletânea das crônicas publicadas no Diário de Minas, e o curta “Em nome da Razão” de Helvécio Ratton (Amarante; Nunes, 2018, p. 2069).

Segundo o panorama histórico construído por Arbex (2019, p. 234), em meio à insurreição dos movimentos sociais pelo voto direto e, conseqüentemente, pela democratização, em 1985, surge um ímpeto por revoluções em um país cerceado pelo militarismo, aflorando cenário favorável ao debate sobre a moralidade das instituições manicômiais no país e, não obstante, sobre a necessidade de mudanças drásticas nas concepções de tratamento psiquiátrico. Já em 1987, ocorre a I Conferência Nacional de Saúde Mental, reconhecida como um dos principais marcos na revolução a nível nacional, cujo egrégio lema anunciava: “Por uma sociedade sem manicômios!” (Costa; Limana, 2015, p. 63).

Neste contexto, emerge a figura do professor universitário Paulo Delgado, que, incentivado pelo irmão, Pedro Gabriel Delgado, psiquiatra, tornou-se o “deputado dos doentes mentais” - influenciado, diretamente, pelo postulado do italiano Franco Basaglia. O personagem político foi responsável pela apresentação do Projeto de Lei nº 3.657, que tinha como proposta a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e, tão logo, a extinção dos manicômios - em um país que, até então, preponderava o Decreto nº 24.559, de 1934, segundo o qual seria possível o recolhimento de qualquer paciente aos hospitais psiquiátricos, apresentado simples atestado médico e solicitação de terceiros para tal (Arbex, 2019, p. 234). Entendia-se, portanto, ser fundamental que houvesse a regulamentação nas políticas de saúde mental no Brasil, sendo o projeto aprovado no ano de 1990 como a primeira lei de desospitalização em discussão no parlamento latino-americano (Arbex, 2019, p. 235).

No ano seguinte, o Ministério da Saúde impôs, a partir da Portaria nº 189, viés rigoroso acerca das internações psiquiátricas e, conjuntamente, implementou procedimentos em saúde mental nos CAPS e Núcleos de Assistência Psicossocial (NAPS) (Costa; Limana, 2015, p. 64). Em 1992, a Portaria nº 224 efetivou a regulamentação desses serviços a partir de perspectivas de “atenção integral, regionalizada e multiprofissional” (Costa; Limana, 2015, p. 64).

Tal ciclo histórico, que teve início na aprovação do referido projeto de lei, em 1990, teve, como conclusão, a promulgação Lei nº 10.216, no ano 2001, que dispõe acerca da proteção e dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e do redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental (Brasil, 2001), a fim de promover a reestruturação da assistência psiquiátrica no país (Paulin; Turato, 2004, p. 242). A fim de garantir entendimento aprofundado das implicações desta lei, torna-se imprescindível citar alguns de seus dispositivos, em que pese a extensão da citação:

Art. 1º Os **direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno**, ou qualquer outra.

Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

I - ter acesso ao **melhor tratamento** do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;

II - **ser tratada com humanidade e respeito** e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, **visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade**;

III - **ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração**;

IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;

V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;

VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;

VIII - **ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis**;

IX - **ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental**.

Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

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

§ 1º **O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.**

§ 2º 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.

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

Art. 5º **O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário** (Brasil, 2001, grifo próprio).

De acordo com Arbex (2019, p. 237), a normativa tem, como proposta, “um modelo de atenção à saúde mental, aberto e de base comunitária”. Segundo o criador da Lei, Paulo Delgado, “quem encarcera, seda e isola não acredita na razão, nem no resto dela; A Lei da Reforma Psiquiátrica, ao contrário, é humanista, mas baseada em fundamentos técnicos da própria medida, os quais permitem a realização do tratamento em liberdade” (Arbex, 2019, p. 237). Em análise sintética e explicativa acerca das revoluções alcançadas pelo movimento reformista, aduz Aluísio Lima:

O primeiro momento da reforma psiquiátrica brasileira, que toma como marco inaugural a fundação, em 1978, do Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), foi o instante de questionamento da política de saúde mental desenvolvida no Brasil. Embora, desde 1961, essa política preconizasse os serviços de tratamento em saúde mental situados nos territórios, continuava financiando massivamente os asilos privados desde 1946. Essas instituições, por sua vez, sofriam várias críticas por serem espaços de segregação pessoal e aniquilação subjetiva. Assume-se, com o questionamento da política de saúde mental desse período, o desafio à superação dessas instituições, que eram hegemônicas no país. As discussões estavam voltadas para a garantia de direitos dos pacientes, o aperfeiçoamento e a universalização dos instrumentos utilizados até então, ou seja, o direito à saúde como questão político-social.

O segundo momento da reforma psiquiátrica brasileira, por sua vez, se concretizou com a criação do Movimento de Luta Antimanicomial, que se espalhou pelo país com a sustentação de um discurso alternativo ao sistema manicomial, a partir da invenção de novos dispositivos e tecnologias de cuidado. Esses substituíam a clínica fechada por instrumentos abertos, diversificados, de natureza comunitária, que garantiam a desinstitucionalização.

Na virada do século XX, presencia-se o terceiro momento da reforma psiquiátrica, possibilitado pela paulatina entrada de militantes do movimento antimanicomial no interior dos aparelhos de Estado. Com a aprovação da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que contemplava a Declaração de Caracas de 14 de novembro de 1990, o que até então era uma proposição alternativa à política de saúde mental desenvolvida transforma-se, nesse momento, em uma política de Estado. Em outras palavras, aquilo que era oposição ao sistema tomou-se posição do sistema, apoiada em uma lei federal que organizaria a saúde mental no país e concretizaria uma complexa sistemática de política pública embasada em leis, portarias ministeriais, leis municipais e estaduais, etc. (Lima, 2010, p. 169-170 *apud* Costa; Limana, 2015, p. 64).

3.3 Transição para HCTPs (Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico)

Em 1984, a nomenclatura dos manicômios judiciais foi alterada, passando a ser adotado o termo Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTPs), conforme as mudanças introduzidas pela Reforma Penal desse ano, especialmente no Código Penal de 1940, em seu Art. 44, e na Lei de Execução Penal (Santos; Farias, 2014, p. 521), conforme o Art. 99 (Brasil, [2024c]). Com essa atualização, os antigos manicômios judiciais foram renomeados como HCTPs, que ao longo do século XX se tornaram uma estrutura híbrida entre hospital psiquiátrico e prisão, destinados a indivíduos diagnosticados com transtornos mentais (Pacheco, 2011, p. 27) – a exemplo do sobredito Manicômio Judiciário Heitor Carrilho, que, em uma versão repaginada pelas novidades legislativas, passa a ser designado Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Heitor Carrilho (Carrara, 2010, p. 17).

De acordo com Foucault (2006 *apud* Pacheco, 2011, p. 28), tanto a prisão quanto o hospital psiquiátrico são instituições disciplinares que utilizam técnicas voltadas para modificar indivíduos considerados desviantes, baseadas em conhecimentos científicos específicos e, enquanto as prisões se fundamentam nos saberes penitenciários, os hospitais psiquiátricos se apoiam no saber médico. A principal diferença entre elas reside no fato de que, nos hospitais

psiquiátricos, tais técnicas disciplinares não podem ser reconhecidas explicitamente como tal, posto que necessitam de legitimidade mediada por um discurso médico, com ações diárias da equipe dirigente como observação, diagnóstico e tratamento, que se estabelece como verdadeiro apenas em função da relação de poder sobre o indivíduo considerado doente (Pacheco, 2011, p. 28).

Assim sendo, entende-se que, com as revoluções trazidas pelo movimento de Reforma Psiquiátrica, o paradigma de tratamento passou a se afastar do modelo asilar - no entanto, os manicômios judiciários, por também funcionarem como casas de custódia dos criminosos, continuam a ser espaços onde persiste uma psiquiatria ligada ao modelo manicomial na atualidade. Para tanto, à luz dos dilemas referentes à aplicação das medidas de segurança em concorrência com as reformas de perspectivas promovidas pela Lei nº 10.216/2001, é imprescindível delimitar o escopo de políticas públicas supervenientes ao pensamento de um sistema penal antimanicomial.

4 EFETIVAÇÃO DA POLÍTICA ANTIMANICOMIAL NO PODER JUDICIÁRIO

Frente ao contexto histórico e ao tratamento penal dado aos inimputáveis tutelados em medidas de segurança no país, faz-se primordial a exposição do conjunto legislativo que apara o viés antifreconômico no ordenamento jurídico, seja através de medidas legais, ou, ainda, através de políticas públicas convenientes ao tema. A exposição desse aparato normativo e assistencial reflete o conjunto de hipóteses que viabilizam, por sua vez, a extinção do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico.

4.1 Legislação e políticas públicas contemporâneas sobre saúde mental

Nesse sentido, parte como pressuposto de entendimento a Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984, a ora mencionada Lei de Execução Penal, que, em seu Título IV “Dos Estabelecimentos Penais”, Capítulo VI “Do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico”, estabelece diretrizes referentes à condução das medidas de segurança no âmbito da execução, como se segue:

Art. 99. O Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico destina-se aos inimputáveis e semi-imputáveis referidos no artigo 26 e seu parágrafo único do Código Penal.
Parágrafo único. Aplica-se ao hospital, no que couber, o disposto no parágrafo único, do artigo 88, desta Lei.

Art. 100. O exame psiquiátrico e os demais exames necessários ao tratamento são obrigatórios para todos os internados.

Art. 101. O tratamento ambulatorial, previsto no artigo 97, segunda parte, do Código Penal, será realizado no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico ou em outro local com dependência médica adequada (Brasil, [2024c]).

Outrossim, como referência ao parágrafo único do Art. 99, obtém-se a leitura atenciosa ao Art. 88 da sobredita lei, que aduz:

Art. 88. O condenado será alojado em cela individual que conterá dormitório, aparelho sanitário e lavatório.

Parágrafo único. São requisitos básicos da unidade celular:

- a) salubridade do ambiente pela concorrência dos fatores de aeração, insolação e condicionamento térmico adequado à existência humana;
- b) área mínima de 6,00m² (seis metros quadrados) (Brasil, [2024c]).

A alocação do louco infrator ao Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico está, da mesma forma, respaldada pelo Art. 41 do Código Penal, ou Decreto-Lei nº 2.848 de 7

dezembro de 1940, segundo o qual, por força da redação dada pela Lei nº 7.209 de 11 de julho de 1984:

Art. 41 - O condenado a quem sobrevém doença mental deve ser recolhido a hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou, à falta, a outro estabelecimento adequado (Brasil, [2024a]).

Em vista dos instrumentos legislativos citados, é fundamental recapitular que Lei nº 10.216/2001, além de representar um marco significativo na reformulação da política de saúde mental no Brasil, objetiva assegurar os direitos das pessoas com transtornos mentais através da promoção de um modelo de atenção psicossocial que prioriza a reabilitação e a inclusão social, ao invés do isolamento em instituições psiquiátricas. Para tal, são estabelecidas diretrizes para o atendimento das pessoas com transtornos mentais, com ênfase na desinstitucionalização e na oferta de tratamentos alternativos aos modelos tradicionais de hospitalização, a fim de que haja autonomia e participação social dos pacientes.

Dentre suas principais propostas, é possível mencionar a redução gradual dos leitos em hospitais psiquiátricos e a criação de serviços comunitários de saúde mental, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que têm a função de oferecer tratamento e apoio psicológico fora do ambiente hospitalar, para favorecer reintegração social dos pacientes, haja vista o seu Art. 4º, §1º (Brasil, 2001). Associadamente, a Lei reforça, logo em seu Art. 1º, os direitos dos pacientes com transtornos mentais, sendo garantias legais o acesso ao tratamento adequado e respeito à dignidade humana (Brasil, 2001). Estabelece, sob o mesmo viés, que qualquer tratamento involuntário deve ser realizado sob rigoroso controle judicial e com base em avaliações clínicas detalhadas.

Acerca das modalidades de tratamento, a legislação define abordagens terapêuticas baseadas em princípios de cuidado integral e comunitário. Além dos Centros de Atenção Psicossocial, a Lei promove a criação de serviços de Residências Terapêuticas, que servem como alternativas ao internamento em hospitais psiquiátricos, com suporte contínuo em um ambiente menos institucionalizado. Prevê, ainda, a implementação de políticas de reabilitação psicossocial que visam à reintegração dos pacientes no mercado de trabalho e na vida social, conforme o Art. 2º, inciso II, o que inclui ações de apoio à educação, ao emprego e à inclusão em atividades comunitárias.

Quando promulgada, os críticos da Lei nº 10.216/2001 aduziram que esta não institui mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios, o que causaria uma desospitalização em massa sem a implementação de rede extra-hospitalar competente para

suprir a nova demanda - à medida que apoiadores do projeto rebatiam que a Lei nº 10.216/2001 seria responsável por impor um novo rumo ao processo de reestruturação do setor (Arbex, 2019, p. 237). Embora a Lei “Paulo Delgado” não apresente especificações sobre os pacientes de transtornos mentais vinculados a delito, a legislação cita a internação compulsória que enquadra todas as situações que contemplem a intervenção do Poder Judiciário (Santos; Farias, 2014, p. 522):

Art. 6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.
 Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:
 I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;
 II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e
 III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.
 Art. 9º A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários (Brasil, 2001).

Diniz (2013, p. 13) atesta, em seu Censo realizado em 2011 para levantamento de dados sobre os HCTPs, que a invisibilidade social do “louco infrator” foi não superada com as conquistas da Reforma Psiquiátrica dos anos 2000, vez que nem todos os loucos foram incluídos no arcabouço de uma legislação que contestou as sequestrações do paciente psiquiátrico em regime asilar. Isto porque os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátricos subsistiram à reforma, tendo instituições inauguradas, inclusive, após a vigência da Lei nº 10.216/2001.

Segundo o levantamento, em 2011, existiam no país cerca de 23 Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTPs) e 3 Alas de Tratamento Psiquiátrico (ATPs), situados em complexos penitenciários, sendo estes localizadas no Distrito Federal, Mato Grosso e Rondônia - Minas Gerais, Rio de Janeiro e São Paulo possuíam três unidades de HCTP cada, enquanto os outros 17 estados tinham uma unidade cada (Diniz, 2013, p. 35). A população total dessas unidades correspondia a 3.989 indivíduos, dos quais 2.839 estavam em medida de segurança, 117 em medida de segurança por conversão de pena e 1.033 em internação temporária, sendo a maioria da população era composta por homens (92%, ou 3.684 indivíduos) (Diniz, 2013, p. 35). Desde então, a pesquisa mais recente da Secretaria Nacional de Políticas Penais do Ministério da Justiça e Segurança Pública constatou que existem, ao mínimo, 2.736 pessoas cumprindo medida de segurança no Brasil, dentre as quais 586 já cumprem o tratamento na modalidade ambulatorial (Conselho Nacional de Justiça, 2024a).

4.2 A Política Antimanicomial do Poder Judiciário: Análise das Diretrizes do CNJ

Nesse sentido, a fim de que fossem regulamentados e padronizados procedimentos relacionado ao tema no âmbito do Poder Judiciário brasileiro, o Conselho Nacional de Justiça publicou, em 15 de fevereiro de 2023, a Resolução nº 487, cujo objetivo é instituir a Política Antimanicomial do Poder Judiciário e estabelecer procedimentos e diretrizes para implementar a Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência e a Lei n. 10.216/2001, no âmbito do processo penal e da execução das medidas de segurança.

O foco da resolução é a substituição gradual dos manicômios tradicionais pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e outras formas de tratamento no Sistema Único de Saúde (SUS), assegurando uma abordagem mais humana e eficaz para a saúde mental. Nesta perspectiva, a norma orienta que os estados realizem ações que avancem progressivamente na implementação da Política Antimanicomial, reorganizando seus sistemas de saúde e políticas para oferecer um acolhimento e tratamento de qualidade para este público.

Dessa maneira, é possível observar no regramento:

Art. 3º São princípios e diretrizes que regem o tratamento das pessoas com transtorno mental no âmbito da jurisdição penal:

- I – o respeito pela dignidade humana, singularidade e autonomia de cada pessoa;
- II – o respeito pela diversidade e a vedação a todas as formas de discriminação e estigmatização, com especial atenção aos aspectos interseccionais de agravamento e seus impactos na população negra, LGBTQIA+, mulheres, mães, pais ou cuidadores de crianças e adolescentes, pessoas idosas, convalescentes, migrantes, população em situação de rua, povos indígenas e outras populações tradicionais, além das pessoas com deficiência;
- III – o devido processo legal, a ampla defesa, o contraditório e o acesso à justiça em igualdade de condições;
- IV – a proscrição à prática de tortura, maus tratos, tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes;
- V – **a adoção de política antimanicomial na execução de medida de segurança;**
- 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;
- VII – o direito à saúde integral, privilegiando-se o cuidado em ambiente terapêutico em estabelecimentos de saúde de caráter não asilar, pelos meios menos invasivos possíveis, com vedação de métodos de contenção física, mecânica ou farmacológica desproporcional ou prolongada, excessiva medicalização, impedimento de acesso a tratamento ou medicação, isolamento compulsório, alojamento em ambiente impróprio e eletroconvulsoterapia em desacordo com os protocolos médicos e as normativas de direitos humanos;
- VIII – a indicação da internação fundada exclusivamente em razões clínicas de saúde, privilegiando-se a avaliação multiprofissional de cada caso, pelo período estritamente necessário à estabilização do quadro de saúde e apenas quando os recursos extra hospitalares se mostrarem insuficientes, **vedada a internação em instituição de caráter asilar, como os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTPs) e estabelecimentos congêneres, como hospitais psiquiátricos;**

IX – a articulação interinstitucional permanente do Poder Judiciário com as redes de atenção à saúde e socioassistenciais, em todas as fases do procedimento penal, mediante elaboração de PTS nos casos abrangidos por esta Resolução;
 X – a restauratividade como meio para a promoção da harmonia social, mediante a garantia do acesso aos direitos fundamentais e a reversão das vulnerabilidades sociais;
 XI – atenção à laicidade do Estado e à liberdade religiosa integrada ao direito à saúde, que resultam na impossibilidade de encaminhamento compulsório a estabelecimentos que não componham a Raps ou que condicionem ou vinculem o tratamento à conversão religiosa ou ao exercício de atividades de cunho religioso; e
 XII – respeito à territorialidade dos serviços e ao tratamento no meio social em que vive a pessoa, visando sempre a manutenção dos laços familiares e comunitários (Conselho Nacional de Justiça, 2023, p.7-8).

A Política Antimanicomial prevista pela Resolução CNJ nº 487/2023 inclui a revisão individualizada dos processos judiciais e a elaboração de projetos terapêuticos singulares (PTS) para indivíduos com transtornos mentais em conflito com a lei. Em paralelo, é determinado que a autoridade judicial encaminhe os casos de saúde mental às equipes de saúde competentes, com a finalidade de garantir a indicação e o tratamento adequado para cada paciente. Entre as medidas previstas estão o atendimento ambulatorial pelo SUS, o encaminhamento para serviços residenciais terapêuticos (SRT) da RAPS, o retorno à família para aqueles cujos laços familiares foram preservados ou retomados, e a internação breve em leito de hospital geral, quando indicado pela equipe de saúde (Conselho Nacional de Justiça, 2024a).

Com o vencimento da data estipulada pela Resolução nº 487, de 2023, que estabelecia prazo para adaptação à resolução antimanicomial em 28 de agosto de 2024, o instrumento normativo sofreu alterações pela Resolução nº 572 na data de 26 de agosto de 2024. Nesse cenário, a data final estabelecida para adaptação à política antimanicomial foi prorrogada e, assim, a revisão dos processos e a avaliação da extinção ou progressão das medidas de segurança deverão ocorrer dentro do período de 9 meses a partir da publicação da normativa. Já a elaboração de Planos Terapêuticos Singulares (PTS) e a interdição parcial de instituições terão prazos máximos de 15 e 9 meses, respectivamente, a partir da vigência da resolução, resultando na interdição total até 26 de novembro de 2025. Tais informações foram compreendidas no escopo dos seguintes dispositivos:

Art. 16. No prazo de até 9 (nove) meses, contados a partir da entrada em vigor desta Resolução, a autoridade judicial competente revisará os processos a fim de avaliar a possibilidade de extinção da medida em curso, progressão para tratamento ambulatorial em meio aberto ou transferência para estabelecimento de saúde adequado, nos casos relativos:

Art. 17. Sem prejuízo do disposto no artigo anterior, a autoridade judicial competente para a execução penal determinará a elaboração, no prazo de 15 (quinze) meses contados da entrada em vigor desta Resolução, de PTS para todos os pacientes em medida de segurança que ainda estiverem internados em HCTP, em instituições congêneres ou unidades prisionais, com vistas à alta planejada e à reabilitação psicossocial assistida em meio aberto, a serem apresentadas no processo ou em

audiência judicial que conte com a participação de representantes das entidades envolvidas nos PTSs.

Art. 18. No prazo de 9 (nove) meses contados da entrada em vigor desta Resolução, a autoridade judicial competente determinará a interdição parcial de estabelecimentos, alas ou instituições congêneres de custódia e tratamento psiquiátrico no Brasil, com proibição de novas internações em suas dependências e, em até 15 (quinze) meses a partir da entrada em vigor desta Resolução, a interdição total e o fechamento dessas instituições (Conselho Nacional de Justiça, 2024b, p. 1-2).

Portanto, a fim de tecer ilustração judiciária da aplicação das diretrizes elencadas e fundamentadas e, conseqüentemente, da efetivação das medidas antimanicomiais, utiliza-se da análise de decisões de 2º grau proferidas pelo Tribunal de Justiça de São Paulo (TJSP), colhidas junto à fonte de consultas jurisprudenciais fornecidas pela Corte.

No Acórdão referente à ementa infracitada, é possível observar a fundamentação do voto do relator embasada em laudos periciais que foram favoráveis ao reconhecimento da cessação da periculosidade do agente e, por esse motivo, da possibilidade de continuidade do tratamento psiquiátrico junto à Colônia de Desinternação Progressiva. Para tanto, estipulou-se a transferência do sentenciado para a Colônia, a fim de que o sentenciado pudesse obter reabilitação social de maneira progressiva, sem alteração abrupta de sua internação ao tratamento ambulatorial (São Paulo, 2024d).

AGRAVO EM EXECUÇÃO – Medida de segurança – Determinada a transferência para Colônia de Desinternação Progressiva - Pedido de reinternação de sentenciado pela persistência da periculosidade do sentenciado – Laudo favorável à desinternação progressiva – Decisão fundamentada – Compatibilidade com as diretrizes da Lei Antimanicomial – Sentenciado sob custódia há quase dez anos – Agravo DESPROVIDO (São Paulo, 2024d, p. 2).

Em contrapartida, ainda é possível encontrar, no repositório jurisprudencial do Tribunal de Justiça de São Paulo, decisões em concordância à manutenção de medidas internatórias a pacientes inimputáveis, ainda que sob a vigência da referenciada Política Antimanicomial. Nesse viés, pode-se indicar a seguinte decisão, que pondera sobre a falta de indicação médica sobre a cessação da periculosidade do agente, cujo quadro clínico delineado é inconclusivo quanto à elementos probatórios da chance de reincidência por falta de avaliação desse aspecto (São Paulo, 2024e, p. 10), o que levou à conclusão por incongruências quanto à cessação da periculosidade do detento. Trata-se do acórdão referente à ementa indicada:

Agravo em execução – Recurso defensivo - Pretendida a extinção da medida de segurança consistente no tratamento ambulatorial - Não acolhimento - Laudo médico sugerindo a continuidade da medida - De rigor a prorrogação da medida de segurança até que se verifique a efetiva cessação da periculosidade - Inteligência dos artigos 97

e 75 do Código Penal - Entendimento firmado pelo c. STF, no sentido de aplicação analógica daquele último às medidas de segurança, o que está em consonância com o artigo 5º, inciso XLVII, alínea b, da Constituição Federal - Recurso não provido (São Paulo, 2024e, p. 2).

4.3 Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)

Ante o exposto, infere-se a importância das medidas de desinstitucionalização no processo estrutural de implementação das diretrizes da Reforma Psiquiátrica, em vista da substituição do modelo hospitalocêntrico por uma rede de serviços comunitários que promovam a inclusão social dos pacientes psiquiátricos. Nesse sentido, dada a exposição dos dispositivos da Lei nº 10.216/2001 que preveem a instituição dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), faz-se necessária a explanação acerca das Redes de Atenção Psicossocial (RAPS), que, por sua vez, desempenham um papel no debate mediante o oferecimento de uma estrutura integrada e contínua de cuidados.

Nesse contexto, obtém-se, como composição da RAPS, um conjunto de articulações multidisciplinares por iniciativa do Sistema Único de Saúde (SUS), em atendimento plural destinado ao acolhimento de pessoas em quadros de necessidade psíquica e social, além do tratamento de demandas resultantes do uso nocivo de álcool e outras drogas, com estabelecimento de ações intersetoriais (Brasil, [2024d]). Para tal, vincula-se uma rede assistencial em saúde mental no Brasil com o envolvimento dos âmbitos do Governo Federal, de Estados e de Municípios.

As Redes de Atenção Psicossocial (RAPS) integram uma série de dispositivos além dos supramencionados Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), como: Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Estratégia de Saúde da Família (ESF), Unidades de Acolhimento (UA), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) (Brasil, [2024d]). Conta, ainda, com serviços integrados como Unidades de Pronto Atendimento (UPA), o SAMU, hospitais gerais, e Centros de Convivência e Cultura, todos voltados à atenção e cuidado integral dos usuários (Brasil, [2024d]). Na atualidade, o Brasil possui cerca de 2.800 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) habilitados, que estão distribuídos em 1.910 municípios em todos os estados e no Distrito Federal (Brasil, 2022).

Esses recursos são projetados para responder às necessidades específicas dos usuários, oferecendo suporte contínuo em áreas terapêuticas, sociais e de reabilitação, e promovendo a reintegração social e a autonomia dos pacientes com transtornos mentais, conforme a complexidade de cada caso. Destaca-se que, dentre pontos de atenção da RAPS, vigora o

Programa “De Volta Para Casa”, cuja análise será abordada com maior profundidade em tópico subsequente.

Outrossim, no contexto da aplicação das medidas de segurança aos pacientes psiquiátricos, a Rede de Atenção Psicossocial estrela como uma alternativa fundamental ao encarceramento desse contingente em Hospitais de Custódia ou Tratamento Psiquiátrico, vez que a construção de uma rede de amparo solidificada em pontos multifocais de atendimento possibilita a implementação de medidas desinstitucionalizantes - assim como previsto e defendido pelo movimento de Luta Antimanicomial. Com foco em uma abordagem centrada na pessoa, esses pacientes são assistidos em ambientes menos restritivos, promovendo, dessa maneira, sua reintegração social. Em síntese, concretização das atividades da RAPS envolve o diálogo de diferentes setores como saúde, assistência social, justiça e direitos humanos, em vista de um atendimento multifocal atento à dignidade e autonomia dos pacientes.

4.4 Programas de ressocialização do paciente judiciário

Elucidada a necessidade de se pensar em alternativas ao tratamento do paciente psiquiátrico-judiciário, é possível mencionar a vigência de programas vanguardistas de ressocialização dos pacientes judiciários no país, cuja análise possibilita a apreensão de novas perspectivas tangentes ao tema da extinção do modelo asilar, e, conseqüentemente, dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico.

Nesse contexto, a ressocialização é interpretada como um mecanismo da reabilitação psicossocial, validada pela construção de uma identidade cidadã do louco infrator, com a finalidade de que estes alcancem a alçada de seus direitos (Couto; Nogueira, 2020, p. 54). Segundo Pitta (2001, p. 21 *apud* Couto; Nogueira, 2020, p. 54), a reabilitação psicossocial nada mais é que uma atitude estratégica e política, de caráter compreensivo, a partir da complexidade e delicadeza que abrangem os cuidados individuais necessários para cada caso das pessoas vulneráveis aos modos de sociabilidade habituais. Outrossim, caracteriza-se como um mecanismo para mitigar danos e comprometimentos desses indivíduos, buscando potencializar suas habilidades (Couto; Nogueira, 2020, p. 54).

Os Programas de Ressocialização do Paciente Judiciário operam a desinstitucionalização assistida pela lógica do Acompanhamento Terapêutico, um instrumento nas políticas de saúde mental que utiliza a ideia de uma clínica psicológica ampliada, que engloba a cidade como um ecossistema, tornando viável a inclusão social do louco infrator (Couto, Nogueira, 2020, p. 54). Nesse sentido, Palombini (2007, p. 202 *apud* Couto; Nogueira,

2020, p. 54) descreve que a cidade passa a ser o espaço “em que a experiência da loucura requer ser acompanhada” - e não mais o asilo. Em síntese,

Nas atividades diversas como ir ao banco, fazer compras, ir ao dentista, a lanchonetes, supermercados, ou seja, circular por diversos locais na cidade, constroi-se a possibilidade não só de trânsito social para o louco, mas também de que seja desconstruído o olhar social lançado à loucura. No compartilhamento do contrato social do AT com o acompanhado formam-se novos rumos para o sujeito, que vão para além de seu adoecimento mental ou de seu crime, mas que contemplam a dimensão psicossocial desse indivíduo (Guerra; Milagres, 2005 *apud* Couto; Nogueira, 2020, p. 54).

Obtém-se, no quadro de projetos pioneiros, os Programas de Atenção Integral em vigor nos estados de Minas Gerais e Goiás, além do Programa “De Volta Para Casa”, do Ministério da Saúde, cujo exame minucioso faz-se fundamental à pauta do cumprimento das medidas reformistas da Lei nº 10.216/2001 no âmbito penal.

4.1.1 Programa De Atenção Integral ao Paciente Judiciário (PAI-PJ)

O Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário, ou PAI-PJ, é apresentado pelo Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais como um “dispositivo conector entre o sistema jurídico e os dispositivos de saúde mental” (Couto; Nogueira, 2020, p. 53). O projeto foi implementado em um esquema experimental em março de 2000 pela Corregedoria do Tribunal de Justiça de Minas Gerais com a função de “realizar a mediação entre o tratamento e o processo jurídico, até o tempo da inserção social” (Barros-Brisset, 2010a, p. 121).

A iniciativa surge da pesquisa realizada pela psicóloga judicial Fernanda Otoni de Barros-Brisset, junto ao Centro Universitário Newton Paiva, sendo introduzido com “projeto-piloto” em 1999, no qual se dedicou ao levantamento de quinze processos criminais em trâmite na comarca de Belo Horizonte/MG, com o intuito de “ofertar a cada um destes pacientes um acompanhamento singularizado, contando com o apoio da rede pública de saúde e do sistema jurídico” (Couto; Nogueira, 2020, p. 53), a partir de intervenção realizada por equipe multidisciplinar, composta por um assistente jurídico, um psicólogo e um assistente social (Barros-Brisset, 2010 *apud* Couto, Nogueira, 2020, p. 53).

Nesta equipe multidisciplinar, o assistente social judicial é encarregado pelo estudo do caso e pela apresentação dos recursos para reinserção social ao paciente judiciário; o psicólogo judicial deve efetuar o acompanhamento sistemático do indivíduo, atuando como um sujeito de escuta ativa para encaminhá-lo aos pontos da rede arquitetada na capital em ocasiões de crise;

e o assistente jurídico se dedica, por fim, aos autos processuais do réu ou condenado, responsabilizando-se pelo envio de ofícios ao Juízo baseados nos pareceres interdisciplinares fornecidos pelos profissionais anteriores (Barros-Brisset, 2010b, p. 29). Além deste time, o PAI-PJ também atua em função da assistência ao juiz, através da subsistência à decisão judicial e da juntada dos relatórios produzidos aos autos (Barros-Brisset, 2010b, p. 29).

Devido ao sucesso da ideia inicial, em 2001, o projeto deixa o plano de piloto e passa a pertencer ao escopo programático do Tribunal de Justiça de Minas Gerais, a partir da Portaria Conjunta nº 25/2001 de 7 de dezembro de 2001 (Couto; Nogueira, 2020, p. 27), já com a Lei nº 10.216/2001 em vigor. Segundo o relato de Barros-Brisset (2010b, p. 28), o PAI-PJ aplica o acompanhamento integral ao paciente judicial em todas as fases do processo criminal, valendo-se de ação conjunta entre o Poder Judiciário e o Poder Executivo para traçar estratégias junto à Rede Pública de Saúde e à Rede de Assistência Social. De acordo com a psicanalista, o projeto é conduzido à seguinte maneira:

Os casos são encaminhados por meio de ofício dos juízes criminais, determinando que sejam acompanhados pelo programa. Chegam, também, encaminhados por familiares, estabelecimentos prisionais, instituições de tratamento em saúde mental e outros parceiros. Se a pessoa encaminhada não possuir sentença de medida de segurança, ou se não houver o incidente de sanidade mental instaurado no processo, realiza-se uma avaliação jurídica, clínica e social do caso e solicita-se ao juiz criminal autorização para o acompanhamento do caso. Sendo autorizado, este é encaminhado à Rede Pública de Saúde Mental, se ainda não estiver em tratamento. Junto com a rede, construir-se-á o projeto terapêutico e social para o paciente, o qual será constantemente revisto e reconstruído, de acordo com as indicações do próprio sujeito. O acompanhamento ocorre durante o processo criminal até a finalização da execução penal (Barros-Brisset, 2010a, p. 122).

A expansão do projeto, fruto dos resultados positivos obtidos pela sua implementação na capital mineira, decorre da Resolução nº 633 de 2010, levando o programa às comarcas interioranas do estado (Couto; Nogueira, 2020, p. 53). Já com a finalidade de regular e dispor sobre a estrutura e funcionamento do programa e atender às necessidades de sistematização da composição e atribuição do PAI-PJ, o Tribunal de Justiça de Minas Gerais publicou, na edição do DJe de 13 de novembro de 2020, a Resolução de nº 944. Dentre os dezessete dispositivos normativos, destaca-se o Art. 1º, que lista como objetivo do projeto a assessoria à Justiça de Primeira e Segunda Instâncias “na individualização da aplicação e da execução das medidas socioeducativas, penas e medidas de segurança aos pacientes judiciários, através de proposições fundamentadas na Lei Federal nº 10.216, de 6 de abril de 2001” (Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais, 2020, p. 1). Para tanto, o Tribunal considera como paciente judiciário o “custodiado, indiciado, réu ou sentenciado com pena ou medida de segurança, durante o curso

do respectivo inquérito policial ou processo criminal” e o “adolescente autor de ato infracional” (Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais, 2020, p. 1).

De acordo com a análise feita por Couto e Nogueira (2020, p. 53):

A criação do PAI-PJ tem como objetivo a oferta de um acompanhamento integral ao louco infrator. Isso se desenharia a partir da possibilidade de circuito social, desconstruindo assim a ideia da periculosidade intrínseca. Cabe ressaltar que esse retorno à convivência social é, evidentemente, marcado por algumas dificuldades, mas diante da possibilidade de um acompanhamento humanizado e da construção de um projeto terapêutico singular que é, sempre que necessário reformulado, esse retorno não só se faz possível, como também exitoso.

Como parte dos resultados exitosos do programa, é possível mencionar a taxa ínfima de 2% de reincidência, relativa a crimes de menor gravidade (Barros-Brisset, 2010b *apud* Couto; Nogueira, 2020, p. 54), sendo que, de acordo com o conteúdo disponibilizado pelo próprio TJMG, o índice de reincidência para crimes violentos é “praticamente zero”.

Na atualidade, o PAI-PJ conta com núcleos regionais em funcionamento nos municípios de Itaúna, Divinópolis, Alfenas, Juiz de Fora, Barbacena, Muriaé, Governador Valadares, Teófilo Otoni, além da originária Belo Horizonte e da unidade em implantação em Ouro Preto (Tribunal de Justiça De Minas Gerais, 2024). De acordo com os dados do TJMG, em 30 de março de 2024, a iniciativa era responsável pelo acompanhamento de 1.203 casos simultâneos ao longo do estado.

Com o propósito de regularizar uma articulação entre o programa e a Resolução nº 487/2023 do CNJ, que instituiu a Política Antimanicomial supramencionada, implementou-se no estado mineiro um Comitê Estadual Interinstitucional de Monitoramento da Política Antimanicomial no Judiciário, ou Ceimpa, cujas reuniões em prol da desinstitucionalização são coordenadas pela desembargadora Márcia Milanez.

4.4.2 Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI)

Inspirado no Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário, surge o Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator, ou PAILI, no estado de Goiás, no ano de 2006, sob iniciativa da Superintendência de Políticas de Atenção Integral à Saúde da Secretaria da Saúde do Estado de Goiás. De acordo com Silva (2010, p. 654), apesar de receberem denominações distintas — “paciente judiciário” e “louco infrator” — e estarem vinculados a diferentes instituições, sendo um relacionado à Saúde e outro à Justiça, ambos os programas compartilham

o mesmo objetivo: proporcionar acompanhamento contínuo e escuta qualificada àqueles que, anteriormente, eram submetidos apenas a medicamentos sedativos e ao isolamento.

O Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI) foi desenvolvido por meio de uma parceria entre a Secretaria Estadual de Justiça do Estado de Goiás, Ministério Público Estadual, o Tribunal de Justiça do Estado e as secretarias municipais das cidades aderidas ao projeto (Governo do Estado de Goiás, 2019). Em um panorama histórico, retoma-se a 1996, ano em que o promotor Haroldo Caetano da Silva iniciou uma investigação em Goiânia para examinar a situação de internos submetidos a medidas de segurança nos, revelando casos de graves abusos - o que incita os primeiros debates acerca da execução de medidas de segurança no estado (Silva, 2013, p. 9).

Em 1999, a investigação resultou no Incidente de Excesso de Execução, previsto no art. 185 da LEP (Brasil, [2024c]). Este procedimento culminou em duas decisões históricas: uma proibindo novos pacientes psiquiátricos de serem encarcerados no presídio e outra, em 2000, determinando a liberação daqueles detidos de forma ilegal, demonstrando um marco importante na humanização da execução penal (Silva, 2013, p. 9). Após a promulgação da Lei Paulo Delgado (Lei nº 10.216/2001), o PAILI é para efetuar, tão somente, o levantamento das medidas de segurança em vigor no Estado de Goiás.

Em seu funcionamento, o programa realiza a mediação entre o ato jurídico e a saúde, acompanhando o paciente até a cessação de sua relação com a justiça (Governo do Estado de Goiás, 2019). Outro foco central do PAILI é o envolvimento das famílias no processo de reintegração social, buscando a adesão ao tratamento e o restabelecimento de vínculos, além de organizar discussões interdisciplinares com as equipes de saúde e peritos judiciais para contribuir para decisões relacionadas à cessação da periculosidade e atividades públicas de conscientização sobre a condição dos pacientes psiquiátricos, promovendo, ainda, o entendimento de suas necessidades e o combate ao estigma social (Governo do Estado de Goiás, 2019). Segundo a cartilha publicada pelo Ministério Público do Estado de Goiás (2013, p. 25), a estrutura do PAILI possibilita que os planos terapêuticos sejam implementados com rapidez e eficiência, sem as complexidades típicas do sistema judicial, promovendo a reinserção do paciente no convívio familiar e social, de maneira humanizada e eficaz.

As equipes psicossociais dos CAPS, formadas por advogados, assistentes sociais, acompanhantes terapêuticos, psicólogos, psiquiatras e auxiliares administrativos vinculados à Secretaria do Estado da Saúde (Silva, 2013, p. 27), e unidades de internação, no âmbito do PAILI, têm autonomia para administrar o tratamento dos pacientes, sem depender de decisões

judiciais para questões como desinternação ou encaminhamento a uma residência terapêutica (Silva, 2013, p. 25).

Ao estabelecer a medida de segurança, os autos são remetidos ao Programa para que, por sua gerência, seja encaminhado um técnico responsável pelo atendimento da ocorrência. Esse profissional será encarregado pela tentativa de localização do paciente psiquiátrico e de sua rede familiar, a fim de que se inicie o acompanhamento terapêutico.

Em casos de internação, a atuação do Programa se inicia a partir da sentença que a determina. Após a sentença, há uma comunicação imediata ao PAILI e ao juízo da execução penal. Em até 48 horas, o PAILI indica o local de internação. A internação é automática, sem necessidade de nova ordem judicial, e o estabelecimento penal libera o paciente diretamente sob orientação do PAILI. Finalmente, há uma comunicação ao juízo da execução penal após a internação (Silva, 2013, p. 29). Nota-se que este procedimento torna dispensável a conjectura de instituições análogas aos manicômios judiciais no estado.

Já em relação ao tratamento ambulatorial, o processo também começa com a sentença que a formaliza. Após a sentença, permanece o estabelecimento de uma comunicação imediata ao PAILI e ao juízo da execução penal e, em até 48 horas, o PAILI indica o local para o tratamento e providencia o acompanhamento domiciliar. Se o estabelecimento aprovar, o paciente é liberado diretamente sob orientação do PAILI (Silva, 2013, p. 29).

Até 2023, com 355 pacientes em atendimento simultâneo, o PAILI foca seu tratamento em sede ambulatorial, de tal modo que, em ocorrência de crise, os usuários do programa são socorridos em leitos psiquiátricos até estabilização do quadro e possam retornar ao ambulatório (Folha, 2023, *online*). Segundo os dados publicados, a reincidência do PAILI gira em torno da faixa de 5% - número expressivo em comparação aos índices de 21% a 39% do primeiro ao quinto ano de detentos no sistema prisional (Fernandes, 2023) - taxa que não apresenta tendência de ocorrer em sequência ao tratamento ofertado pela rede do Programa.

O sucesso do modelo goiano está baseado no fato de que não existem, na atualidade, manicômios judiciais - ou Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico - no estado goiano, diferentemente de Minas Gerais, onde, apesar do PAI-PJ, operam o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Jorge Vaz, em Barbacena, e o Centro de Apoio Médico e Pericial (Camp), em Ribeirão das Neves.

4.4.3 Programa “De Volta Para Casa”

Ainda no escopo de medidas para alcance da desinstitucionalização, é possível mencionar o Programa “De Volta Para Casa”, ou, simplesmente, PVC, indicado pelo Ministério da Saúde como parte de um tripé garantidor, em conjunto ao Programa de Redução de Leitos Hospitalares de Longa Permanência e os Serviços Residenciais Terapêuticos (Lima; Brasil, 2014, p. 68). A regulamentação do Programa é dada pela Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, com o objetivo de auxiliar na reabilitação psicossocial de pessoas com transtornos mentais e histórico de internações prolongadas.

Segundo o Governo Federal, o foco dessa política é assegurar dignidade, cuidado integral e humanizado, liberdade, reinserção psicossocial e garantir os direitos humanos. Para atingir tal objetivo, o Programa “De Volta Para Casa” consiste em um “auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações” (Brasil, 2003). Conforme aduz o Art. 1º da referida legislação, o valor se destina à assistência, acompanhamento e integração social do indivíduo fora da unidade hospitalar.

Para tanto, o valor do benefício é fixado em R\$ 240,00 - pecúnia cabível de reajuste pelo Poder Executivo (Brasil, 2003) - e, segundo os termos estabelecidos pelo §2º do Art. 2º, deve ser pago diretamente ao beneficiário através convênio com instituição financeira oficial, ressalvada a hipótese de incapacidade de exercício dos atos da vida civil, oportunidade na qual a quantia será repassada ao representante legal do paciente. Para tanto, ante §3º do Art. 2º, o benefício deve ter a duração de um ano, passível de renovação “quando necessário aos propósitos da reintegração social do paciente” (Brasil, 2003).

Em seu arcabouço, o Artigo 3º estabelece condições específicas para a elegibilidade ao benefício previsto na lei, focando em pacientes egressos de internações psiquiátricas de longa duração. Os critérios incluem uma internação mínima de dois anos, condições clínicas e sociais que favoreçam a reintegração social, consentimento expresso do paciente, e garantia de continuidade do cuidado em saúde mental. Há especificações quanto ao tempo em Serviços Residenciais Terapêuticos considerado para o período de internação requerido, e exclusões para internações não financiadas pelo SUS ou suas entidades antecessoras.

Nesse sentido, cabe destaque ao §3º do Art. 3º, segundo o qual os “egressos de Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico poderão ser igualmente beneficiados, procedendo-se, nesses casos, em conformidade com a decisão judicial” (Brasil, 2003).

A Lei estabelece, ainda, em seu artigo 4º, que o pagamento do auxílio-reabilitação psicossocial será suspenso nas seguintes hipóteses: reinternação do beneficiário em hospital

psiquiátrico ou quando atingidos os objetivos de reintegração social e autonomia do paciente. Além disso, o artigo 5º prevê que o pagamento será interrompido no mês seguinte ao falecimento do beneficiado.

Já o artigo 6º, por fim, determina que os recursos destinados à implementação desse auxílio são os previstos no Plano Plurianual 2000-2003, sob a rubrica “incentivo-bônus”, ação 0591 do Programa Saúde Mental nº 0018, sendo garantida a continuidade do programa no orçamento do Ministério da Saúde. Qualquer aumento de despesa obrigatória de caráter continuado será compensado com recursos destinados às ações e serviços públicos de saúde, conforme o artigo 77 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. O controle e a fiscalização da execução do programa ficam a cargo das instâncias do SUS, conforme disposto no artigo 7º, e o artigo 8º prevê que o Poder Executivo regulamentará a Lei. Essa norma reflete a preocupação em garantir a sustentabilidade financeira do auxílio, bem como o controle sobre sua aplicação, delegando ao SUS o papel de fiscalização, e exigindo regulamentação complementar pelo Executivo para sua plena implementação.

Segundo o levantamento publicado em 2023, em celebração dos 20 anos do Programa, ao longo do período em atividade, mais de 8 mil pessoas foram beneficiadas pelo programa. Como parte do fortalecimento da política promovida pelo Sistema Único de Saúde, o Ministério da Saúde ampliou em R\$ 200 milhões o orçamento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para melhorar a assistência em saúde mental em todo o país. Até 2023, o programa atendia mais de 4 mil pacientes, com novos beneficiários sendo incluídos todos os meses.

O Programa de Volta para Casa atua em conjunto com os serviços da RAPS, promovendo uma substituição gradual do modelo hospitalar por serviços comunitários, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e as Residências Terapêuticas (SRT). Os CAPS oferecem atendimento para pessoas em sofrimento psíquico ou transtorno mental, incluindo intervenções como psicoterapia, medicação assistida e reabilitação psicossocial. As SRTs, por sua vez, são casas urbanas que acolhem pessoas com transtornos mentais graves, oferecendo moradia e suporte.

O fortalecimento desses serviços é uma prioridade do Departamento de Saúde Mental do Ministério da Saúde, que tem buscado ampliar o número de beneficiários e recompor o custeio dessas iniciativas, com o Brasil sendo reconhecido internacionalmente pela OMS pela robustez de sua rede de saúde mental.

5 CONCLUSÃO

Diante do material exposto, é possível compor conclusão quanto objeto central do estudo, qual seja, a análise entre o binômio necessidade e possibilidade quando aplicado à extinção dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico no sistema penal brasileiro. Para tanto, a exploração bibliográfica, legislativa e jurisprudencial empenhada pelo presente trabalho evidencia a urgência e a relevância da efetivação da reforma psiquiátrica no contexto do processo penal brasileiro, tornando indubitável a indispensabilidade da adoção de medidas desinstitucionalizantes na cena contemporânea da aplicação das medidas de segurança.

Desde a abordagem inicial sobre o tratamento da loucura no direito penal até a discussão das diretrizes contemporâneas, foi possível constatar que os HCTPs, como modelo institucional, perpetuam a lógica de exclusão e controle social incompatível com o arcabouço constitucional garantidor dos direitos fundamentais.

Nesse sentido, as implicações do conceito de crime sob o viés tripartite permitem compreender como as noções de culpabilidade se aplicam ao louco infrator e, por consequência, como essa figura desafia a lógica punitiva do Direito Penal. Ante grau diferenciado de capacidade de entendimento, entende-se que o paciente psiquiátrico não pode ser embutido de culpa se não possui os mecanismos psíquicos necessários à concepção plena de um juízo de desvalor que avalie, moralmente, suas ações ao cometer um crime.

Obtém-se, portanto, em contrapartida à aplicabilidade da culpabilidade, a ideia de inimputabilidade, que confere ao sujeito a condição de impedimento de responsabilização penal devido às suas referidas limitações mentais de autodeterminação. No tocante à inimputabilidade do paciente psiquiátrico-judiciário, infere-se do conceito a circunstância na qual, ao invés de penas privativas de liberdade, se impõe ao sujeito a medida de segurança, cuja condução é alvo de análise do trabalho. É notável que a legislação brasileira é omissa quanto à instituição de critérios eficazes que possibilitem a condução penal atenta à particularidade de cada caso, ao passo que é essencial prover entendimento individualizado que permita a captação das implicações psicológicas e sociais permeiam o comportamento dos indivíduos, dada situação evidente de vulnerabilidade.

É imperioso destacar que, apesar do alegado caráter assistencial das medidas de segurança, sua aplicação suscita debates sobre a observância aos princípios como legalidade e proporcionalidade, posto que reflete restrição à liberdade pessoal do paciente por medida penal. Sobre as medidas de segurança, ainda, além de impasses circunscritos à sua ideação asilar, é

crucial delinear a permeação do conceito de periculosidade do agente, que é substancial para que haja a revogação ou suspensão da medida internatória.

Nesse cenário, tem-se a retomada da genealogia da definição, desenvolvida, historicamente, a partir da intersecção entre direito penal, psiquiatria e criminologia, e apresentada pelos teóricos da Escola Positiva do Direito Penal. Enquanto critério para a determinação de medidas de segurança, a periculosidade tende a reforçar estigmas e preconceitos associados aos transtornos mentais, levando à marginalização de indivíduos que, por sua condição, são considerados ameaças à ordem pública, haja vista que a ideia foi entrelaçada ao tecido social a partir de nocivas teorias deterministas lombrosianas. Outrossim, a mera perspectiva de que o sujeito é intrinsecamente perigoso ao convívio civilizatório reduz a complexidade do comportamento humano a um diagnóstico reducionista, à medida que ignora fatores contextuais e sociais que podem influenciar a conduta de um indivíduo.

Além das problemáticas elencadas, tem-se que a definição de periculosidade é baseada em avaliações subjetivas, cujos critérios permanecem ambíguos quando analisados segundo o escopo legislativo, vez que não há nenhum disciplinamento normativo das diretrizes a serem adotadas pelo perito - o que cria um espaço de insegurança jurídica fértil para o cometimento de arbitrariedades e injustiças. O impasse se faz ainda mais alarmante sob a assimilação de que o diagnóstico de cessação desse conceito evasivo, em um procedimento ainda mais indefinido, é obrigatório para que o interno possa ser liberado da medida de segurança, mesmo aquela cumprida em regime que o prive absolutamente de sua liberdade e convívio social. Afinal, por outro lado, os detentos em cumprimento de pena privativa de liberdade são respaldados pela limitação máxima ao tempo de acatamento da condenação, tornando explícita a obscuridade acerca do tópico.

Nesse íterim, o impacto dessa concepção na efetivação da reforma psiquiátrica e no encerramento dos HCTPs é significativo, pois atua como um obstáculo à opinião popular em prol da implementação de políticas públicas que priorizem o tratamento em liberdade e a promoção da saúde mental dessa população sob custódia. Com efeito, tem-se a permanência de instituições que operam como consentâneos manicômios judiciários, perpetuando, até a contemporaneidade, a ideia de que os indivíduos com transtornos mentais devem ser isolados e controlados, ao invés de tratados com dignidade e integrados à sociedade.

Por conseguinte, em um primeiro momento, afere-se que, para avançar na efetivação da reforma psiquiátrica, é primordial que haja reavaliação do conceito de periculosidade e de sua aplicação no contexto penal. Para tanto, urge a demanda por uma abordagem analítica que considere a saúde mental como membro integrante do escopo tutelado pelos direitos humanos,

promovendo, assim, alternativas aos HCTPs que não sejam fundamentadas, com exclusividade, em diagnósticos de risco e que também deem o enfoque crucial para os métodos de reintegração social. Em síntese, é necessário que seja desenvolvido e esculpido um sistema de justiça que não adote a periculosidade como uma condição fixa, porém, que a visualize como um fenômeno dinâmico e influenciável por intervenções terapêuticas.

Para além da recapitulação dos supramencionados conceitos jurídicos, a reconstrução dos panoramas históricos consoantes ao surgimento e estabelecimento de manicômios no escopo do Direito Penal brasileiro permitiu a idealização exemplificativa da maneira com a qual a instituição dialoga com a matriz social. Nessa perspectiva, constata-se que o advento dos manicômios judiciais simboliza relevantes tensões e complexidades da sociedade em termos da intersecção entre saúde mental e sistema penal, vez que revela a necessidade de segregar e isolar os pacientes psiquiátricos, visto como “anômalos”. Marcado pela influência de práticas higienistas e da filosofia da Escola Positiva, essas instituições foram forjadas sob uma lógica de contenção e controle social, refletindo um entendimento restrito da loucura e da periculosidade.

A partir da revisão da evolução histórico-legislativa do tratamento ao inimputáveis, foi percebido que, com o Código Penal de 1890, o tratamento dos “loucos criminosos” continuou a ser caracterizado por uma ambiguidade entre aspectos penais e médicos. Além disso, é latente a delegação de responsabilidade sobre esses doentes entre as estruturas sociais - ou seja, entre o Estado, as famílias e os Hospitais.

Na retomada da origem das estruturas, embrionárias dos HCTP, pôde-se verificar que os discursos de personagens como médico psiquiátrico Heitor Carrilho, que defendiam a centralidade do saber médico na administração da justiça penal, contribuíram para a legitimação dessas instituições como espaços de tratamento e punição, sobrepondo, sob a dualidade de hospitais-prisões, as questões intrínsecas à segurança pública. Assim, os manicômios passaram a ser vistos não apenas como locais de tratamento, mas também como mecanismos de controle social, distanciando-se, nocivamente, das reais carências dos pacientes de transtornos mentais.

A fim de possibilitar a ponderação quanto à necessidade de extinção dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, ainda, fez-se elementar a análise das críticas teóricas ao modelo manicomial, que, inflamadas pelo movimento de Reforma pela Psiquiatria Democrática no final do século XX, evidenciaram uma ruptura inescusável com práticas históricas de institucionalização desses pacientes, posta notória violência estrutural. A repescagem dos levantes de denúncia às condições desumanas desses espaços clarifica a ineficácia do modelo hospitalocêntrico, exemplificando os entraves à dignidade desses indivíduos e a

imprescindibilidade de uma abordagem integrativa e respeitosa - o que deve alcançar o sistema de justiça da mesma maneira.

A promulgação da Lei nº 10.216/2001, destinada à regulamentação desses princípios, determinou, no plano cível, o fechamento dos manicômios e a substituição dessas instituições por serviços como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Entretanto, a transição para os HCTPs, ainda que representasse uma tentativa de romper com o modelo manicomial, acabou por manter resquícios desse sistema de exclusão. Essas instituições continuam a desempenhar funções carcerárias diante de pessoas custodiadas, mesmo perante a inaplicabilidade dos mesmos fundamentos punitivos dos demais encarcerados do sistema penitenciário, reforçando a marginalização daqueles considerados perigosos ou desviantes, sem proporcionar as condições adequadas e a recuperação efetiva.

Diante desse cenário, é imperativo que as políticas públicas avancem na superação do modelo asilar, fortalecendo a efetivação da Lei da Reforma Psiquiátrica no campo da execução penal. Entende-se, portanto, que o revés atual reside sobre a dificuldade de promoção de um sistema penal antimanicomial que privilegie o tratamento em liberdade, fora dos freconômios. Por esse motivo, o trabalho dedicou-se à exposição de metodologias alternativas já em curso no país, com a finalidade de, por fim, analisar a segunda parcela do binômio em pauta - qual seja, a viabilidade de encerramento dos HCTPs e da condução penal das medidas de segurança sob a Rede de Atenção Psicossocial.

À vista disso, a Resolução nº 487/2023 do CNJ emerge como uma iniciativa de regulamentação e padronização de procedimentos judiciais a partir da ótica da desinstitucionalização e a reintegração social desse segmento demográfico. Contudo, as mudanças propostas e as novas diretrizes, como a apregoada prorrogação dos prazos estabelecidos pela Resolução nº 572/2024, evidenciam as nuances multidimensionais desse processo e a utilidade de uma adaptação gradual, que abarque as realidades práticas e os contextos regionais diversos.

Assim, embora haja uma clara disposição legislativa e um comprometimento institucional com a implementação de uma política antimanicomial no setor penal, a prática judiciária ainda se mostra ambígua, com decisões que oscilam entre a manutenção e a progressão das medidas de segurança. Isto posto, a consolidação de uma rede de apoio e atenção é fundamental para que se possa substituir, integralmente, os modelos tradicionais de internação em asilo e, outrossim, oferecer alternativas eficazes através um esforço contínuo e colaborativo, tanto do sistema de justiça quanto da saúde mental. Portanto, a efetivação plena da política antimanicomial depende não parte tão somente da pré-existência normatização, mas, em

paralelo, da soma à transformação cultural e estrutural, assim como se pôde notar da paisagem se estende desde o tratamento histórico da loucura no Direito Penal até a vigência dos Hospitais de Custódia contemporâneos.

A análise das Redes de Atenção Psicossocial (RAPS) e dos programas de ressocialização, como o “De Volta Para Casa”, induz a manifestação de uma significativa mudança de paradigma no tratamento de pacientes no judiciário mediante o emprego de procedimentos alternativos assistenciais. A RAPS, enquanto alicerce dessas medidas desinstitucionalizantes, destaca-se como um instrumento principal para a criação de programas auxiliares ao sistema judiciária ao oferecer uma estrutura integrada e contínua de cuidados, que opera como a estrutura que deve acolher o conjunto populacional dispensado de medidas internatórias em HCTP após o cumprimento da Resolução nº 487 do CNJ.

Neste contexto, programas de ressocialização como o Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário (PAI-PJ) e o Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAI-LI) validam a eficácia de abordagens que conectam e somam os sistemas de saúde e justiça, proporcionando um suporte multidisciplinar que visa tanto a saúde mental, quanto construção de uma identidade cidadã para o paciente psiquiátrico em delito. Estes programas, diante dos dados expostos pelo trabalho, a partir da oferta de acompanhamento integral e humanizado, se firmaram como alternativas viáveis à substituição do encarceramento em Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico - promovendo, enfim, um olhar abrangente sobre a condição de vulnerabilidade desses indivíduos em vigilância.

Portanto, diante do material exposto, foi possível concluir que, sob o escopo da análise da necessidade e da viabilidade da extinção dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrica no sistema penal brasileiro, resta evidente urgência de efetivação das propostas da Reforma Psiquiátrica no sistema penal brasileiro. Isso porque, conforme evidenciado, os HCTPs, como modelo institucional, perpetuam uma lógica de exclusão social que é incompatível com os direitos fundamentais garantidos pela Constituição em diferentes níveis, desde a concepção das definições normativas de aplicação de medidas de segurança até a propostas dessas instituições. Em contraponto, a viabilidade dessas perspectivas abolicionistas é oportunizada pela implementação de políticas públicas que sustentem programas oriundos da Rede de Atenção Psicossocial, contribuindo para um sistema de saúde mental mais inclusivo, equitativo e orientado para a cidadania.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, Laura Acosta; BRITO, Ewerton Araújo de. Abordagem Crítica ao Princípio *In Dubio Pro Societate*. **Revista Jurídica Direito, Sociedade e Justiça/RJDSJ**, Dourados, v. 8, n. 11, p. 1-23, jan./jun. 2021. Disponível em: <https://periodicosonline.uems.br/index.php/RJDSJ/article/view/5772/4514>. Acesso em: 9 out. 2024.
- AMARANTE, Paulo; NUNES, Mônica de Oliveira. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 2067-2074, jun. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/tDnNtj6kYPQyvtXt4JfLvDF/>. Acesso em: 9 out. 2024.
- AMARANTE, Paulo; TORRE, Eduardo Henrique Guimarães. “De volta à cidade, sr. cidadão!” - reforma psiquiátrica e participação social: do isolamento institucional ao movimento antimanicomial. Edição especial. **Revista de Administração Pública**, v. 52, n. 6, p. 1090-1107, nov./dez. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rap/a/VxnVVXZN4bD3bqCTVJwzxBQ/?lang=pt&format=html>. Acesso em: 9 out. 2024.
- ARANTES, João Pedro Nogueira Senna de Paula; GONÇALVES, Aline Moreira. Os Resquícios da Reforma Psiquiátrica: O Manicômio Judiciário e o Louco Criminoso. **Revista Brasileira de Ciências da Vida**, Sete Lagoas, v. 5, n. 3, p. 1-21, 2017. Disponível em: <http://jornalold.faculadecienciasdavid.com.br/index.php/RBCV/article/view/116>. Acesso em: 9 out. 2024.
- ARBEX, Daniela. **Holocausto Brasileiro**. Rio de Janeiro: Editora Intrínseca, 2019.
- ASSIS, Daniel Adolpho Daltin. **Justiça, psiquiatria e outras drogas**: instituições fissuradas pelo manicômio judiciário. 2019. Dissertação (Mestrado em Direitos Humanos, Cidadania e Políticas Públicas) – Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2019.
- ASSIS, Machado de. **O alienista**. São Paulo: Vozes, 2016. *E-book*. Disponível em: <https://plataforma.bvirtual.com.br>. Acesso em: 10 out. 2024.
- BARRETO, Lima. **Diário do Hospício**: o Cemitério dos Vivos. Rio de Janeiro: Departamento Geral de Documentação e Informação Cultural da Secretaria Municipal de Cultura, Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, 1993. Disponível em: https://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/4204210/4101373/diario_hospicio_cemiterio_vivos.pdf#page=1.00. Acesso em: 9 out. 2024.
- BARROS-BRISSET, Fernanda Otoni de. Um dispositivo conector - Relato da experiência do PAI-PJ/TJMG, uma política de atenção integral ao louco infrator, em Belo Horizonte. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, v. 20, n. 1, p. 116-128, 2010a. Disponível em: <https://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v20n1/16.pdf>. Acesso em: 11 out. 2024.

BARROS-BRISSET, Fernanda Otoni de. **Por uma Política de Atenção Integral ao Louco Infrator**. Belo Horizonte: Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais, 2010b. ISBN: 978-85-98923-05-5. Disponível em: https://www.tjmg.jus.br/data/files/41/A7/51/FD/204636104C5F1436B04E08A8/livreto_pai.pdf. Acesso em: 11 out. 2024.

BARROS-BRISSET, Fernanda Otoni de. Genealogia do conceito de periculosidade. **Responsabilidades**, Belo Horizonte, v. 1, n. 1, p. 37-52, mar./ago. 2011. Disponível em: https://app.uff.br/observatorio/uploads/GENEALOGIA_DO_CONCEITO_DE_PERICULOSIDADE.pdf. Acesso em: 8 out. 2024.

BITENCOURT, Cezar Roberto. **Tratado de direito penal**: parte geral (arts. 1º a 120). 27. ed. Rio de Janeiro: Saraiva Jur, 2021. v. 1.

BITENCOURT, Cezar Roberto. **Tratado de direito penal**: parte geral (arts. 1º a 120). 29. ed. Rio de Janeiro: Saraiva Jur, 2023. v. 1. p. 453. *E-book*. ISBN 9786553627109. Disponível em: <https://app.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9786553627109/>. Acesso em: 09 out. 2024.

BRASIL. **Lei de 16 de dezembro de 1830**. Manda executar o Código Criminal. Rio de Janeiro, 1830. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/CCivil_03/leis/LIM/LIM-16-12-1830.htm. Acesso em: 8 out. 2024.

BRASIL. **Decreto nº 14.831, de 25 de maio de 1921**. Approva o Regulamento do Manicômio Judiciário. Rio de Janeiro: Presidência da República, 1921. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1920-1929/decreto-14831-25-maio-1921-518290-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 9 out. 2024.

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: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm. Acesso em: 8 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Rede de Atenção Psicossocial do SUS oferece atendimento às pessoas que vivem com algum tipo de transtorno mental**. Brasília, DF, 10 out. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/outubro/rede-de-atencao-psicossocial-do-sus-oferece-atendimento-as-pessoas-que-vivem-com-um-tipo-de-transtorno-mental>. Acesso em: 8 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Volta para Casa completa 20 anos com mais de 8 mil pessoas atendidas**. Brasília, DF, 10 ago. 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/agosto/programa-de-volta-para-casa-completa-20-anos-com-mais-de-8-mil-pessoas-atendidas>. Acesso em: 9 out. 2024.

BRASIL. **Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940**. Código Penal. Rio de Janeiro: Presidência da República, [2024a]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm. Acesso em: 8 out. 2024.

BRASIL. **Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941.** Código de Processo Penal. Rio de Janeiro: Presidência da República, [2024b]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del3689.htm. Acesso em: 8 out. 2024.

BRASIL. **Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984.** Institui a Lei de Execução Penal. Brasília, DF: Presidência da República, [2024c]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/17210.htm. Acesso em: 8 out. 2024.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Brasília, DF: Presidência da República, [2024d]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em: 8 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).** Brasília, DF, [2024e]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/desmad/raps>. Acesso em: 14 set. 2024.

CAETANO, Haroldo; TEDESCO, Silvia. Loucura e direito penal: pistas para a extinção dos manicômios judiciais. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 128, p. 191-202, jan./mar. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sdeb/2021.v45n128/191-202/pt>. Acesso em: 9 out. 2024.

CARRARA, Sergio Luis. Crime e Loucura: **O aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século.** São Paulo: EdUERJ; EdUSP, 1998. 228 p. (Coleção Saúde & Sociedade). Disponível em: https://www.patriciamagno.com.br/wp-content/uploads/2015/09/crime_loucura-sergio-carrara.pdf. Acesso em: 9 out. 2024.

CARRARA, Sérgio Luis. A História Esquecida: os manicômios judiciais no Brasil. **Journal Of Human Growth And Development**, Santo André, v. 20, n. 1, p. 16-29, 2010. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/jhgd/article/view/19939>. Acesso em: 9 out. 2024.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Resolução n. 487, de 15 de fevereiro de 2023.** Institui a Política Antimanicomial do Poder Judiciário e estabelece procedimentos e diretrizes para implementar a Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência e a Lei n. 10.216/2001, no âmbito do processo penal e da execução das medidas de segurança. Brasília, DF: Min. Rosa Weber, 27 fev. 2023. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/files/original2015232023022863fe60db44835.pdf>. Acesso em: 9 out. 2024.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Política antimanicomial:** Estados e municípios terão mais prazo para implementação. Brasília, DF, 27 fev. 2024a. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/politica-antimanicomial-estados-e-municipios-terao-mais-prazo-para-implementacao/>. Acesso em: 9 out. 2024.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Resolução Nº 572 de 26/08/2024.** Altera a Resolução CNJ nº 487/2023. Brasília, DF: Min. Luís Roberto Barroso, 30 ago. 2024b. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/files/original1422322024090266d5ca284ff36.pdf>. Acesso em: 9 out. 2024.

COSTA, Mellyssa do Nascimento; LIMANA, Régis André Silveira. Mentas em Reforma: o silenciamento da Lei Federal de n. 10216/01. **Revista de Direitos Humanos e Efetividade**, Minas Gerais, v. 1, n. 2, p. 60-79, jul./dez. 2015. Disponível em: <https://indexlaw.org/index.php/revistadhe/article/view/115/115>. Acesso em: 9 out. 2024.

COUTO, Raianne; NOGUEIRA, Cristiane Santos de Souza. O louco infrator: das velhas práticas aos novos modos de atenção e cuidado. **Diaphora**, Porto Alegre, v. 9, n. 2, jul./dez. 2020. Disponível em: <https://www.sprgs.org.br/diaphora/ojs/index.php/diaphora/article/view/227/219>. Acesso em: 9 out. 2024.

DINIZ, Débora. **A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil**: censo 2011. Brasília: Letras Livres; Editora UnB, 2013.

EDELSTEIN, Dylan Blau; SCHWARCZ, Lilia Moritz. A “Revolta dos Loucos” de 1920: agência e insubordinação no Hospital Nacional de Alienados. **Sociologia & Antropologia**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p.1-38, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sant/a/HrY7vDTzX3CtFn8khTgd44L/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 8 out. 2024.

FERNANDES, Samuel. Goiás rastreia pacientes que cometeram crimes para tratá-los longe de manicômios. **Folha de S.Paulo**, São Paulo, 16 ago. 2023. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2023/08/goias-rastreia-pacientes-que-cometeram-crimes-para-trata-los-longo-de-manicomios.shtml>. Acesso em: 10 out. 2024.

FLORÊNCIO FILHO, Marco Aurélio. A culpabilidade no direito penal: estruturação dogmática das teorias da culpabilidade e os limites ao poder de punir do Estado. **Revista Acadêmica**, [s. l.], v. 86, n. 1, p. 165-244, 2014. Disponível em: <https://www.pensamientopenal.com.ar/system/files/2014/12/doctrina40310.pdf>. Acesso em: 27 ago. 2024.

GOVERNO DO ESTADO DE GOIÁS. **Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI)**. Goiás, 22 nov. 2019. Disponível em: <https://goias.gov.br/saude/programa-de-atencao-integral-ao-louco-infrator-paili/>. Acesso em: 9 out. 2024.

GRECO, Rogério. **Sistema Prisional**: colapso atual e soluções alternativas. 3. ed. Niterói: Editora Impetus, 2016.

JOLO, Ana Flavia. Evolução histórica do direito penal. **ETIC: Encontro de Iniciação Científica, Presidente Prudente**, v. 9, n. 9, p. 1-17, 2013. Disponível em: <http://intertemas.toledoprudente.edu.br/index.php/ETIC/article/view/3298>. Acesso em: 11 out. 2024.

LIMA, Sheila Silva; BRASIL, Sandra Assis. Do Programa de Volta para Casa à conquista da autonomia: percursos necessários para o real processo de desinstitucionalização. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 67-88, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/physis/2014.v24n1/67-88/pt>. Acesso em: 9 out. 2024.

LOPES JÚNIOR, Aury. **Direito Processual Penal**. 14. ed. São Paulo: Saraiva, 2017. p. 359.

MARTINS JUNIOR, Carlos. Saber jurídico e homossexualidade no Brasil da Belle Époque. **Diálogos**, Maringá, v. 19, n. 3, p. 1217-1251, set./dez. 2015. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3055/305543302013.pdf>. Acesso em: 11 out. 2024.

MATTOS, Virgílio. **Trem de doido**: o Direito Penal e a Psiquiatria de mãos dadas. Belo Horizonte: Una Editor, 1999.

MÉDICI, SÉRGIO de OLIVEIRA. Aspectos Introdutórios da Teoria Geral do Crime. **Revista Brasileira Multidisciplinar**, [S. l.], v. 8, n. 2, p. 15-32, 2004. Disponível em: <https://bdm.unb.br/handle/10483/2110>. Acesso em: 9 out. 2024.

PACHECO, Júlia de Albuquerque. **O hospital de custódia e tratamento psiquiátrico**: revisão dos estudos brasileiros. 2011. 50 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Serviço Social) – Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2011. Disponível em: <https://bdm.unb.br/handle/10483/2110>. Acesso em: 9 out. 2024.

MITJAVILA, Myriam Raquel; MATHES, Priscilla Gomes. Doença mental e periculosidade criminal na psiquiatria contemporânea: estratégias discursivas e modelos etiológicos. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1377-1395, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/physis/2012.v22n4/1377-1395/pt>. Acesso em: 9 out. 2024.

MOREIRA, Juliana Maria Brandão. **Arqueologia da Loucura**: Narrativas alternativas, cultura material e história do Hospital Colônia de Barbacena. 2021. Tese (Doutorado em Antropologia) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2021.

NUCCI, Guilherme de Souza. **Manual de Direito Penal**: volume único. 19. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2023.

NUCCI, Guilherme de Souza. **Manual de Direito Penal**: volume único. 20. ed. Rio de Janeiro: Grupo GEN, 2024. *E-book*. ISBN 9786559649303. Disponível em: <https://app.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786559649303/>. Acesso em: 27 ago. 2024.

PACHECO, Júlia de Albuquerque. **O hospital de custódia e tratamento psiquiátrico**: revisão dos estudos brasileiros. 2011. 50 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Serviço Social) – Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2011. Disponível em: <https://bdm.unb.br/handle/10483/2110>. Acesso em: 9 out. 2024.

PALOMBA, Guido Arturo. **Perícia na psiquiatria forense**. Rio de Janeiro: Grupo GEN, 2016. *E-book*. ISBN 9788502629738. Disponível em: <https://app.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788502629738/>. Acesso em: 27 ago. 2024.

PAULIN, Luiz Fernando; TURATO, Egberto Ribeiro. Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 241-258, maio/ago. 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/D9pDGYcrYXDJ7ySYkLyRkpt/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 9 out. 2024.

PERES, Maria Fernanda Tourinho; NERY FILHO, Antonio. A doença mental no direito penal brasileiro: inimizabilidade, irresponsabilidade, periculosidade e medida de segurança. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 335-355, maio/ago. 2002. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/hcsm/a/Kd7b5QmLDPGkZwJMQ4wPCpP/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 9 out. 2024.

PINTO, Luciano Rocha. Sobre a arte de punir no Código Criminal Imperial. In: ENCONTRO REGIONAL DA ANPUH RIO, 14., 2010, Rio de Janeiro. **Anais [...]**. Rio de Janeiro: ANPUH-Rio, 2010. p. 1-9. ISBN: 978-85-60979-08-0. Disponível em: https://www.encontro2010.rj.anpuh.org/resources/anais/8/1276652470_ARQUIVO_SobreaartedepunirnoCodigoCriminalImperial.pdf. Acesso em: 9 out. 2024.
<https://revistarebram.com/index.php/revistauniara/article/view/302>. Acesso em: 10 out. 2024.

ROSTIROLLA, Augusto; PEREIRA, José Henrique Gottschalk; KIPPER, Felipe Rodrigo; CRESPO, Daniel de Azevedo; SILVA, Jeronimo Prade da. A teoria geral do crime: conceito e elementos. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, São Paulo, v. 7, n. 2, p. 937-944, fev. 2021. Disponível em: <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/924/414>. Acesso em: 27 ago. 2024.

SANTOS, Ana Luiza Gonçalves dos; FARIAS, Francisco Ramos de. Criação e extinção do primeiro Manicômio Judiciário do Brasil. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 515-527, set. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlpf/a/v68Pd7jdRJRjXF5fQQNdWcNH/?lang=pt>. Acesso em: 9 out. 2024.

SANTOS, Ana Luiza Gonçalves dos; FARIAS, Francisco Ramos de; PINTO, Diana de Souza. Por uma sociedade sem hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, out.-dez. 2015, p. 1215-1230.

SÃO PAULO (Estado). Tribunal de Justiça de São Paulo. **Agravo de Execução Penal 0003533-74.2024.8.26.0050**. Execução Penal – Prorrogação de medida de segurança de internação – Pretendida desinternação condicional do internado – Inadmissibilidade – Periculosidade atestada por Peritos e Direção da Unidade Prisional – Medida de segurança mantida Na hipótese de o exame multidisciplinar, elaborado com base no art. 175 da LEP, concluir pela não cessação da periculosidade do internado, descabe cogitar-se de desinternação condicional do agente, justificando-se a prorrogação da internação, inclusive sopesando-se as finalidades da medida de segurança e o princípio in dubio pro societate, que rege o processo de execução penal. 5ª Vara das Execuções Criminais. 9ª Câmara de Direito Criminal. Foro Central Criminal Barra Funda. Relator: Grassi Neto, 15 de agosto de 2024a. Disponível em: <https://esaj.tjsp.jus.br/cjsg/getArquivo.do?cdAcordao=18224114&cdForo=0>. Acesso em: 10 out. 2024.

SÃO PAULO (Estado). Tribunal de Justiça de São Paulo. **Agravo de Execução Penal 0009556-36.2024.8.26.0050**. Agravo em execução penal. Recurso ministerial provido. Pleito de reestabelecimento da internação. Laudo pericial que indica persistência da periculosidade do agravado. Sugestão de transferência à Hospital de Custódia e Tratamento Progressivo. Conclusão que não vincula a atividade jurisdicional. Necessidade de observância do princípio in dubio pro societate. Decisão cassada. 5ª Vara das Execuções Criminais. 11ª Câmara de Direito Criminal. Foro Central Criminal Barra Funda. Relator: Tetsuzo Namba, 15 de agosto de 2024b. Disponível em: <https://esaj.tjsp.jus.br/cjsg/getArquivo.do?cdAcordao=18220644&cdForo=0>. Acesso em: 10 out. 2024.

SÃO PAULO (Estado). Tribunal de Justiça de São Paulo. **Agravo de Execução Penal 0006307-77.2024.8.26.0050**. AGRADO EM EXECUÇÃO - MEDIDA DE SEGURANÇA - Insurgência ministerial que visa à cassação da decisão que determinou a desinternação progressiva do sentenciado - Necessidade - Laudo psiquiátrico que atestou a não cessação da periculosidade do agravado, portador de esquizofrenia inespecífica - Laudo que, a despeito de atestar a periculosidade do sentenciado, sugere a desinternação progressiva - Magistrado que não está adstrito a laudos periciais - Princípios do in dubio pro societate e do livre convencimento motivado - Necessidade de manutenção da medida de segurança de internação anteriormente vigente - Recurso ministerial provido. 5ª Vara das Execuções Criminais. 4ª Câmara de Direito Criminal. Foro Central Criminal Barra Funda. Relatora: Fátima Vilas Boas Cruz, 24 de junho de 2024c. Disponível em <https://esaj.tjsp.jus.br/cjsg/getArquivo.do?cdAcordao=18030957&cdForo=0#page=1.00>. Acesso em: 10 out. 2024.

SÃO PAULO (Estado). Tribunal de Justiça de São Paulo. **Agravo de Execução Penal 0006089-49.2024.8.26.0050**. AGRADO EM EXECUÇÃO – Medida de segurança – Determinada a transferência para Colônia de Desinternação Progressiva - Pedido de reinternação de sentenciado pela persistência da periculosidade do sentenciado – Laudo favorável à desinternação progressiva – Decisão fundamentada – Compatibilidade com as diretrizes da Lei Antimanicomial – Sentenciado sob custódia há quase dez anos – Agravo DESPROVIDO. - 5ª Vara das Execuções Criminais. 12ª Câmara de Direito Criminal. Foro Central Criminal Barra Funda. Relator: Heitor Donizete de Oliveira, 04 de setembro de 2024d. Disponível em: <https://esaj.tjsp.jus.br/cjsg/getArquivo.do?cdAcordao=18304738&cdForo=0>. Acesso em: 10 out. 2024.

SÃO PAULO (Estado). Tribunal de Justiça de São Paulo. **Agravo de Execução Penal 0004118-08.2024.8.26.0348**. Agravo em execução – Recurso defensivo - Pretendida a extinção da medida de segurança consistente no tratamento ambulatorial - Não acolhimento - Laudo médico sugerindo a continuidade da medida - De rigor a prorrogação da medida de segurança até que se verifique a efetiva cessação da periculosidade - Inteligência dos artigos 97 e 75 do Código Penal - Entendimento firmado pelo c. STF, no sentido de aplicação analógica daquele último às medidas de segurança, o que está em consonância com o artigo 5º, inciso XLVII, alínea b, da Constituição Federal - Recurso não provido. Vara do Júri, Execuções Criminais e Infância e Juventude da Comarca de Mauá do TJSP. 4ª Câmara de Direito Criminal. Foro de Mauá. Relator: Fátima Vilas Boas Cruz, 04 de outubro de 2024e. Disponível em: <https://esaj.tjsp.jus.br/cjsg/getArquivo.do?cdAcordao=18421869&cdForo=0>. Acesso em: 10 out. 2024.

SILVA, Haroldo Caetano da (coord.). **Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI)**. 3. ed. Goiânia: Ministério Público do Estado de Goiás, 2013. Disponível em: https://www.mpggo.mp.br/portal/arquivos/2013/08/19/15_33_20_501_mioloPAILI_Layout.pdf. Acesso em: 9 out. 2024.

SILVA, Martinho Braga Batista e. O desafio colocado pelas pessoas em medida de segurança no âmbito do Sistema Único de Saúde: a experiência do PAILI-GO. **Physis**: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 653-682, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/physis/2010.v20n2/653-682/pt>. Acesso em: 11 out. 2024.

SILVA, Neide Holanda da. **(In) eficácia da ressocialização**: a realidade de um manicômio judiciário. 2019. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Direito) – Centro Universitário FAMETRO – UNIFAMETRO, Fortaleza, 2019. Disponível em: <https://repositorio.unifametro.edu.br/jspui/bitstream/123456789/99/1/NEIDE%20HOLANDA%20DA%20SILVA.pdf>. Acesso em: 8 out. 2024.

SOARES FILHO, Marden Marques; BUENO, Paula Michele Martins Gomes. Direito à saúde mental no sistema prisional: reflexões sobre o processo de desinstitucionalização dos HCTP. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 7, p. 2101-2110, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/msHZYSxm584cphLRSPffmSg/>. Acesso em: 11 out. 2024.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DE MINAS GERAIS. **Paciente judiciário**. Minas Gerais, jul. 2024. Disponível em: <https://www.tjmg.jus.br/portal-tjmg/hotsites/relatorio-de-gestao-2024/15-paciente-judiciario.htm>. Acesso em: 9 out. 2024.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO DISTRITO FEDERAL E TERRITÓRIOS. **Doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado**. Brasília, DF, 16 dez. 2021. Disponível em: <https://www.tjdft.jus.br/consultas/jurisprudencia/jurisprudencia-em-temas/a-doutrina-na-pratica/imputabilidade/doenca-mental-ou-desenvolvimento-mental-incompleto-ou-retardado>. Acesso em: 9 out. 2024.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE MINAS GERAIS. **Resolução nº 944/2020**: dispõe sobre a estrutura e o funcionamento do Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário - PAI-PJ e dá outras providências. Belo Horizonte, 2020. Disponível em: <https://www.tjmg.jus.br/data/files/3E/55/75/6A/D14D57106D6CCB576ECB08A8/Resolucao%20944-2020.pdf>. Acesso em: 11 out. 2024.

ZAFFARONI, Eugenio Raúl; PIERANGELI, José Henrique. **Manual de Direito Penal Brasileiro**: parte geral. 8. ed. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2010.